



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİNE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ve PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ
UYGULANMASININ ETKİSİ**

Demet YURTSEVER

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Handan ALAN**

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Ocak,2025

TEZ KABUL VE ONAYI

Demet YURTSEVER tarafından, **Doç. Dr. Handan ALAN** danışmanlığında hazırlanan "**YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ve PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ UYGULANMASININ ETKİSİ**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **27/12/2024** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

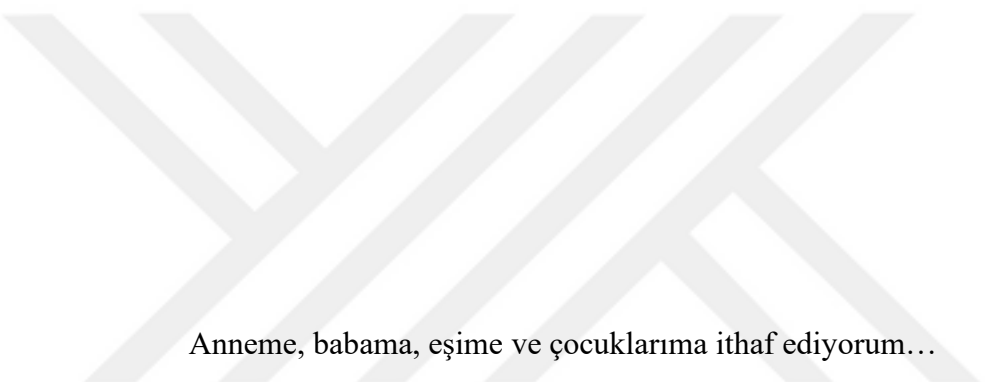
Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Handan ALAN	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ülkü BAYKAL	☒
	İstanbul Arel Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE	☒
	Ordu Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAĞSIZ	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Öğrenci Adı SOYADI
Demet YURTSEVER
(İmza)



Anneme, babama, eşime ve çocuklarıma ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ve PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ UYGULANMASININ ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının her aşamasında, bilgi ve tecrübesiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiren, benden rehberliğini ve samimiyetini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Handan ALAN'a,

Doktora eğitim sürecime değer katan Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a ve Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Tez izleme komitesinde yer alan ve bana yol gösterici olan Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a ve Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE'ye,

Primer Hemşirelik Yöntemi eğitimi ile tez çalışmama katkı sağlayan Prof. Dr. Emine TÜRKMEN'e,

Doktora tez çalışmamı yürüttüğüm ve çalışmamı yürütmemde bana destek olan kurum yöneticilerine,

Araştırmaya katılan meslektaşlarıma,

Her zaman en büyük destekçim olan eşim Ufuk YURTSEVER'e, çocuklarım Rana YURTSEVER'e, İdil YURTSEVER'e ve Defne YURTSEVER'e,

Hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen annem Fatma ALTUNBAŞ'a ve babam Mustafa ALTUNBAŞ'a,

Değerli çalışma arkadaşlarım Songül YILDIRIM'a ve Nihal BARIŞ'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2025

Demet YURTSEVER

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİ	4
2.1.1. Geleneksel Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri	7
2.1.1.1. İş Odaklı Yöntemler	7
2.1.1.2. Birey Odaklı Yöntemler	11
2.1.2. Bütünleşmiş (Entegre) Bakım Sunum Yöntemleri	25
2.1.2.1. Vaka Yönetimi.....	25
2.1.2.2. Uygulama Ortaklığı/ Bakım İkilişi	29
2.1.2.3. Hasta Merkezli Bakım	31
2.1.3. Hemşirelik Bakım Sunum Yönteminin Seçilmesi ve Yönetici Hemşirenin Rolü.....	31
3. YÖNTEM	35
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	35
3.2. ARAŞTIRMANIN TASARIMI	35
3.2.1. Araştırma Soru/Hipotezleri	38
3.2.1.1. Araştırmanın Birinci Bölümü Araştırma Soruları.....	38
3.2.1.2. Araştırmanın İkinci Bölümü Araştırma Hipotezleri	38
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	39
3.3.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Evren ve Örneklemi.....	39
3.3.2. Araştırmanın İkinci Bölümünün Evren ve Örneklemi	39
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	42
3.4.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Yapıldığı Yer ve Zaman	42
3.4.2. Araştırmanın İkinci Bölümünün Yapıldığı Yer ve Zaman	42
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	43
3.5.1. Araştırmanın Birinci Bölümünde Kullanılan Veri Toplama Aracı	43
3.5.2. Araştırmanın İkinci Bölümünde Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	43
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ	49
3.6.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Uygulanması.....	49

3.6.2. Araştırmanın İkinci Bölümünün Uygulanması	50
3.6.2.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşire ve Hastalardan Veri Toplanması	50
3.6.2.2. Primer Hemşirelik Eğitimi ve Primer Hemşirelik Yönteminin Uygulanması.....	50
3.6.2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşire ve Hastalardan 3. Ay Veri Toplanması	52
3.6.2.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşire ve Hastalardan 6. Ay Veri Toplanması	52
3.7. ANALİZ YÖNTEMLERİ	52
3.7.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
3.7.2. Araştırmanın İkinci Bölüm Verilerinin Analizi.....	54
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	55
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	55
4. BULGULAR	56
4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ BÖLÜMÜNE İLİŞKİN BULGULAR.....	56
4.1.1. Katılımcıların Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	56
4.1.2. Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Temalar	58
4.1.2.1. Ana Tema: Çalışma Çizelgelerinin Oluşturulması.....	59
4.1.2.2. Ana Tema: Hemşire Görevlendirme Kriterleri	66
4.1.2.3. Ana Tema: Uygulanan Görevlendirme Yöntemini Seçme Nedenleri	76
4.1.2.4. Ana Tema: Uygulanan Görevlendirme Yönteminin Sonuçları.....	80
4.2. Araştırmanın İkinci Bölümüne İlişkin Bulgular	87
4.2.1. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hemşireler Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ...	87
4.2.1.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri	87
4.2.1.2. Hemşirelerin KHBA Puanlarına İlişkin Bulgular	89
4.2.1.3. Hemşirelerin KHİDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular	91
4.2.1.4. Hemşirelerin HRYÖ Puanlarına İlişkin Bulgular	94
4.2.2. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hastalar Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular.....	97
4.2.2.1. Hastaların Demografik Özellikleri	97
4.2.2.2. Hastaların NHBMÖ Puanlarına İlişkin Bulgular	99
4.2.2.3. Hastaların KHBA-H Puanlarına İlişkin Bulgular.....	100
5. TARTIŞMA.....	102
5.1. Araştırmanın Birinci Bölümüne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	102
5.1.1. Çalışma Çizelgelerinin Oluşturulması.....	102
5.1.2. Hemşire Görevlendirme Kriterleri.....	106
5.1.3. Uygulanan Görevlendirme Yöntemini Seçme Nedenleri.....	111
5.1.4. Uygulanan Görevlendirme Yönteminin Sonuçları	114

5.2. Araştırmanın İkinci Bölümüne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	116
5.2.1. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hemşireler Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	116
5.2.1.1. Hemşirelerin KHBA Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	116
5.2.1.2. Hemşirelerin KHİDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	119
5.2.1.3. Hemşirelerin HRYÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	121
5.2.2. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hastalar Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	123
5.2.2.1. Hastaların NHBMÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	123
5.2.2.2. Hastaların KHBA-H Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	124
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	127
KAYNAKLAR.....	132
EKLER.....	146
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	165
ETİK KURUL İZİN YAZISI.....	166
KURUM İZNİ YAZILARI.....	171
ÖZGEÇMİŞ.....	176

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Hemşirelik uygulaması.....	5
Şekil 2.2: Fonksiyonel hemşireliğin yapısı.....	9
Şekil 2.3: Vaka yönteminin yapısı.....	12
Şekil 2.4: Ekip hemşireliğinin yapısı.....	15
Şekil 2.5: Primer hemşireliğin yapısı	21
Şekil 2.6: Primer hemşirelik ünitesinin yönetim ilişkisi.....	21
Şekil 2.7: Vaka yönetiminin yapısı	27
Şekil 2.8: Uygulama ortaklığının yapısı	30
Şekil 3.1: Araştırma tasarımı	36
Şekil 3.2: CONSORT rehberine göre akış diyagramı	37
Şekil 3.3: Hemşire örnekleme güç analizi.....	41
Şekil 3.4: Hasta örnekleme ön test güç analizi	41
Şekil 3.5: Hasta örnekleme 1. test güç analizi	42
Şekil 3.6: Hasta örnekleme 2. test güç analizi	42
Şekil 4.1: Çalışma çizelgelerinin oluşturulması teması ve alt temaları.....	59
Şekil 4.2: Hemşire görevlendirme kriterleri teması ve alt temaları.....	67
Şekil 4.3: Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri ana teması ve alt temaları ...	77
Şekil 4.4: Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları ana teması ve alt temaları	81

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 3.1: Deney ve Kontrol Grubu Hemşire Örneklem Sayısı.....	40
Tablo 3.2: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Örneklem Sayısı	40
Tablo 3.3: Araştırmada hemşirelere uygulanan ölçeklerin Cronbach alfa değerleri	47
Tablo 3.4: Araştırmada hastalara uygulanan ölçeklerin Cronbach alfa değerleri	49
Tablo 4.1: Yönetici Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	57
Tablo 4.2: Çalışmanın verileri sonucunda elde edilen ana tema ve alt temalar	58
Tablo 4.3: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları	88
Tablo 4.4: Hemşirelerin KHBA puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	90
Tablo 4.5: Hemşirelerin KHİDÖ puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	92
Tablo 4.6: Katılımcıların HRYÖ puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	95
Tablo 4.7:Araştırmaya katılan hastaların gruplarına ve demografik özelliklerine göre dağılımı (n=1243)	98
Tablo 4.8: Hastaların NHBMÖ puanlarının gruplarına ve zamana göre karşılaştırılması	100
Tablo 4.9: Hastaların KHBA-H puanlarının gruplarına ve zamana göre karşılaştırılması	100

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler

Açıklama

α	: Alfa
X^2	: Ki Kare
p	: İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
u	: Mann Whitney u testi

Kısaltmalar

Açıklama

KHBA	: Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi
HRÖ	: Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği
KHİDÖ	: Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği
NHBMÖ	: Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği
KHBA-H	: Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi-Hasta
CONSORT	: Konsolide Raporlama Denemeleri Standartları
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SPSS	: Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
Ss	: Satandart Sapma
Ort	: Ortalama
SBHM	: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
HHM	: Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
SH	: Sorumlu Hemşire
SBH	: Sağlık Bakanlığı Hastanesi
ÖH	: Özel Hastane
ÜH	: Üniversite Hastanesi

YL	: Yüksek Lisans
L	: Lisans
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
Vb	: ve benzeri
Diğ	: Diğerleri



ÖZET

DOKTORA TEZİ

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ve PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ UYGULANMASININ ETKİSİ

Demet YURTSEVER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Danışman : Doç. Dr. Handan ALAN

Bu araştırma, yönetici hemşirelerin hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve primer hemşirelik yöntemi uygulamasının hemşire ve hasta çıktıları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. İki bölümden oluşan araştırmanın birinci bölümü nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji yöntemi kullanılarak tanımlayıcı, ikinci bölümü nicel araştırma yöntemlerinden randomize olmayan gruplarda ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın birinci bölümünün örneklemi, üniversite hastanesi, Sağlık Bakanlığı Hastanesi ve özel hastanelerde görev yapan 8 üst düzey, 20 alt düzey olmak üzere toplam 28 yönetici hemşire oluşturdu. Araştırmanın ikinci bölümünün örneklemi İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi, iç hastalıkları ve ortopedi servislerinde çalışan 31 deney ve 32 kontrol olmak üzere toplam 63 hemşire ile bu servislerde çalışmanın başlangıcı ile 3. ve 6. ayında yatan 669 deney ve 574 kontrol olmak üzere toplam 1243 hasta oluşturdu. Çalışmanın gücü "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak hesaplandı. Yapılan power analizlerinin sonucu kabul edilebilir düzeyde ve veri sayısının yeterli olduğu görüldü.

Araştırmanın birinci bölümünde yönetici hemşirelerle yapılan görüşmelerde "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanıldı. İkinci bölümünde ise hemşirelere Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi (KHBA), Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği (HRYÖ), Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği (KHİDÖ) ve hastalara Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ),

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi-Hasta (KHBA-H) formları kullanıldı. Araştırmanın birinci bölümünün verilerinden MAXQDA 2022 programı kullanılarak, ana ve alt temalar oluşturuldu. Araştırmanın ikinci bölümünde ise veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) ve nonparametrik testlerle analiz edildi. Normal dağılıma sahip olmayan niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney U testi kullanıldı.

Çalışmanın birinci bölümünde derinlemesine bireysel görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda; “Çalışma çizelgelerinin oluşturulması”, “Hemşire görevlendirme kriterleri”, “Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri” ve “Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları” şeklinde dört ana tema ve bu temaların altında yer alan toplam 23 alt tema elde edildi. Çalışmanın ikinci bölümünde; kontrol grubundaki hemşirelerin KHBA 2. test puanlarının deney grubundaki hemşirelere göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, deney grubu hemşirelerin KHBA 2. test puanlarının, ön test puanlarına göre daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde KHİDÖ ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Hemşirelerin gruplar arası HRYÖ ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu. Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında NHBMÖ, ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H ön test ve 1. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H iletişim alt boyutu 1. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H zamanlama alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Primer hemşirelik yönteminin karşılanmayan hasta bakımı üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Gelecek araştırmalarda farklı bakım sunum yöntemlerinin hasta, hemşire ve kurumsal çıktılar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi önerilir.

Ocak 2025 , 193 sayfa.

Anahtar kelimeler: | Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri, Primer Hemşirelik, Karşılanmayan Bakım, Hemşire Doyumu, Hasta Memnuniyeti |

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

**OPINIONS of NURSE MANAGERS on NURSING CARE MODELS and THE
EFFECT of PRACTICING PRIMARY NURSING MODEL**

Demet YURTSEVER

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Management in Nursing

Management in Nursing

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Handan ALAN

This research was conducted to determine the opinions of nurse managers on nursing care delivery methods and to evaluate the effects of primary nursing method on nurse and patient outcomes. The first phase of the research employed descriptive design using phenomenology method from qualitative research methods, and the second phase using semi-experimental research method, which is one of the quantitative research methods, with control group pre-test post-test in non-randomized groups. The sample of the first phase consisted of a total of 28 nurse managers as eight seniors and 20 juniors, working in the Ministry of Health hospital and private hospitals. The sample of the second phase consisted of a total of 63 nurses, including 31 in experimental group and 32 in control group, working in the general surgery, internal medicine and orthopedics units of an educational and research hospital in Istanbul, and a total of 1243 patients, including 669 in experimental group and 574 in control group, who were hospitalized during the start of the study, and on the third and sixth months. The power of the study was calculated using the “G. Power-3.1.9.2” program. The results of the power analyses were at an acceptable level, while an adequate number of data was reached.

The “Semi-Structured Interview Form” was used in the interviews conducted in the first phase of the study. The Nurse Identification Information Form, MISSCARE Survey, Nurses' Role and Competencies Scale (NRCS) and Job Satisfaction Scale for Clinical Nurses (JSS-CN) for nurses, and the Patient Identification Form, Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale (NSNS), MISSCARE Survey-Patient for patients were used in the second phase. Main and sub-themes were created by using the MAXQDA 2022 program from the data obtained in the first

phase of the research. In the second phase, the data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 25.0 package program. The data were analyzed using descriptive statistical methods (number, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum) and nonparametric tests. The Mann Whitney U test was used for the difference between the two independent groups in the comparison of quantitative data without a normal distribution.

As a result of the content analysis of the data obtained from in-depth individual interviews in the first phase, four main themes were obtained as “Creation of study schedules”, “Nurse assignment criteria”, “Reasons for choosing the applied assignment method” and “Results of the applied assignment method” and a total of 23 sub-themes under these themes. In the second phase, the second-test MISSCARE Survey scores of the control group nurses were found to be higher than those of the experimental group nurses and the difference was statistically significant, while the second-test MISSCARE Survey scores of the experimental group nurses were lower compared to the pre-test scores, with a statistically significant difference. No statistically significant difference was found between the intragroup pre-test, first-test and second-test JSS-CN scores of experimental and control nurses. No statistically significant difference was found between the intergroup pre-test, first-test and second-test NRCS scores. No statistically significant difference was found between the intergroup pre-test, first-test and second-test NSNS scores of care-provider nurses. The patients receiving care from control group nurses obtained higher MISSCARE Survey-Patient pre-test and first-test scores compared to those receiving care from experimental group nurses, which was statistically significant, and in addition, they obtained higher MISSCARE Survey-Patient communication subscale first-test scores compared to those receiving care from experimental group nurses, which was also statistically significant. The pre-test, first-test and second-test MISSCARE Survey-Patient timing subscale scores of patients receiving care from control group nurses were found to be higher compared to those receiving care from experimental group nurses, and the difference was statistically significant. It was revealed that the primary nursing method has an effect on missed patient care. In future studies, it is recommended to evaluate the effects of different care delivery methods on patient, nurse and institutional outcomes. |

January 2025, |193| pages.

Keywords: | Nursing Care Delivery Methods, Primary Nursing, Missed Care, Nurse Satisfaction, Patient Satisfaction |

1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarının, güvenli ve başarılı bakım sunum hedefleri arasında, hasta ve aile memnuniyetini iyileştirme, en düşük maliyetle kaliteli ve güvenli bakım verme yer almaktadır (Havaei ve diğ., 2019a). Bu hedeflere ulaşmak için kuruluşun vizyon ve misyonuna uygun, mevcut insan ve malzeme kaynaklarını birleştiren, bir bakım sunum yöntemi uygulanması gerekir (Abusamra ve diğ., 2022). Hemşirelik bakım sunum yöntemleri, demografik, organizasyonel ve sağlık hizmeti ortamındaki değişikliklere yanıt olarak hemşirelerin bir grup hastaya doğrudan bakım sağlamak için bağımsız veya işbirlikçi yaklaşımları olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik bakım sunum yöntemleri, işin kavramsal olarak nasıl düzenlendiğini, koordine edildiğini ve hemşirelere nasıl dağıtıldığını belirler ve yöntemin seçimi personel özelliklerine, eğitimsel ve ekonomik kaynaklara, planlamaya ve görevlerin tanımına bağlıdır (Moura ve diğ., 2020). Bu yöntemler, yönetim ve hemşirelik teorilerine dayanmaktadır (Fowler ve diğ., 2006). Bakım sunum yöntemleri, çalışma yöntemlerini etkileyen ekonomik ve siyasi koşullardan ve farklı dönemlerde ortaya çıkan ve yaygın olan sosyal düşüncelerden etkilenmiştir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). 1940'tan önce vaka yöntemi kullanılırken, 1950'lerde yaygın yöntemin fonksiyonel hemşirelik olduğu görülmektedir. Fonksiyonel hemşireliğin yaygınlaşmasında, II. Dünya Savaşı nedeniyle hemşire sayısının yetersizliği ve savaş sonrası doğum sayısındaki artış gösterilmektedir. Fonksiyonel hemşireliğin hastanın bütüncül bakım almasını engellemesi gibi yetersiz yönlerine yapılan eleştiriler ekip hemşireliğinin gelişmesine sebep olmuştur (Türkmen, 2014b; Tiedeman ve Lookinland, 2004). 1960'ların sonlarında kapsamlı ve kesintisiz bakım sağlanması temeline dayanan primer hemşirelik tanımlanmıştır (Tiedeman ve Lookinland, 2004). 1970'ten sonra sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğin önem kazanması ile bütünleşmiş (entegre) bakım sunum yöntemleri ortaya çıkmıştır (Türkmen, 2014b). Bu yöntemler hemşirelik bakımının kalitesini artırma ortak hedefiyle, benimsenen felsefe, kullanılan kavramsal model, iş dağıtımı, hemşire iş gücü niteliği, hasta dağıtımı şekli ve maliyetler açısından birbirlerinden farklılık gösterebilirler (Cocchieri ve diğ., 2023). Hemşirelik bakım sunum yöntemleri, hastanelerde verilen bakım hizmetlerinin organizasyonu için tasarlanmış olsa da diğer sağlık bakım ortamlarına da uyarlanabilmektedir (Marquis ve Huston, 2017). Bu yöntemler aynı zamanda hemşirelik bakımının örgütlenmesinde en yaygın kullanılan modellerdir (Rantanen ve diğ.,

2016) ve bu yöntemlerin birlikte uygulandığı örneklerin de literatürde yer aldığı görülmektedir (Türkmen, 2014b).

Bakım sunum yöntemlerinden biri olan primer hemşirelik, vaka/olgu (toplam hasta bakımı) yönteminden uyarlanarak geliştirilmiştir. Yöntemin geliştirilmesinde amaç, hastaya verilen bakımın bütüncül, kesintisiz ve bireyselleştirilmiş olmasının sağlanmasıdır. Aynı zamanda karmaşık sorunları olan hasta sayısının artması ile toplumsal hümanist değerlerin yaygınlaşması da yöntemin gelişmesinde etkili olmuştur (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Bu yöntemin geliştirilmesinin nedenlerinden biri de ekip hemşireliğinin olumsuz yönleri arasında gösterilen en yetkin hemşirenin, hasta bakımı yerine diğer personellerin denetlenmesi için görevlendirilmesinin önüne geçilerek doğrudan yatak başında görev almasının sağlanmasıdır. Primer hemşirelik, ilk profesyonel bakım sunum yöntemi olarak gösterilmektedir. Bu yöntemde birime kabul edilen her hasta için bir “primer hemşire” atanmakta ve “primer hemşire” hastanın kabulünden çıkışına kadar birimde kaldığı tüm süre boyunca hemşirelik bakımından sorumlu olmaktadır (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Primer hemşirelik, karar verme sorumluluğunun yatak başına taşınması açısından da oldukça önemli bir yöntemdir (Özmen, 1996).

Primer hemşireliğin bakım anlayışı, sürekli ve kesintisiz bakım sağlama üzerine odaklanmıştır (Akbal, 1999; Tiedeman ve Lookinland, 2004; Türkmen, 2014b; Ekici, 2013). Olgun (1994), primer hemşirelik yönteminde sahip olunan bilgi ve becerinin daha etkili olarak kullanıldığını belirtmektedir. Primer hemşireliğin hasta doyumunu artırdığının bilinmesinin yanı sıra hemşirelerin de iş doyumunu arttıran en önemli etmenler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Olgun, 1994; Mattila ve diğ., 2014; Teksöz ve Ocakçı, 2014; Nadeau ve diğ., 2017; Cırık ve Efe, 2019). Primer hemşireliğin karşılanmayan hemşirelik bakımını azalttığı (Moura ve diğ., 2020) ve maliyet etkin bir yöntem olduğu (Gardner ve Tilbury, 1991) da vurgulanmaktadır.

Hemşirelik bakım sunum yöntemleri ve primer hemşirelikle ilgili yapılan uluslararası ve ulusal çalışmaların sınırlı sayıda olması ve hemşirelik hizmetleri yönetiminde seçilen bakım sunum yönteminin hemşirelik bakımının kalitesini ve çıktılarını doğrudan etkilemesi, bu konunun araştırılmasının gerekliliğini ve önemini artırmaktadır. Bu bağlamda bu tez çalışmasında yönetici hemşirelerin kurum genelinde ve birimlerinde uygulanan hemşirelik bakım sunum yöntemine ilişkin görüşleri ve bir kamu hastanesinde uygulanan primer hemşirelik yönteminin, hemşirelerin rol ve yetkinliklerine, iş doyumlarına, karşılanmayan

hemşirelik bakımına ve hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerine etkisi incelenmiştir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİ

Hemşirelik bakım hizmetleri, sağlık hizmet sunumunun temel bileşenlerinden biridir. Sağlık hizmet sunum alanlarında hastaların gereksinim duyduğu hemşirelik bakımının etkin bir şekilde sunulması çok önemlidir (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ, 2022). Hastanelerde bakımın organize edilmesi amacıyla hemşirelerin hasta bakımına yönelik görevlendirilme şekline yönelik bir yapı oluşturulur (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ, 2022). Oluşturulan yapı hastaların bakım gereksinimleri, kurum kültürü, hemşirelik hizmetleri yönetim felsefesi ve kurum kaynakları ile ilişkilidir (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Hasta bakımının nasıl sunulacağını organize etmek, hasta bakımına ilişkin sorumlulukların nasıl dağıtıldığını, işin nasıl koordine edildiğini, klinik kararların nasıl alındığını, iletişimin nasıl kurulduğunu, kaynakların nasıl tahsis edildiğini ve hedeflere nasıl ulaşıldığını içeren yönetsel bir işlemdir (Duffy ve diğ.,2007).

Hemşirelik bakımının etkin bir şekilde verilmesi öncelikle yönetici hemşirelerin görevi olmakla birlikte sağlık kuruluşunun genel yöneticisi ile de ilgilidir (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ, 2022). Üst düzey yöneticiler uygulanan bakım verme yönteminin etkili olması için kurum kaynakları ve felsefesini etkileme yetkisine sahiptir. Yeterli kaynak ve felsefi destek olmadan uygulanan yöntemin başarılı olması mümkün değildir. Ancak birim yönetim sürecinin örgütlenmesinde en etkili olan yöneticiler alt ve orta düzey yöneticilerdir. Bu yöneticiler hastanın ihtiyacı olan bakımın en iyi nasıl karşılanacağını, hasta bakımının nasıl etkin bir şekilde sunulacağını belirleyen ve örgüt iklimini şekillendiren liderlerdir (Marquis ve Huston, 2017).

Hemşirelik bakım sunum yöntemleri, hasta bakımının nasıl organize edildiğini veya hemşirelerin sağlık bakım ortamlarında hastalara hemşirelik bakımı sağlamak için nasıl görevlendirildiğini belirtir. Sistem, hasta bakımının sonuçlarından kimin sorumlu olduğunu belirler ve hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamak için hemşirelik kaynaklarının en etkili şekilde dağıtımını sağlamak için kullanılır. (Butler ve diğ.,2019). Parreira ve diğ. (2021), hemşirelik bakım sunum yöntemlerini, “değerler ve inançlar tarafından yönlendirilen hemşirelik bakımını organize etme ve sunma yöntemleri” olarak tanımlamışlardır. Hemşirelik

bakım sunum yöntemlerinin bir diğer tanımı ise, “hemşirelerin bir grup hastaya doğrudan bakım sağlamaya yönelik bağımsız veya işbirlikçi yaklaşımıdır” şeklindedir (Havaei ve diğ., 2019a).

Hemşirelik bakım sunum yöntemlerinin içeriği klinik karar verme, iletişim, iş bölümü ve yönetim olmak üzere dört temel örgütsel yapıya dayanmaktadır (Şekil 2.1). Bunlar hizmet kalitesinin önemli belirleyicileri olarak kabul edilmektedir (Türkmen, 2014b). Bakım sunum yöntemleri her ortamda etkili bakım sağlamak için hemşirelerin işi nasıl koordine ettiğini ve devrettiğini açıkladığından yalnızca tamamlanması gereken görevlerin bir listesini içermez, aynı zamanda hemşirelerin bakım felsefesini seçip benimsemeleri (Fowler ve diğ., 2006) ve bakım etiğini takip etmeleri için de bir yol sunar (Abusambra ve diğ., 2022). Diğer yandan hemşirelerin çalışma ortamlarında nasıl iletişim kurduklarını, ekip üyeleriyle ve diğer sağlık profesyonelleriyle nasıl etkileşimde bulunduklarını ve klinik kararları alma şekillerini belirler (Fowler ve diğ., 2006). Bu yöntemler öncelikle yatan hasta ortamlarında (Fawcett, 2021a; Lopez Cardenas ve diğ., 2022) ve aynı zamanda klinikler, evde sağlık ve bağımsız hemşirelik uygulamaları gibi bazı ayakta tedavi ortamlarında hasta bakımı için hemşirelik uygulamalarının organize edilebileceği yollardır ve modern hemşireliğin 1850'lerdeki kuruluşundan günümüze kadar uzanan bir geçmişi vardır (Fawcett, 2021a).



Şekil 2.1: Hemşirelik uygulaması

Kaynak: Türkmen, E.E., 2014, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-3, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul.

Bakım sunum yöntemleri, yönetim ve hemşirelik teorilerine dayanır (Fowler ve diğ., 2006; Jin ve Yi, 2019; Parreira ve diğ., 2021). Klasik yönetim teorisyenlerinden Frederick Taylor, Bilimsel Yönetimin İlkeleri adlı kitabında (1911), tüm organizasyonların işlerinin, bir montaj hattında olduğu gibi, tek bir bölüm yöneticisinin gözetiminde belirli bölümlere ayrılması gerektiğini savunmuştur (Kwok, 2015; Koçel, 2015). Taylorizm olarak adlandırılan bilimsel yönetim anlayışına göre işlerin unsurlarına ayrılması, görevlerin daha kısa zamanda ve daha etkin yapılabilmesi için gerekli araç gereçlerin belirlenmesi ve bu araç gereçlerin kullanım şekillerinin tanımlanması, görevler için atanmış çalışanların yapacakları faaliyetlerin belirlenmesi gerekmektedir (Koçel, 2015). Bürokrasi Teorisinde Max Weber (1864–1920), fonksiyonel uzmanlaşmaya bağlı iş bölümü, mevki, yetki ve hiyerarşiye uygun görevleri belirleyen kurallar bulunması gerektiğini (Özer ve Çiftçi, 2022) yeterlilik alanları arasında net bir ayırım yapılmasını savunmuştur. (Kwok, 2015). Weber'in teorisine göre belirli işler için görevlendirilen çalışanların kendi alanlarında uzmanlaşmaları gerekmektedir (Özer ve Çiftçi, 2022). Klasik yönetim teorisyenlerinden Henri Fayol (1841–1925) ise, örgütsel verimliliği artırmak üzere, iş bölümü, otorite ve disiplin, merkezileşme, komuta birliği gibi on dört yönetim ilkesi belirlemiştir (Özer ve Çiftçi, 2022).

Klasik yönetim teorilerinin, çalışanların uzmanlaştığı tek bir görevi, hiyerarşik bir denetçinin sorumluluğu altında, iyi tanımlanmış standartlara ve düzenlemelere uyarak, yerine getirmesi gerektiği düşüncesi ile bakım sunum yöntemlerinden fonksiyonel hemşirelik (görev merkezli) yöntemi arasında bir ilişki kurulabilir (Pontin, 1999; Parreira ve diğ., 2021; Fairbrother ve diğ., 2015; Fawcett, 2021a). 1920'lerin sonu ve 1930'ların başına kadar Klasik Teori tarafından ortaya konulan sistematik bilgi birikimi işletmeler için yol gösterici olmuştur. Ancak işletmelerin büyümesiyle karşılaşılan yönetim problemlerinin artması, 1929 Dünya Ekonomik Krizi'nin neden olduğu işsizlik, çalışanların ve ailelerinin yaşadıkları ekonomik güçlükler, ile "Hawthorne Araştırmaları" işletmeleri "tam ayarlı olarak çalışan bir makine" olarak görmeyen, maddi ve teknik unsurların yanı sıra insan unsurundan oluşan bir yapı olarak gören bir akıma neden olmuştur. Bu akım ile benimsenen yeni yaklaşım insan davranışlarını önemsemesi nedeniyle Davranışsal Yaklaşım adını almıştır. İnsanların birey olarak ya da grup halinde nasıl davrandığı, davranışlarının nedenleri ve yönlendirilmesi ile kişiler arası ilişkiler, yeni yaklaşımın ilgilendiği konular olmuştur (Koçel, 2015). Davranışsal Yaklaşımın teorisyenlerinden Elton Mayo örgütlerde grupların önemine odaklanmış, işçilerin bireysel olarak değil grup olarak düşündükleri ve hareket ettikleri sonucuna ulaşmıştır (Kwok, 2015). Bu açıdan bakıldığında, daha önce bütünden kopmuş çalışanların nasıl koordine edildiğine ve

yönetim süreçlerine nasıl entegre edildiğine yansıyan, karşılıklı ilişkiler, grup dinamikleri ve bireysel motivasyonları merkeze alan örgütsel varsayımların uygulanmasını içeren Davranışsal Yaklaşım Teorisi, sağlık örgütlerinin yeniden formüle edilmesini güçlü bir şekilde etkilemiş, hemşirelik bakımının organizasyonu, planlanması ve sunumu için hasta merkezli yöntemlerin, özellikle ekip hemşireliği yönteminin ortaya çıkmasına ve uygulanmasına yol açmıştır (Fairbrother ve diğ., 2015; Fawcett, 2021a; Pontin, 1999; Parreira ve diğ., 2021). Ancak 1970'li ve 1980'li yıllarda yeni örgütsel yönetim biçimleri, uluslararası sağlık hizmetlerinde günümüzde de var olan bireysel ve ekip hemşireliği yöntemlerinin uygulanmasını güçlendirmekle kalmamış, aynı zamanda yeni bir hasta merkezli bakım yöntemi olan primer hemşireliğinin ortaya çıkmasını da teşvik etmiştir (Pontin, 1999; Parreira ve diğ., 2021). Kısaca tarihsel açıdan bakıldığında, bakım sunum yöntemleri 1930'lardaki ekonomik konulara, 1940'lardaki ve 1950'lerdeki siyasi konulara (İkinci Dünya Savaşı ve hemen savaş sonrası) ve 1960'lardaki hümanizm gibi ortaya çıkan sosyal düşüncelere göre gelişmiştir (Tiedeman ve Lookinland, 2004).

Hasta bakımı organizasyon yöntemleri bilimsel yazında hasta bakımının yönetimi, hasta bakımını örgütleme, hemşirelik bakım sunum sistemleri, hemşire görevlendirme yöntemleri, hemşirelik bakım sunum yöntemleri gibi farklı şekillerde adlandırılmakta (Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017) ve geleneksel ve bütünlüşmüş bakım sunum yöntemleri olarak iki ana başlık altında ele alınmaktadır (Türkmen, 2014b).

2.1.1. Geleneksel Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri

Hasta bakımı ile ilgili bilimsel yazında geleneksel hemşirelik bakım sunum yöntemi olarak vaka yöntemi (toplam hasta bakımı), fonksiyonel hemşirelik, ekip ve modüler hemşirelik ile primer hemşirelik yöntemi yer almaktadır (Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Kavramsal olarak bu yöntemler iş odaklı yöntemler (fonksiyonel hemşirelik) ve birey odaklı yöntemler (vaka yöntemi, ekip ve modüler hemşirelik, primer hemşirelik) olarak iki başlığa ayrılmaktadır. (Türkmen ve diğ., 2022).

2.1.1.1. İş Odaklı Yöntemler

Fonksiyonel Hemşirelik

Fonksiyonel hemşirelik “iş odaklı ya da iş merkezli” yürütülen bir hemşirelik bakım sunum yöntemidir. Bu nedenle iş odaklı/merkezli yöntem, görev hemşireliği gibi farklı şekillerde de adlandırılmaktadır (Ekici, 2013; Türkmen ve diğ., 2022). Serviste doğrudan ya da dolaylı hasta bakım uygulamalarının hemşireler arasında paylaşılması esasına dayanır.

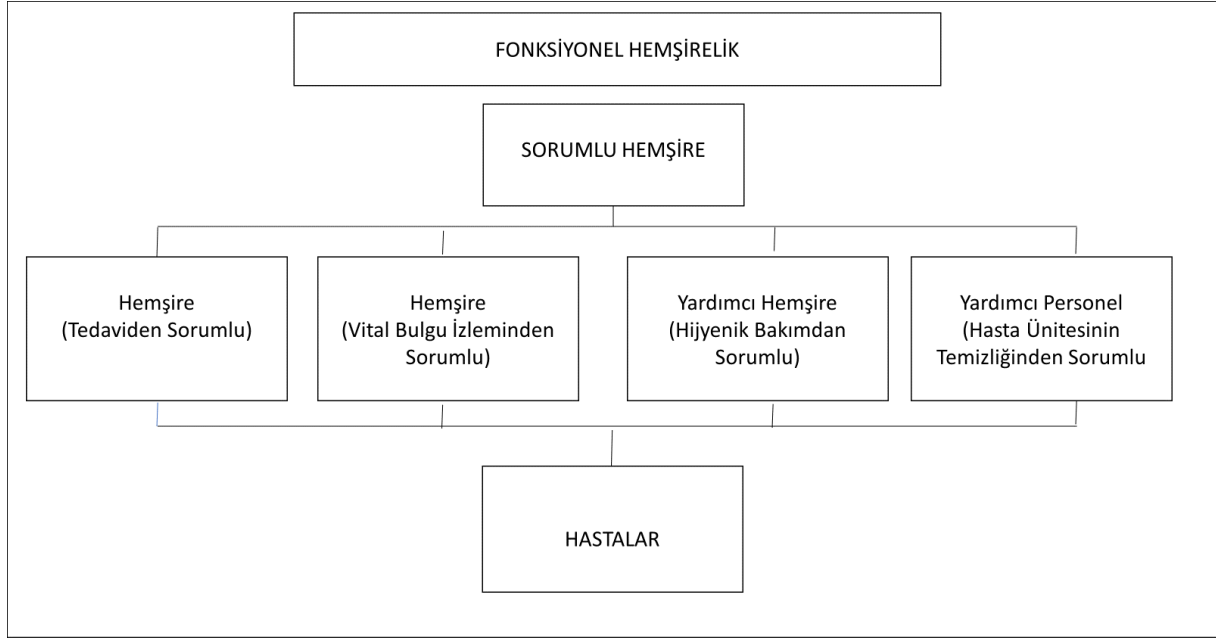
Fonksiyonel hemşirelik modeli, bakımın karmaşıklığına göre, bakım sunumu için gerekli bilgi ve becerilere göre hemşire personeli arasındaki görev dağılımından oluşur (Lopez Cardenas ve diğ., 2022). Bu yöntemde, hemşire ve yardımcı personele, üretim hatlarında kullanılan benzer prensiplere göre, niteliklerine uygun görevler verilir (Dubois ve diğ., 2012). Fonksiyonel hemşirelikte, hedef hasta değil, görevdir. Bu bakım sunum yönteminde servisteki hemşirelik işleri için hemşire ataması yapılmaktadır (Ekici, 2013).

Fonksiyonel hemşirelik yöntemi 1940'lı yıllarda tanımlanmış (Türkmen, 2014b; Tiedeman ve Lookinland, 2004) olmasına rağmen hasta bakım organizasyon şekillerinin en eskisidir (Ekici,2013). Fonksiyonel hemşirelik 1940'lı yıllarda II. Dünya Savaşı nedeniyle oluşan hemşire eksikliğinin giderilmesi amacıyla hastanelerde daha fazla destek personelinin istihdam edilmesiyle ortaya çıkmıştır (Duffield ve diğ., 2010; Marquis ve Huston 2017). İstihdam edilen deneyimsiz çalışanlar eğitilerek basit işler için yetkin hale getirilmiş ve özel hastalara bakmaktan daha çok belirli görevleri yerine getirmek için görevlendirilmiştir (Marquis ve Huston, 2017).

II. Dünya Savaşı sırasında hastane ortamında hemşirelerin çok sayıda yaralıya bakım vermek zorunda kalması nedeniyle fonksiyonel yöntemin geçici bir yöntem olduğu düşünülmüştür. Ancak savaşın hemen ardından doğum sayılarındaki artış, hemşire sayısının yetersizliğine neden olmuştur. Bu durum sağlık kurumlarını, farklı eğitim ve beceri düzeyine sahip personel istihdamına ve fonksiyonel yöntem kullanımına devam etmeye yöneltmiştir (Marquis ve Huston, 2017). Bu yöntemde, hemşire ve yardımcı personele işin ya da görevin karmaşıklığına göre görev verilmektedir. Deneyimli ve yüksek vasıflı hemşireler en ileri ve karmaşık görevlere atanırken, yardımcı hemşireler veya daha az vasıflı personel rutin görevlere atanır (Tiedeman ve Lookinland 2004). Fonksiyonel yöntemde gerçekleştirilen görevlere, hastaların hayati bulgularının ölçülmesi, hijyenik bakımlarının sağlanması, yatak takımlarının değiştirilmesi ve ilaç uygulamaları örnek gösterilebilir (Marquis ve Huston, 2017).

Fonksiyonel hemşirelik yönteminde bakımın sorumlusu, sorumlu hemşire ya da vardiya sorumlu hemşiresidir. Bu yöntemde her vardiyada sorumlu bir hemşire, bir grup hasta için gerekli bakım görevlerini, işin karmaşıklığı ve hemşirelerin yetkinliğine göre bölerek, personellere dağıtır. Örneğin; hastaların tedavilerini uygulamak, hijyenlerini sağlamak, yaşamsal bulgularını ölçmek, hasta transferlerini sağlamak gibi belirlenen görevler için atanan hemşireler görev ve prosedürleri tamamlamakta, hasta göz ardı edilmektedir. Bu yöntemde hemşirelerin diğer vardiyalarda da aynı görevi üstleneceğinin garantisi yoktur. (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fawcett, 2021a; Türkmen ve diğ., 2022). Sorumlu hemşire, hemşirelerin

karar verme süreçlerini düzenleme ve denetlemekten, tüm görevlerin tamamlandığını kontrol etmekten sorumludur. Sadece sorumlu hemşire hastaların geneli hakkında bilgi sahibidir. Sorumlu hemşire bakımın koordinasyonunu sağlar, görev atamalarını yapar ve gerekli raporları toplar (Tiedeman ve Lookinland, 2004).



Şekil 2.2: Fonksiyonel hemşireliğin yapısı

Kaynak: Türkmen, E.E., 2014, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-3, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul.

Fonksiyonel hemşirelik yöntemi Şekil 2.2’de gösterildiği gibi, birbiriyle ilişkili parçaların bütününden oluşan hasta bakımının, görev odaklı olarak parça parça verilmesi ile karakterizedir. Bakımın parçalar halinde verilmesi, bütüncül bakım verilmesini engeller ve parçalar arasında eşgüdüm eksikliğine neden olur. İşin mekanik bir bakış açısıyla farklı profesyoneller tarafından gerçekleştirilen görevlere bölünmesi, rutin ve mekanik bir mantıkla görevin en üst düzeye çıkarılmasını teşvik eden Taylor’ın sanayi devrimi ilkelerine dayanmaktadır (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Marquis ve Huston, 2017).

Fonksiyonel yöntem hasta güvenliğini sağlamak amacıyla yetkin ve eğitimli hemşire sayısının yetersiz olması ve herhangi bir nedenle hemşirelerin farklı bir serviste görevlendirilmeleri durumunda (Duffield ve diğ., 2010), daha az sayıda profesyonel gerektirmesi nedeniyle insan kaynaklarının kıt olduğu durumlarda veya daha iyi bir performans

elde etmek için el becerisinin geliştirilmesi ya da bir tekniğin iyileştirilmesi amaçlandığında kullanılabilir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fawcett, 2021a). Bu yönüyle hemşirelerin becerilerini en üst düzeye çıkardığı ve maliyet açısından etkin bir yöntem olduğu kabul edilmektedir. Bakım sunumu için gerekli görevlerin, belirli prosedür ve politikalar kullanılarak hızlı bir şekilde tamamlanması nedeniyle ekonomik açıdan verimli bir yöntem olarak kabul görmektedir (Archibong, 1999; Marquis ve Houston, 2017; Parreira ve diğ., 2021; Türkmen ve diğ., 2022). Yöntemin, görevlerin daha kısa sürede tamamlanabilmesi nedeniyle yüksek vasıflı ve yetenekli hemşireler için daha fazla zaman sağladığı, hemşirelerin el becerilerini artırdığı ve deneyimsiz personellerin işleri daha hızlı öğrenmesini sağladığı belirtilmektedir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ., 2021).

Fonksiyonel hemşirelik yönteminde, hastaların birey olarak tanınmaması ve hastaların psikososyal ve manevi ihtiyaçlarına çok az zaman ayrılması, yöntemin olumsuz yönleri arasındadır. Kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bakıma olanak vermemesi, diğer yöntemlere göre, bakım kalitesi ve hasta güvenliği açısından daha dezavantajlı bir yöntem olmasına neden olmaktadır (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Bu yöntemde hastalar 'hemşirelerinin' kim olduğunu belirleyemedikleri için bu modelde hasta-hemşire ilişkisi daha zayıf, hastanın hemşireye güveni daha az ve hasta memnuniyeti düşüktür (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Duffield ve diğ., 2010). Fonksiyonel hemşirelik yöntemi, sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi azaltır. (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Hemşirelerin hemşirelik sürecini uygulamalarına imkan vermemesi, hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın değerlendirilmesi ve kayıtlarda eksikliklere neden olmaktadır. Diğer yandan bakımın sürekliliğinin olmaması, planlama eksikliği nedeniyle bazı faaliyetlerin unutulmasına yol açması, hemşirelerin hastalar için atanmamış olmaları nedeniyle hastalar hakkında genel bir görüşlerinin olmaması bu yöntemin diğer olumsuz yönlerindendir. Bu yöntemin sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon riskini artırdığı, sağlık çalışanları arasındaki etkileşimi ve kişilerarası ilişkileri engellediği, karar vermenin merkezileşmesi ve hemşirelerin otonomisini engellemesi gibi nedenlerle zayıf takım ruhu ve motivasyon eksikliği yarattığı belirtilmektedir (Archibong, 1999; Parreira ve diğ., 2021). Fonksiyonel hemşirelik yönteminin hemşirelerin hesap verme ve sorumluluk anlayışını olumsuz yönde etkilemesi, hasta bakımı ile ilgili kararlara katılımlarını azaltması, hemşirelik uygulamaları açısından olumsuz bir durum ortaya çıkarmaktadır (Tiedeman ve Lookinland, 2004).

Günümüzde fonksiyonel hemşirelik yönteminin, acil bakım ünitelerinde ya da olağanüstü durumlarda kullanılması önerilmektedir. Aynı zamanda subakut ya da uzun süreli bakım verilen üniteler ile ayaktan bakım ünitelerinde kullanılabilmektedir (Türkmen, 2014b).

2.1.1.2. Birey Odaklı Yöntemler

Birey odaklı yöntemler, hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, bu gereksinimler için öncelik ve hedeflerin belirlenmesi, gerekli girişimlerin planlanarak uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu yöntemler insan odaklı ve bütüncüdür (Parreira ve diğ., 2021).

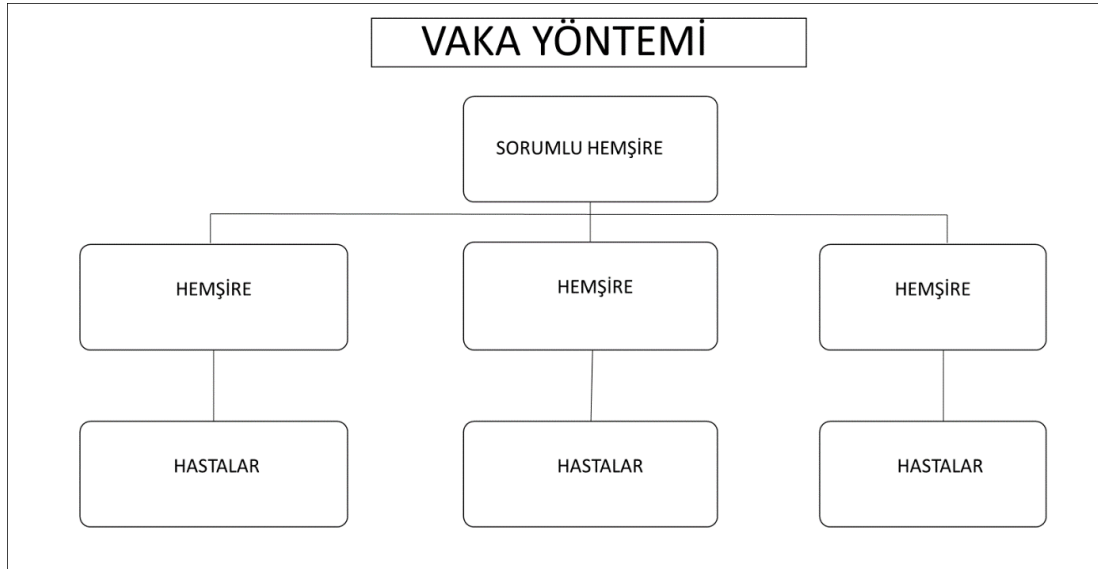
Vaka Yöntemi (Toplam Hasta Bakımı)

Vaka yöntemi hemşirelik bakım sunum yöntemlerinin en eskisidir ve Kırım Savaşı'nda Florence Nightingale tarafından geliştirilmiştir (Meehan,2003; Duffield ve diğ., 2010; Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017; Fawcett, 2021a). Vaka yönteminde hemşireler, bir grup hastanın tüm bakımının sorumluluğunu üstlenirler. Bu yöntem literatürde “hasta tahsisi” veya “toplam hasta bakımı” (Duffield ve diğ., 2010; Marquis ve Huston,2017) ve “holistik hasta bakımı” olarak da adlandırılmaktadır (Ekici,2013). Bu modelde hasta ataması birebir yapılı ve hemşireler hastanın toplam hemşirelik ihtiyaçlarını karşılarlar (Fawcett, 2021 a). Bu yöntem özel hasta hemşireliği şeklinde de uygulanmaktadır (Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017).

19. yüzyılda vaka yöntemi, baskın bakım sunum modeliydi. 1930'lu yıllara kadar evde hasta bakımında kullanılmıştır (Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017). 1930'lardaki büyük buhran nedeniyle yaşanan ekonomik zorluklar ve evde verilen özel hemşirelik bakımının maliyetli olması nedeniyle hemşirelik bakımı hastanelerde vermeye başlanmıştır. Bu nedenle mezun olan hemşireler hastanelerde görevlendirilmiş, hemşirelik bakım ücretlerinin hastalar tarafından ödenmesine devam edilmiş sonrasında hastanelerin örgütlenme yapısının değişmesiyle hemşireler hastane çalışanı kapsamına alınmıştır (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Ekici; 2013; Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017). Bu yöntem 1980'lerde yeniden baskın yöntem haline gelmiştir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Günümüzde de yaygın olarak uygulanmaktadır (Fairbrother ve diğ., 2015; Marquis ve Huston, 2017). Özel hasta hemşireliği günümüzde hem hastanelerde hem de ev ortamında uygulanmaya devam etmektedir (Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017).

Vaka yöntemi, nitelikli hemşireler tarafından sağlanması ve daha da önemlisi aynı hemşire tarafından sağlanan bakımın yüksek kalitesi ve tutarlılığı nedeniyle hastalar tarafından

(Wagner ve Bear 2009, Wolf ve diğ. 2008), sahip oldukları özerklik ve belirli bir hastanın bakımına ilişkin sorumluluğun kolayca tanımlanması nedeniyle de hemşireler tarafından benimsenmektedir (Tiedeman ve Lookinland 2004; Duffield ve diğ., 2010). Vaka yönteminde hemşireler, birebir olarak bir grup hastanın tüm bakımının sorumluluğunu üstlenir ve kendi vardiyası sırasında toplam hasta bakımını sağlar (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Havaei ve diğ., 2019a; Fawcett, 2021a; Parreira ve diğ., 2021). Bu nedenle, yöntem "vardiya başına bire bir hasta ilişkisi" olarak tanımlanmaktadır (Fawcett, 2021a). Bu yöntemde bir hastanın bir vardiyadaki bakımı için bir hemşire atanır ve diğer vardiyalarda da aynı atamanın yapılacağına garantisi yoktur (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fawcett, 2021a; Rantanen ve diğ., 2016). Hastanın bakımından, birime kabulünden taburculuğuna kadar aynı hemşire sorumlu değildir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Rantanen ve diğ., 2016). Bakımın parçalı olmamasına rağmen vardiyalar arasında koordinasyon sağlanamamakta ve oluşturulan hemşirelik bakım planında değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu yöntemde, hemşire tarafından belirlenen ihtiyaçların karşılanmasına yönelik bakımın genel organizasyonu, hemşirenin bir profesyonel olarak kendi rolüne ilişkin görüşüne bağlıdır ve hastaya veya görevlerin yerine getirilmesine öncelik verilebilir. Üniteye tüm hastalara verilen bakımın koordinasyonu, hemşirelik bakımının sunumunu denetleyen, değerlendiren ve süreç boyunca en önemli kararları veren, sorumlu hemşirenin sorumluluğundadır (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ., 2021).



Şekil 2.3: Vaka yönteminin yapısı

Kaynak: Türkmen, E.E., 2014, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-3, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul.

Bu yöntemde hasta ihtiyaçlarının karşılanmasıyla bakımın bireyselleşmesi, hemşire-hasta ilişkisini güçlendirir. Hasta, belirli bir vardiyada kendisine bakım sağlayan hemşireyi tanımlayabilir. Vaka yöntemi yakın, insani ve kişiselleştirilmiş bir bakımla sonuçlanabilir. Dolayısıyla hastanın hemşireye olan güvenini güçlendirir. Bunlar hastalar açısından bu yöntemin olumlu yönleri olarak sıralanabilir (Parreira ve diğ., 2021). Hemşireler açısından ise, hemşirelik sürecinin uygulanması ve bunun sonucunda hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması, hastaların biyo-psiko-sosyal bütünlüğünü göz önünde bulundurarak daha iyi karar verme becerisini teşvik etmesi, bakımın sürekliliğine olanak tanınması ve hata ve/veya ihmallerin sayısının azalması ve kalitenin artmasına yol açması, hastanın hemşireyle ilgili daha derin bilgi edinmesini sağlaması, hemşirelerin bireysel beceri ve yeteneklerinin gelişmesine imkan sağlaması, bakım sunumunda, sorumlulukta, yaratıcılıkta, bilginin güncellenmesinde ve bakım sunumunun kalitesinin değerlendirilmesinde daha fazla özerkliği teşvik etmesi, olumlu yönler arasında sayılabilir (Parreira ve diğ., 2021). Kuruluşlar açısından vaka yöntemi uygulanması, personel arasındaki iletişim süresinin azalması, görevlerin tamamlanmasını sağlamak için daha az denetim gerekmesi, bir hemşirenin aynı anda birden fazla görevi yerine getirmesine olanak tanınması (Tiedeman ve Lookinland, 2004) ve bakım sunumunda daha yüksek kalite ile sonuçlanır (Parreira ve diğ., 2021).

Diğer yandan bu yöntemin bazı zayıf yönleri de vardır. Hastalar açısından, her hemşire her vardiyada farklı hastalara bakım vereceğinden, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca iletişim kuracağı “kendi” primer hemşiresi bulunmamaktadır. Bakım veren hemşirelerin bireysel bilgi ve becerilerindeki farklılıklar nedeniyle çeşitli vardiyalarda bakım sunumunda farklılıklar oluşabilmektedir. Hemşirelerin hastaların toplam bakım ihtiyacını karşılamaları gerektiğinden, tüm hemşirelerin daha yüksek düzeyde yeterlilik sahibi olmasını gerektirir. Organizasyonlar için görev odaklı yönetime göre daha fazla ve daha nitelikli personel gerektirir (Duffield ve diğ., 2010; Parreira ve diğ., 2021).

Tiedeman ve Lookinland (2004), vaka yönteminde bakım kalitesinin ve hasta memnuniyetinin fonksiyonel hemşirelikten daha yüksek olduğunu, hemşirelerin fonksiyonel hemşireliğe göre bu modelden daha memnun olma eğiliminde olduklarını ve hekimlerin hastanın durumunu bilen tek bir hemşireyi bulup onunla iletişim kurmaları nedeniyle bu modeli tercih ettiklerini aktarmaktadır.

Günümüzde vaka yöntemi hemşireler tarafından, yatan hasta servisleri ve yoğun bakım gibi fazla hemşirelik bakımı gereksinimi duyulan sağlık hizmeti sunum alanlarında ve ev

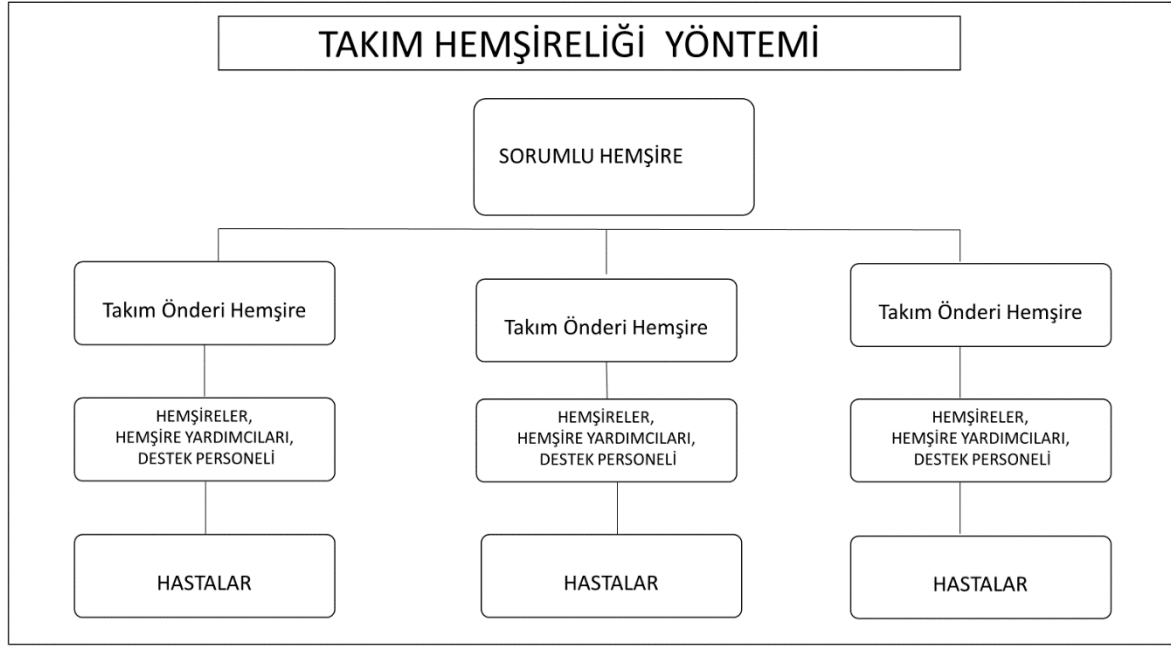
ortamında bakım verilirken, öğrenci hemşireler tarafından ise hastane stajlarında uygulamaktadır (Ekici; 2013; Türkmen, 2014b).

Ekip Hemşireliği

Ekip hemşireliği yöntemi 1950’lerde devam eden hemşire eksikliği nedeniyle fonksiyonel hemşireliğe bağlı parçalanmış bakımı azaltarak, hasta ve hemşire memnuniyetini artırmak amacıyla geliştirilmiştir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Duffield ve diğ., 2010; Marquis ve Huston, 2017; Fawcett, 2021a; Parreira ve diğ.,2021). Bu yöntem, hemşirelik hizmetlerine yönelik artan talepleri karşılamak üzere ve artan sayıda profesyonel olmayan (yardımcı) hemşirelik personeli nedeniyle ortaya çıktı. Bu yöntem bir ekip liderinin rehberliğinde çalışan küçük bir hemşire grubunun, tek başına çalışan aynı hemşirelerden daha iyi bakım verebileceği düşüncesine dayanmaktadır. Ekip hemşireliğinin felsefesi, hemşirelik kaynaklarını verimli bir şekilde kullanarak, hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamaktır (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fowler, 2006; Fawcett, 2021a).

Ekip hemşireliği yönteminde, hemşireler ekiplere ayrılır. Ekipler liderler tarafından yönlendirilir ve koordine edilir (Parreira ve diğ., 2021). Ekip lideri genellikle ekip üyeleri arasında en yüksek eğitim ve uzmanlığa sahip olan hemşiredir (Fawcett, 2021a). Bu yöntem geleneksel ve hiyerarşiktir. Ekip üyeleri, yetkin bir ekip liderinin gözetimi altında belirli bir hasta grubunun bütün bakımını sağlar. Bakımın sağlanması için görevler, hastaların ihtiyaçlarının ve bakım gereksinimlerinin karmaşıklığına göre çeşitli beceri seviyelerindeki personele verilir. Ekip lideri daha sonra ekip üyelerini ve verilen bakımı denetler, gözlemler ve değerlendirir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Böylece grubun yetenekleri ve her hemşirenin bireysel nitelikleri ve becerileri en üst düzeye çıkarılır (Parreira ve diğ., 2021). Diğer yandan ekip lideri, ekip üyeleri ile hekimler ve diğer sağlık disiplinleri arasında eşgüdüm sağlamaktan, ekip üyeleri arasındaki çatışmaların yönetiminden sorumludur (Ekici, 2014; Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Ekip hemşireliğinde ekip liderinin en önemli görevlerinden biri, tüm hastaların bakım süreci ve planını ekip üyeleriyle görüştüğü ekip toplantılarını gerçekleştirmektir. Bu toplantılarda tüm ekip üyeleriyle birlikte bakım planları değerlendirilir ve geliştirilir. Böylece hastaların bakım gereksinimlerinin fazla sayıda hemşire tarafından belirlenmesi sağlanır (Ekici, 2014). Ekip hemşireliği yönteminin odak noktası, hasta

bakımının planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi için ortak sorumluluk, hesap verebilirlik ve iş birliği içinde çalışmaktır (Parreira ve diğ., 2021; Tiedemen ve Lookinland, 2004). Gerekirse ekip lideri yetkinlik gerektiren uygulamalarda, doğrudan hasta bakımı sağlar (Tiedemen ve Lookinland, 2004). Bu modelin etkili olabilmesi için ekip liderinin güçlü liderlik ve açık iletişim sağlayabilecek gerekli eğitim, deneyim ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fernandez ve diğ., 2010; Ferguson ve Cioffi, 2011).



Şekil 2.4: Ekip hemşireliğinin yapısı

Kaynak: Türkmen, E.E., 2014, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-3, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul.

Ekip hemşireliğinin iki temel dayanağı bulunmaktadır; “her hastaya bakım sunumunun planlanması ve değerlendirilmesinde liderlik” ve “bakımın sürekliliğini sağlamak için etkili iletişim” (Parreira ve diğ., 2021). Ekip hemşireliğinin etkin olabilmesi için tüm ekip üyelerinin iyi iletişim becerilerine sahip olması çok önemlidir (Ekici, 2014). Bu yöntemde iletişimin yönü, ekip liderinden sorumlu hemşireye, sorumlu hemşireden ekip liderine ve ekip liderinden ekip üyelerine doğrudur. İletişim verilen ve alınan raporlar nedeniyle hiyerarşiktir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fawcett, 2021a). Etkili ekip çalışması hemşirelerin meslekte kalmaları, üretken olmaları, daha az hata yapmaları, bakım kalitesi ve hasta memnuniyetinin artması ile sonuçlanmaktadır (Kalisch ve diğ., 2009a).

Ekip hemşireliği yönteminde hasta için ekip atamasının zaman aralığı, vardiyadan, taburculuğa kadar değişir. Uygulama, görev dağıtımından (fonksiyonel hemşirelikten) primer hemşireliğe kadar değişebilir ve bakımın görev merkezli mi yoksa hasta merkezli mi verileceğini ekip lideri belirler (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Ekip hemşireliği yönteminde, vaka yöntemi ve fonksiyonel hemşireliğe benzer şekilde, aynı personelin belirli bir ekipte kalacağını veya belirli bir ekibin diğer vardiyalarda aynı hasta grubuna atanacağını garanti yoktur (Fawcett, 2021a).

Hemşirelerin hasta bakımı ile ilgili sorumluluğu yalnızca atanan vardiya içindir. Bu modelde hasta bakımına ilişkin karar verme, yetki ve sorumluluk ekip liderine aittir ancak ekip lideri klinik karar verme konusunda sorumlu hemşireye karşı sorumludur (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Fawcett, 2021a). Bu yöntemde esasen her ekip kendi sorumluluğundaki hastaların eksiksiz bakım almasından sorumludur (Parreira ve diğ., 2021).

Ekip hemşireliğinde, her hastanın bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım planının uygulanması ve değerlendirilmesinin farklı yetkinlikteki üyelerden oluşan bir ekip tarafından gerçekleştirilmesi, bakımın etkin olmasına, bireyselleştirilmiş bakıma ve hasta memnuniyetinin artmasına neden olur (Ekici, 2013; Parreira ve diğ., 2021). Bakımın sürekliliği ve hemşireler ile hastalar arasında daha fazla etkileşim sağlanması yöntemin diğer olumlu yönleri arasındadır. Aynı zamanda bu yöntemde hasta ihtiyaçları ile hemşirelerin yetkinliklerini eşleştiren atamalar yapılabilmesi, daha fazla yönlendirme, koordinasyon ve denetime olanak sağlaması (Tiedeman ve Lookinland, 2004), uzmanlık gerektirmeyen yatak yapımı, hasta transferi gibi uygulamalar için daha az eğitilmiş personel görevlendirilmesine olanak sağlaması, ekip üyelerinin yetkinlik ve becerilerine göre atama yapılması nedeniyle hemşirelerin bilgi ve becerilerini göstererek iş doyumlarını artırması yöntemin diğer olumlu yönleri olarak sıralanabilir (Ekici, 2013). Hemşireler açısından sıralanabilecek diğer olumlu yönler, iletişime, takım çalışmasına ve liderliğe önem vermesi, en deneyimli ve yetkin (uzman) hemşirelerden, daha az yetkin ve daha az deneyimli yeni mezunlara kadar destek sağlaması, bilgi ve becerilerin geliştirilmesine olanak tanınması ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesini sağlamasıdır. Kurumlar açısından olumlu yönleri ise tüm ekip üyelerinin yetkinlik ve becerilerinden faydalanarak liderlik becerilerini geliştirmesi, memnuniyeti artırması (Parreira ve diğ., 2021) ve daha az yetkin olan personelin denetimi için daha az sayıda hemşire gerektirmesidir (Duffield ve diğ., 2010).

Ekip hemşireliği yönteminde, ekip liderinin öncelikle yeterli klinik bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Aynı zamanda etkili liderlik ve iletişim ile çatışma yönetimi, karar verme,

yetki göçerme gibi yönetsel becerilerinin bulunması çok önemlidir. Aksi takdirde bakım kalitesi olumsuz bir şekilde etkilenmektedir (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Bakım planlarının tartışıldığı toplantıların yapılamaması, etkili iletişim sağlanamamasına ve devredilen görev ve sorumluluklarda karmaşaya ve hatta tıbbi hatalara sebep olabilir (Ekici, 2013). Ekip üyelerindeki ya da hasta yatış-çıkışı nedeniyle hastalardaki değişiklikler bakımın sürekliliğini engelleyebilir (Pontin, 1999; Ekici, 2013; Parreira ve diğ., 2021). Bu yöntem personel sayısı az olduğunda etkisiz olur. Ekip üyeleri arasındaki iletişim için harcanan zaman verimli çalışma süresini azaltabilir. Diğer yandan en eğitilmiş personelin doğrudan bakım sağlamak yerine daha az vasıflı hemşireleri denetlemesini gerektirir ve "iyi" personel, karmaşık ihtiyaçları olan belirli bir hasta grubuna bakım vermekle sınırlanmış olur (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Pontin, 1999; Parreira ve diğ., 2021). Ekip hemşireliği yöntemi daha fazla personele ihtiyaç duyulması nedeniyle hasta bakım sunumunun en pahalı modellerinden biri olarak görülmektedir. Koordinasyon, yetki devri ve denetim için harcanan zaman, çalışma süresi kaybına yol açtığı için daha az verimli bir modeldir. (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ., 2021)

Ekip hemşireliği yöntemi günümüzde hastanelerde yaygın olarak kullanılmaktadır (Fairbrother ve diğ., 2015). Farklı nitelikteki hemşirelerin bulunduğu kriz dönemleri ve akut durumlarda güvenli hasta bakımı sağlamak için ekip hemşireliği kullanılmaktadır (Ferguson ve Cioffi, 2011; Baykal ve diğ., 2020). Diğer yandan Fawcett (2021a), ekip hemşireliğinin bir versiyonu olan ve toplum temelli bakım sağlamak için "disiplinler arası bakım olan ekip temelli bir bakım yöntemi" tanımlandığını ve ekip üyeleri arasında hemşire, hemşire yardımcıları, doktorlar, eczacılar ve fizyoterapistlerin yer alabileceğini aktarmaktadır.

Ekip hemşireliği yöntemi, son 30 yıldır değişikliğe uğrayarak farklı şekillerde de uygulanmaktadır. Ekip hemşireliği sıklıkla orijinal hali yerine ekip ve fonksiyonel hemşirelik yöntemlerinin bileşimi şeklinde uygulanmaktadır (Marquis ve Huston, 2017). Bu bileşimlerden biri hemşirelerden oluşan bir ekibin, genellikle hastaların coğrafi konumuna göre kendilerine tahsis edilen belirli bir hasta grubunun tüm bakımını sağladığı modüler hemşirelik modelidir (Duffield ve diğ., 2010). Bu yöntemde, bakım üniteleri bir hemşirenin ekip lideri olduğu bölgelere (modüllere) bölünür ve hastanın coğrafi konumuna dayanır (Duffield ve diğ., 2010; Marquis ve Huston, 2017). Modüler hemşirelikte, bazen "bakım çiftleri" adlandırılmasıyla birkaç hemşireden oluşan küçük bir ekip görevlendirilebilir. Bu yöntemde ekibin küçük tutulması ve üyelerin mümkün olduğunca aynı ekibe atanması, ekip liderinin üyelerin görevlerini planlaması ve koordinesi etmesi için daha fazla zamana sahip olmasını sağlar. Diğer

yandan küçük ekip daha az iletişim gerektirir ve hasta bakımı için daha fazla zaman sağlar (Marquis ve Huston, 2017).

Primer Hemşirelik

Primer hemşirelik, 1968 yılında Amerika Birleşik Devletleri Minnesota Üniversitesi Hastaneleri'nde Marie Manthey başkanlığında geliştirilmiştir (Pontin, 1999; Tiedeman ve Lookinland, 2004; Manthey, 2009; Marquis ve Huston, 2017; Parreira ve diğ., 2021). Bu yıllarda hastane ortamında verilen bakımın bütüncül, kesintisiz ve bireyselleştirilmiş olmaması nedeniyle hastalar, hekimler ve hemşirelerin bakımdan memnun olmamaları yöntemin gelişmesini tetiklemiştir. Yöntemin gelişimini etkileyen diğer unsurlar, 1960'larda ve 1970'lerde hümanist değerlerin ortaya çıkması, bireyselleştirilmiş ve problem çözme odaklı hemşirelik sürecinin öneminin ve hemşirelik araştırmalarının artması ile bilimsel sonuçların hemşireliğe uygulanmasının gerekliliğidir. Ayrıca 1970'ler ve 1980'lerde bakım problemleri ve ihtiyaçları daha karmaşık olan hasta popülasyonunun ortaya çıkması da problem çözme odaklı ve bireyselleştirilmiş bakıma olanak sağlayan primer hemşirelik yönteminin gerekliliğini desteklemiştir (Tiedeman ve Lookinland, 2004).

Primer hemşirelik ilişkiye dayalı hemşirelik olarak da bilinir ve vaka yönteminin bazı kavramlarını kapsamaktadır (Marquis ve Huston, 2017; Butler ve diğ., 2019). Yöntemin odak noktası, bakımın sürekliliğini destekleyen birebir, hasta merkezli hemşire-hasta ilişkisidir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ., 2021). Her hastaya, hastanın ihtiyaçlarına ve hemşirenin niteliklerine göre bir primer hemşire atanır. Primer hemşire, kendisine atanan hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca bakımından sorumludur ve bakımın ne şekilde yönetilmesi gerektiğine karar verir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Manthey, 2009; Payne ve Steakley, 2015; Butler ve diğ., 2019; Moura ve diğ., 2020; Türkmen ve diğ., 2022). Primer hemşire hastalar ve aileleriyle iş birliği içinde bakımı değerlendirme, planlama, organize etme, uygulama, koordine etme ve değerlendirme sorumluluk ve yetkisine sahiptir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Moura ve diğ., 2020; Türkmen ve diğ., 2022). Bakımın sürekliliğini sağlamak için her primer hemşireye, diğer hemşireler yardımcı olur (Parreira ve diğ., 2021). Bakımın diğer hemşirelere devredilmesi, primer hemşirenin üniteye olmadığı durumlarda gerçekleşir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ., 2021). Primer hemşirenin bulunmadığı durumlarda vardiyadaki diğer hemşireler, primer hemşirenin geliştirdiği bakım planlarına göre bakımın sürekliliğini sağlarlar (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Dolayısıyla hemşireler aynı anda bazı hastalar için primer hemşire iken, bazı hastalar için de primer hemşire

tarafından planlanmış bakımın yürütücüsü olabilirler. Ancak primer hemşire, hastanın hastanede kalış süresi boyunca klinik kararların koordinasyonundan ve gözetiminden her zaman sorumludur (Parreira ve diğ., 2021). Hastanın hastaneye tekrar kabul edilmesi durumunda, hastadan yine aynı primer hemşirenin sorumlu olması sağlanır (Duffield ve diğ., 2010; Türkmen ve diğ., 2022). Primer hemşirelik yöntemi, hemşirelerin mesleki özerklikleri ve hasta bakım kalitesini artırmaya yönelik ortaya çıkan ve hemşirelik bakım sunum yöntemlerinden ilk profesyonel olanıdır (Türkmen ve diğ., 2022).

Manthey yöntemin örgütlenmesini;

- Hasta bakımı için bir hemşirenin görevlendirilmesi ve görevlendirilen hemşirenin hasta bakım sorumluluğunu kabul etmesi,
- Günlük hasta bakımının vaka yöntemiyle belirlenmesi,
- Hasta-hemşire, hasta ailesi-hemşire ve diğer sağlık disiplinleri-hemşire arasında iletişim sağlanması,
- Primer hemşirenin atandığı belirli sayıdaki hastaya verilecek bakımdan 7 gün, 24 saat sorumlu tutulması, şeklinde tanımlamaktadır (Akbal, 1999).

Primer hemşirelik, “hemşirelerin ilgi odağı, işler değil hastalardır” felsefesi üzerine temellenmiş, bilgi ve kanıta dayalı mesleki uygulamaları içeren, hemşirelerin özerkliğini, otoritesini ve sorumluluğunu artıran ve yaratıcılıklarını destekleyen bir yöntemdir (Türkmen ve diğ., 2022). Manthey, primer hemşirelik yönteminin örgütlenmesinde, özerklik, koordinasyon, kapsamlı bakım ve sorumluluk olmak üzere dört unsur tanımlamış (Pontin, 1999; Moura ve diğ., 2020; Cocchieri ve diğ., 2021; Akbal, 1999), sonrasında diğer yazarlar tarafından savunuculuk, girişkenlik, yetki, işbirliği, iletişim, bağlılık ve süreklilik gibi kavramlar eklenmiştir (Pontin, 1999).

Özerklik: Primer hemşirenin sorumlu olduğu hastanın tüm hemşirelik bakımına karar verme ve bu kararları uygulama yetkisidir (Akbal, 1999; Özmen, 1996; Pontin, 1999).

Sorumluluk: Primer hemşirelikte karar verme merkezi değildir; hasta başında primer hemşireler tarafından gerçekleştirilir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Primer hemşire tarafından planlanan bakımın hastanın gereksinimlerini karşılaması gerekmektedir. Bu nedenle primer hemşirenin bakım konusunda hasta ve ailesine, ekipte yer alan diğer sağlık disiplinlerine ve mesleğine karşı sorumluluğu bulunmakta (Özmen, 1996; Pontin, 1999) ve karar ve

eylemlerine yönelik hesap vermeleri gerekebilmektedir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Primer hemşirenin çalışmadığı saatlerde de sorumluluğu devam eder (Akbal, 1999).

Koordinasyon: Primer hemşirenin hasta bakımı ile ilgili olarak, diğer birim ve sağlık disiplinleri ve hasta bakımını sağlayan hemşireler arasındaki ilişki ve iletişimi yürütmesidir (Akbal, 1999; Özmen, 1996).

Kapsamlı bakım: Primer hemşirenin hastayı bir bütün olarak değerlendirerek, hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasında tıbbi tanısının yanı sıra, hastane ve servise uyum, fiziksel bakım, psikososyal destek ile hasta ve yakını eğitimi konularına odaklanmasıdır (Akbal, 1999; Özmen, 1996).

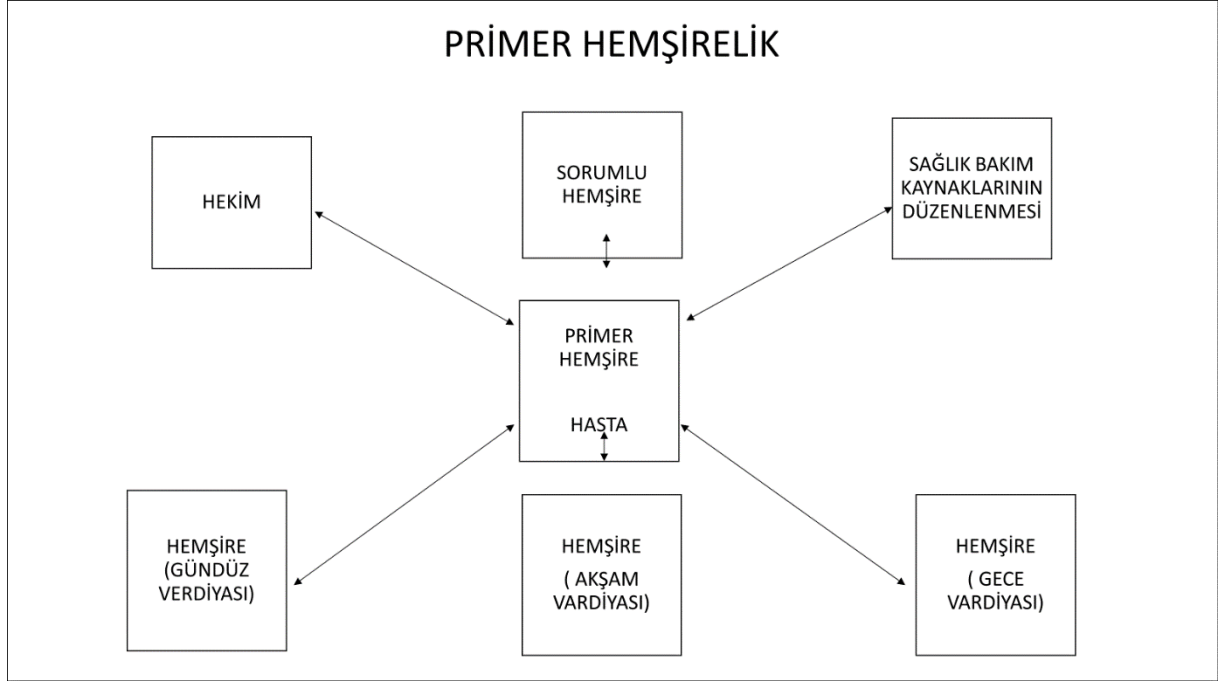
Savunuculuk: Primer hemşirenin hasta haklarını gözetmesi ve gerekirse onun adına müdahalede bulunması beklenmektedir (Akbal, 1999).

İşbirliği: Primer hemşirenin hasta bakımına katılan hemşire ve diğer ekip üyeleri ile bakım konusunda iletişim ve koordinasyon sağlamasıdır (Akbal, 1999; Pontin, 1999).

İletişim: Primer hemşirelik, primer hemşire- diğer hemşireler, hasta ve ailesi- primer ve diğer hemşireler arasında güçlü bir iletişim gerektirir. Diğer yandan ekibin diğer üyeleri ile diğer bölümler arasında da iletişim ve koordinasyon önemlidir (Akbal, 1999). Primer hemşirelik yönteminde iletişim hemşireler ve diğer disiplinler arasında yataydır (Tiedeman ve Lookinland, 2004).

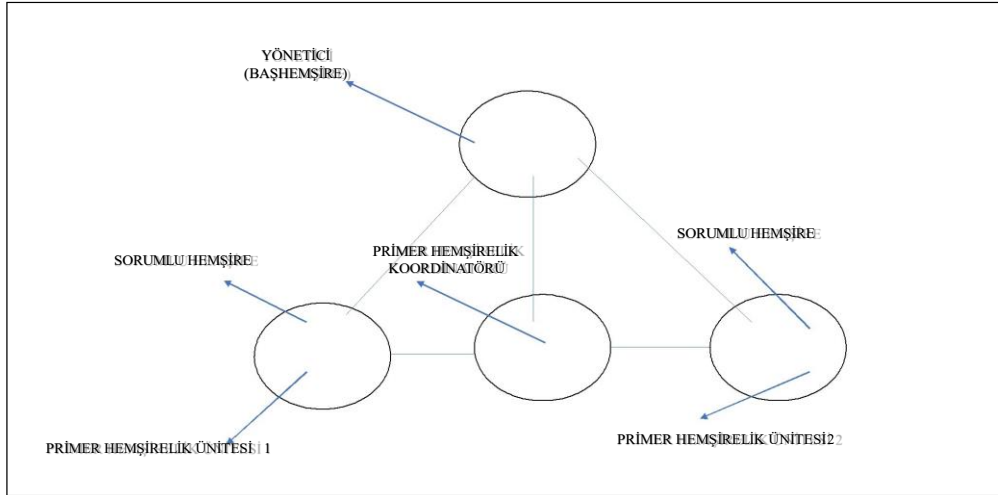
Yetki: Primer hemşirenin bakım planı hazırlama ve bakımı yönetme konusunda yetkili olmasıdır (Akbal, 1999).

Süreklilik: Hastanın hastanede kaldığı süre boyunca bakımının aynı hemşire tarafından planlanması, verilmesi ve değerlendirilmesi ile bakımın devamlılığının sağlanmasıdır (Özmen, 1996).



Şekil 2.5: Primer hemşireliğin yapısı

Kaynak: Türkmen, E.E., Aslan, M. ve Bayer, N., 2022, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelikte yönetim, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 12, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul.



Şekil 2.6: Primer hemşirelik ünitesinin yönetim ilişkisi

Kaynak: Akbal, E., 1999, *Primer hemşirelik sistemi organizasyon ve sistemin uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Primer hemşirelik örgütlenmesi Şekil 2.5’te, primer hemşirelik ünitesinin yönetim ilişkisi Şekil 2.6’ da gösterilmiştir (Akbal, 1999). Yöntemin anlaşılması ve doğru bir şekilde uygulanması için görev yetki ve sorumluluklar açık ve anlaşılır şekilde tanımlanmalıdır;

Primer hemşire: Birkaç hastanın (2-6) sorumluluğunu alan ve sorumlu hemşirenin kontrolünde çalışan hemşiredir (Akbal, 1999). Primer hemşire hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar 7 gün 24 saat bakımın sorumlusudur. Görevli olmadığı vardiyalarda, hastasını devrettiği diğer hemşirelerin vereceği bakımın planlanması, uygulanması ve denetlenmesi ile bakımın sürekliliği ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumludur. Görevli olduğu vardiyalarda ise hastanın bakım planını kendisi uygular. Hastanın değerlendirilmesi, bakım planının oluşturulması, hasta ve ailesinin birime oryantasyonunun sağlanması, primer ve diğer hemşirelerin görevlerinin hasta ve ailesine aktarılması primer hemşirenin görevleri arasındadır. Primer hemşirenin diğer görevleri, hasta bakımında görev alan ekip üyeleri tarafından oluşturulan hasta kayıtlarını incelemek, hasta ve ailesine danışmanlık yapmak, ünite içi ve dışı koordinasyonu sağlamak, hasta bakımını yönetmek, hasta ve ailesini taburculuğa hazırlamaktır (Akbal, 1999; Özmen, 1996; Olgun, 1994). Primer hemşire, yöntemin uygulanması için gerekli olan özerklik, sorumluluk ve hasta bakımı için gerekli olan eğitim ve tecrübeye sahip olmalıdır. Primer hemşirenin sahip olması gereken yetkinlikler; karmaşık ve zor hasta sorunlarını tanımlayabilmesi ve yönetebilmesi, hedeflenen bakım sonuçlarına ulaşmak için gerekli bakım prosedürlerini uygulayabilmesi, uygulanan bakım ve tedavinin hasta üzerindeki etkisini değerlendirebilmesi, hasta bakımı tartışma toplantılarını yönetebilmesi, sorunların çözümü için gerekli kurum içi ve kurum dışı kaynakları kullanabilmesi ve ekip çalışmasında etkili olmasıdır (Akbal, 1999).

Sorumlu hemşire: Biriminde görev yapan primer ve diğer hemşireler ile yardımcı personellerin çalışmalarından sorumludur. Hemşirelik hizmetleri üst yöneticisine bağlı ve birimindeki en yetkili kişidir. Sorumlu hemşire, kendisine bağlı personellerin çalışmalarını denetler, onların yetişmesi ve gelişmesi için gerekli eğitimleri planlar, birimindeki bakımla ilgili sorunları saptar ve çözüm yolları geliştirir. Sorumlu hemşireden rol model olması beklenir ve birimin yönetim ve organizasyonundan sorumludur. Primer hemşireliğin doğru bir şekilde uygulanmasını sağlamak, hastalar için primer ve diğer hemşireleri atamak, bakım ile ilgili konularda primer ve diğer hemşirelere danışmanlık yapmak, hemşirelerin performanslarını değerlendirmek ve çalışma çizelgelerini hazırlamak sorumlu hemşirenin diğer önemli görevleridir (Akbal, 1999; Özmen, 1996; Olgun, 1994). Sorumlu hemşire etkili liderlik becerilerine sahip olmalıdır. Hasta

bakımı konusunda bilgi ve becerisinin yanında danışmanlık ve eğitcilik yönünün de gelişmiş olması beklenir (Özmen, 1996; Akbal, 1999).

Primer hemşirelik koordinatörü: Yöntem kurum genelinde ya da birkaç üniteye uygulanacaksa bir koordinatöre ihtiyaç duyulabilir. Primer hemşirelik koordinatörü görevlendirilmesi zorunlu değildir. Koordinatör hemşirelik hizmetleri üst yöneticisine karşı sorumludur. Primer hemşirelikle ilgili birim sorumlularına danışmanlık yapar. Primer hemşirelik koordinatörünün görevleri, tüm çalışanları primer hemşirelik yöntemi konusunda eğitmek, sürecin uygulanmasını denetlemek, uygulama sonuçlarını değerlendirmek, gerekli form ve çizelge gibi dokümanları hazırlamaktır (Akbal, 1999).

Primer hemşirelik, hastalara sağlanan bakımın kalitesini arttırdığı ve hemşire-hasta ilişkisini güçlendirdiği kanıtlanmış bir bakım sunum yöntemidir (Baynton, 2015). Primer hemşireliğin diğer bakım sunum yöntemlerine göre hastanın hastaneye kabulü sırasında primer hemşirenin kim olacağını belirlemesi, bakımın sürekliliğini sağlaması (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ.,2021), hastaya girişim yapan hemşire sayısını azaltması ve tıbbi hata olasılığının daha düşük olması yöntemin olumlu yönleri arasındadır. Primer hemşirelik yöntemi, hemşireler ve hastalar arasındaki ilişkiyi geliştirir, bireyselleştirilmiş bakıma olanak tanır (Parreira ve diğ.,2021) ve hasta doyumunu artırır (Parreira ve diğ.,2021; Sellick ve diğ., 2003). Bu yöntemin uygulandığı kliniklerde üriner, merkezi ve periferik kateterlerle ilişkili enfeksiyonların sayısının (Dal Molin ve diğ., 2018) ve kaçırılmış hemşirelik bakımının (Moura ve diğ., 2020) azaldığı raporlanmıştır. Ayrıca hemşire/hemşire, hemşire/hasta, hemşire/aile, hemşire/doktor ve hemşire/diğer sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim ile hastaların ve yakınlarının eğitimini kolaylaştırır. Taburculuk planlamasının daha etkili ve verimli olmasını sağlar (Mattila ve diğ., 2014). Hemşirelerin niteliklerine bağlı olarak bakımın kalitesinin bozulması gibi hasta açısından bazı dezavantajları da bulunmaktadır (Parreira ve diğ., 2021).

Primer hemşireliğin, hasta-hemşire ilişkisini geliştirmesi (Baynton, 2015; Parreira ve diğ., 2021), hemşirelere daha fazla özerklik sağlaması, hemşirelerin daha fazla sorumluluk almasına neden olması hemşireler açısından olumlu yönleri arasındadır (Ferrura ve diğ., 2016). Kivimaki ve diğ. (1995), primer hemşireliğin iş zenginleştirme kapsamında olduğunu ve primer hemşirelik yönteminin uygulandığı servislerdeki hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda primer hemşirelik yöntemini uygulayan hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğu (Olgun, 1994) ve işten ayrılma niyetinin

azaldığı (Alexander ve diğ., 1981; Özmen, 1996; Mattila ve diğ., 2014), primer hemşirelik sonucunda, primer hemşirelerin işlerinde daha fazla özerklik ve daha az karmaşıklık deneyimledikleri (Melchior ve diğ., 1999) bildirilmiştir. Primer hemşireliğin hastayla duygusal etkileşim riski taşıması yöntemin hemşireler açısından olumsuz yönleri arasında gösterilmektedir. Diğer yandan hemşirelerin stresini artırabileceği bildirilmiştir (Goode ve Rowe, 2001). Tüm hemşirelerin aynı eğitim, bilgi ve karar verme kapasitesine sahip olmadığı göz önüne alındığında, bazı hemşirelerin koordinasyon sorumluluğunu üstlenememeleri (Korhonen ve Kangasniemi, 2013; Naef ve diğ., 2019), hemşirelerin farklılıkları nedeniyle bakımın eşitliği konusunda soru işaretleri doğurması, hemşireler açısından diğer olumsuz yönleridir (Parreira ve diğ., 2021).

Kurum için bu yöntem daha yüksek bakım kalitesi sağlar, hasta/aile memnuniyetini artırır (Mattila ve diğ., 2014; Moura ve diğ., 2020), hemşirelerin performanslarının en üst düzeye çıkarılmasını kolaylaştırır (Mattila ve diğ., 2014). Primer hemşirelik yöntemi ile ilgili yapılan çalışmalarda, primer hemşirelik yöntemi uygulayan birimlerin, uygulamayanlardan daha yüksek başarı elde ettiği (Felton, 1975; Shukla, 1981) ve primer hemşireliğin maliyet etkin bir yöntem olduğu (Gardner ve Tilbury, 1991) gösterilmiştir. Cocchieri ve diğ (2023), primer hemşireliğin hasta değerlendirmesi, hemşirelik tanısı, hemşirelik müdahalesi ve hasta sonuçları ile ilgili dokümantasyonun doğruluğunu artırdığını bildirmektedirler. Kurum açısından primer hemşirelik yönteminin uygulanması daha fazla personel gerektirir (Parreira ve diğ., 2021). Bu yöntem, günlük bakım saatini artırması ve daha yetkin personel gerektirmesi nedeniyle maliyetlidir. Farklı yetkinlikteki personellerin sisteme dahil edilmesi halinde maliyet etkinliği sağlanabilir. (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Manthey (2009) ise, primer hemşireliğin daha fazla sayıda hemşire gerektirdiği ve daha maliyetli olduğu fikrinin gerçek olmadığını, bir ünitedeki hemşire sayısı ve yetkinliğinin bakım sunum yönteminden bağımsız olarak, hastaların bakım ihtiyaçlarına göre planlanması gerektiğini belirtmektedir. Dolayısıyla Manthey'e göre (2009), bir ünitedeki hemşire sayısı ve yetkinliği o ünitedeki hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde ise primer hemşirelik için de yeterlidir ve ek maliyet gerektirmemektedir.

Manthey (2009), primer hemşireliğin 1960'lardan sonra birçok sağlık bakım ortamında uygulanan bir bakım sunum yöntemi haline geldiğini, başlangıçta hastanelerde hasta başı hemşireliği için geliştirildiğini, günümüzde ayaktan bakım ünitelerinde ve evde bakım ortamlarında da primer hemşireliğin uygulanabileceğini ve bu alanlarda primer hemşirenin kısa

bir süre için (muhtemelen sadece birkaç saat) bakımı yönettiğini belirtmektedir. Törüner ve Büyükgönenç (2012), primer hemşireliğin çocuk hasta ve ailesine sürekli ve kesintisiz bakım vermenin önemli olması nedeniyle pediatri hemşireliğinde kullanılmasını önermektedir.

2.1.2. Bütünleşmiş (Entegre) Bakım Sunum Yöntemleri

2.1.2.1. Vaka Yönetimi

Vaka yönetimi, hasta ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tasarlanmış bir bakım sunum yöntemidir. Amerika Vaka Yönetimi Derneği vaka yönetimini, “iletişim ve mevcut kaynaklar vasıtasıyla bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, maliyet etkili kalite sonuçlarını yükseltmek ve değerlendirme, planlama, kolaylaştırma, seçeneklerin ve hizmetlerin savunuculuğu için iş birliği süreci” olarak tanımlamaktadır (Marquis ve Huston, 2017).

Vaka yönetimi en düşük maliyetle, en kaliteli bakımı sağlamayı hedefler ve 1970’li yılların başında sigorta şirketleri ve halk sağlığı kurumları tarafından kullanılan “bakımın yönetimi” uygulamasından esinlenerek geliştirilmiştir (Türkmen, 2014b). Bakımın yönetiminde ana amaç, hastaya tahsis edilmiş kaynakları (mali ve diğer) kullanarak, belirli hasta grupları için önceden belirlenen bakım sonuçlarına ulaşılmasıdır. Vaka yönetimi süreci, kaynakların eşgüdümünün sağlanmasında iletişim ve iş birliğini kolaylaştırır. Bu yöntemde amaç, bireylerin kendileri için uygun olan bakım kaynaklarına erişmesi ve kullanmasını sağlayarak, sağlık durumlarını en üst seviyeye ulaştırmak ve tüm bu süreçlerde bireyin kendi ile ilgili kararları alabilmesini sağlamaktır (Türkmen, 2014b). Vaka yönetimi uygulaması sürekli olarak gelişmektedir. Sağlık hizmetleri alanında hukuki düzenlemelerde, geri ödeme yöntemlerinde ve akreditasyon standartlarında yapılan değişiklikler ve bakım sunum sistemlerindeki yenilikler bu gelişimi etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Tahan ve Campagna, 2010).

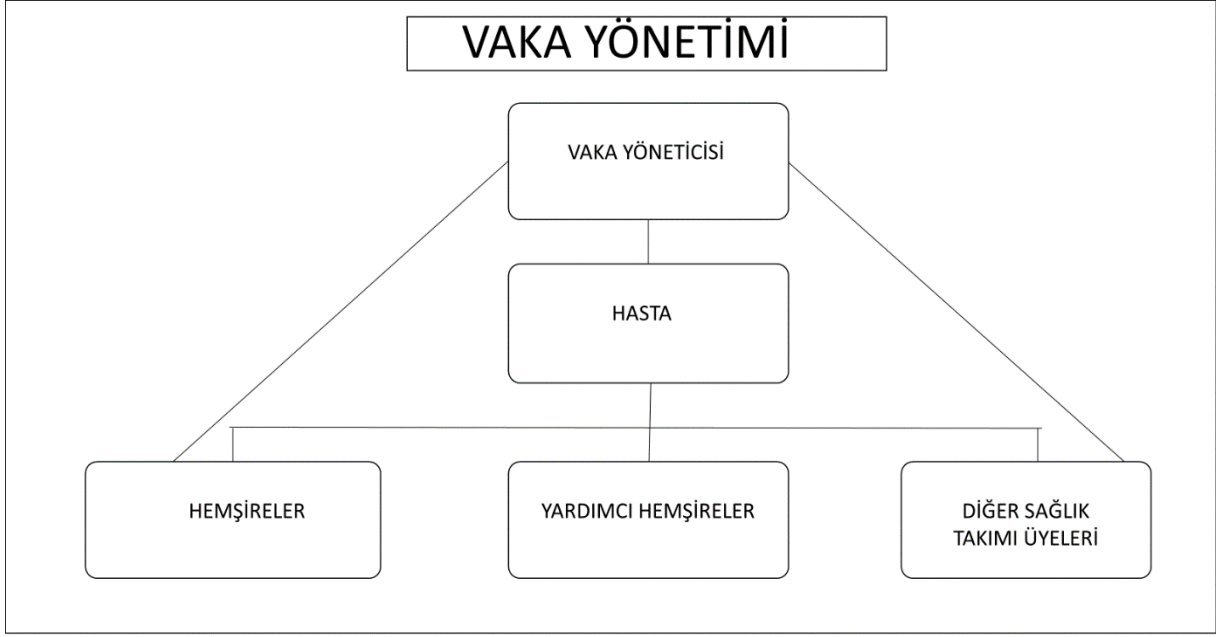
Vaka yönetimi, hemşirelik bakımı sunumundan daha çok kanıta dayalı sağlık hizmeti uygulanmasına rehberlik eden bir sağlık bakım hizmeti sunumudur (Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Bu yöntemde, tüm sağlık disiplini üyelerinin ekip içindeki konumları eşittir. Böylece ekipteki her meslek üyesi kendi uygulama alanı ile ilgili girişimlere ve hasta çıktılarına karar verirken özerktir ve diğer meslek üyelerinin müdahalesi söz konusu değildir. Ekip üyeleri iş birliği içinde çalışırlar ve ekipte yer alan hekim, hemşire ve diğer üyeler arasında ortak görüş oluşturulması çok önemlidir (Türkmen, 2014b).

Vaka yönetiminin temel özellikleri;

- Ekibin tüm üyeleri ile etkin iş birliği,
- Belirli bir zaman süreci için, hastada beklenen bakım çıktılarının tanımlanması ve sonuçların değerlendirilmesi,
- Sürekli kalite iyileştirme ilkeleri kullanılarak, farklılıkların analiz edilmesi,
- Profesyonel bakım uygulamalarında ilerlemedir (Ekici, 2013).

Vaka yönetiminde, belirli bir zaman diliminde hastaların tıbbi tanılarına göre belirlenmiş bakım sonuçlarına ulaşmak için multidisipliner ve kanıta dayalı bakım haritalarından yararlanılır (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Bakım haritaları için bilimsel yazında “ortak bakım planı”, “kritik yol”, “protokol ve bütünleşmiş bakım” gibi terimler kullanılmaktadır (Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Bu terimlerin en sık kullanılanı “klinik yol” dur.

Klinik yol; hasta izlemi ve değerlendirme, gerekli tetkikler, tedaviler, girişimler, konsültasyon, ilaçlar, beslenme, hedeflenen yatış süresi, eğitim, bakım sonuç ölçütleri şeklinde bakımın ana bileşenleri ve plandan sapmaları içermektedir. Klinik yollar, kurumlara göre değişiklik göstermekle birlikte, “bakımın ana bileşenleri”, “hastada beklenen sonuçlar”, “zaman çizelgesi” ve “iş birliği” olmak üzere dört temel özelliği kapsamaktadır. Klinik yol, hazırlandığı hasta grubu için tüm sağlık disiplini üyelerinin yapması gereken girişimleri/işlemleri, bir zaman çizelgesi üzerinde göstermektedir (Türkmen ve diğ., 2022). Hastanelerde genellikle bir günlük zaman dilimi kullanılmaktadır. Acil bakım üniteleri ya da derlenme üniteleri gibi bakım alanlarında ise zaman dilimi 15-60 dakika olabilmektedir. Kronik bakım ya da rehabilitasyon ünitelerinde ise haftalık ya da aylık zaman dilimleri kullanılmaktadır (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022).



Şekil 2.7: Vaka yönetiminin yapısı

Kaynak: Türkmen, E.E., 2014, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-3, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul.

Hastalar, ekip üyeleri tarafından ortaklaşa hazırlanan bakım planıyla, vaka yöneticisi tarafından takip edilmektedir (Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Vaka yöneticileri, belirlenen çıktılara ulaşılmasını sağlamaktan sorumludur. Vaka yöneticileri, hastalar için bir kurum içinde ünitelerden üniteye, kurumlar arasında veya taburculuğunda önemli bir koordinasyon sağlayıcıdır ve hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir görev üstlenir. Bu nedenle vaka yöneticileri, kaliteli bakımın önemli bir halkasıdır (McCullough, 2009). Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, iş terapisti gibi sağlık profesyonelleri vaka yöneticisi olabilir (Pugh ve diğ., 2001). Bu görevi sıklıkla hemşireler ya da sosyal çalışmacılar yürütmektedir (Tahan ve Campagna, 2010; White ve Hall, 2006). Hemşire vaka yöneticileri, kaliteli sağlık bakımının sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır (Gray ve White, 2012). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşire liderliğinde vaka yönetimini, “tanımlanan popülasyonda dinamik, sistematik ve işbirlikçi yaklaşım sergileyen sağlık bakım hizmeti” olarak tanımlamıştır. Hemşire liderliğinde vaka yönetimi, tanılama, planlama, uygulama, etkileşim ve değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşur (White ve Hall, 2006).

Hastaneye başvuran hastanın kabulü, vaka yöneticisi tarafından yapılmakta ve yatış süresinde aynı vaka yöneticisi tarafından izlenmektedir. Vaka yöneticileri hekimle eş değer

yetkiye sahiptir. Vaka yöneticisi bakımı koordine etmekte, ekip üyeleri tarafından verilen bakımı denetlemekte, kendisi doğrudan hasta bakımı vermemektedir (Türkmen, 2014b).

Vaka yönetimi ile karmaşık sağlık problemleri olan hastalara kapsamlı, eşgüdümlü, etkin ve kaliteli hizmet sunumu sağlanır. Bu yöntemin bakımın sürekliliğini sağlaması (Dadich ve diğ., 2013), hastanede kalış süresini kısaltması (Dadich ve diğ., 2013; Kimball ve diğ., 2007; Thomas, 2009), bakım çıktılarında iyileşme sağlaması (Dadich ve diğ., 2013; İnkaya, 2014; Wagner, 2019) ve maliyeti azaltması olumlu yönleri arasındadır (Dadich ve diğ., 2013). Bu yöntem hemşirelerin özerkliğini artırmaktadır. Hastalar açısından bakım kalitesini artırması ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmesi, hizmetten doyumunu artırması (Türkmen 1997; Taştan ve diğ., 2012) ve hasta kaygısını azaltması (Taştan ve diğ., 2012) yöntemin olumlu yönleri arasındadır. Bu yöntemin ölüm oranı, maliyetler, klinik sonuçlar ve uygulama kılavuzlarına uyumun izlenmesine imkan verdiği (Bourque ve diğ., 2021; Kimball ve diğ., 2007) ve hemşire devir hızını azalttığı belirtilmektedir (Kimball ve diğ., 2007).

Vaka yönetimi yönteminin başarılı olması için, vaka yöneticilerinin bu göreve uygun olmaları önemlidir. Hemşire vaka yöneticilerinin akademik yeterliklerinin yanında, klinik uzmanlık, etkili iletişim ve problem çözme becerileri gelişmiş olmalıdır. Diğer yandan vaka yöneticilerinin, finansman, hukuki düzenlemeler ve kaynaklar da dahil olmak üzere sağlık sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (White ve Hall, 2006). Vaka yöneticisinin rol ve görevlerinin tam belirlenmemesi karmaşaya neden olabilir (Gray ve White, 2012; Smith, 2011). Vaka yöneticileri, vaka yöneticisi olarak ilk görevlendirildiklerinde, rol tanımlarının eksik yapılması, bilgi eksikliği ve etik zorluklar nedeniyle rol karmaşası yaşayabilirler. Rol belirsizliği ve rol çatışması hemşire vaka yöneticilerinin iş tatmini ve iş performansını olumsuz etkileyebilir (Smith, 2011).

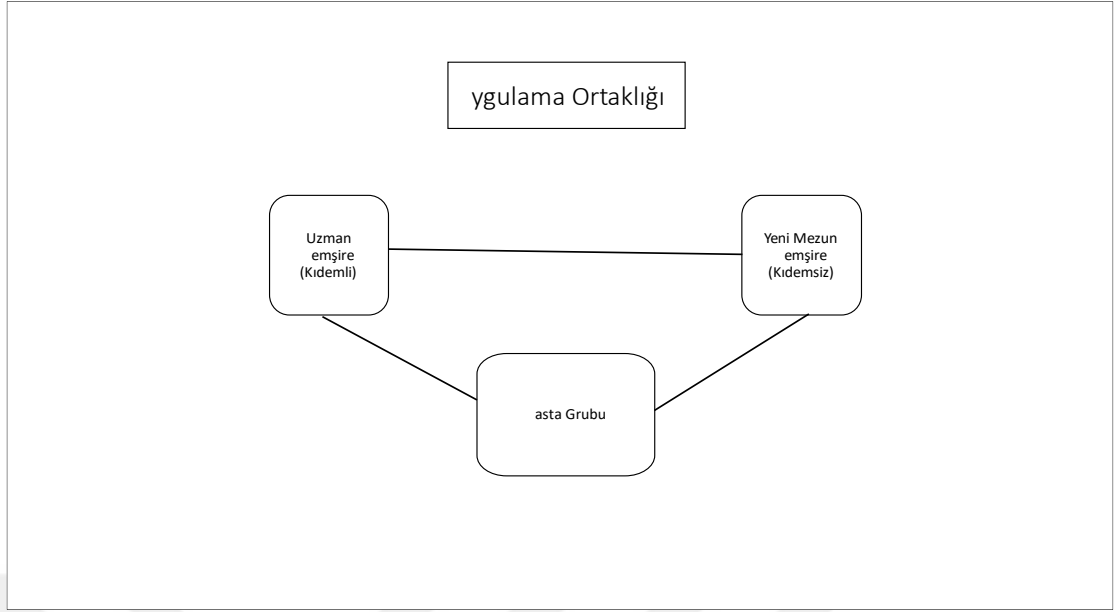
Vaka yönetimi yöntemi, özellikle yüksek riskli ve yüksek bakım maliyetli hasta gruplarında kullanılabilir. Bu yöntemin, akut, subakut, ayaktan ya da yatarak rehabilitasyon hizmeti verilen birimlerde ve yaşlı bakım evlerinde başarılı bir şekilde uygulandığı belirtilmektedir (Türkmen, 2014b; White ve Hall, 2006). Vaka yöneticiliği kronik ruh sağlığı hizmetlerinde de yaygın olarak kullanılmaktadır (Dadich ve diğ., 2013; İncedere ve Yıldız, 2019).

Son yıllarda vaka yönetimi ile ilişkili olarak “hastalık yönetimi (kronik bakım yönetimi)” kavramı ortaya çıkmıştır (Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Vaka yöneticileri tarafından giderek kabul gören bu rol ile hastalık yönetimi programları koordine

edilmektedir (Marquis ve Huston, 2017). Hastalık yönetimi, yüksek maliyet gerektiren kronik hastalıkların yönetimi için kullanılan kapsamlı bir yaklaşımdır (Marquis ve Huston, 2017) ve sağlık sistemi genelinde hasta odaklı, kapsamlı ve entegre bakım sağlamak için sistematik bir yaklaşım kullanarak sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedefleyen bir kavramdır (Davidson ve diğ., 2006). Bu sağlık hizmeti sunumu modelinin gelişimini, nüfusun yaşlanması, kronik hasta sayısının artması ve sağlık kaynaklarının sınırlı olması tetiklemiştir (Davidson ve diğ., 2006). Bu yöntemde hastalar, kaynaklara ulaşma ve kullanmaları, sorunları tanıma ve çözme, öğrenmeleri ve kendi izlemelerini yapabilmeleri için eğitilerek güçlendirilirler. Böylece hastaların kendi bakımını yönetmeyi öğrenmeleri ile hastalık süreci daha iyi bir şekilde kontrol edilerek hastanın klinik sonuçlarında düzelme sağlanmaktadır. Diğer yandan bu yöntemde sağlık profesyonelleri daha verimli çalışmaktadırlar (Türkmen ve diğ., 2022).

2.1.2.2. Uygulama Ortaklığı/ Bakım İkili

Lookinland ve diğerlerinin (2005) aktarımına göre, Marie Manthey tarafından 1989 yılında gündeme getirilmiştir (Türkmen, 2014b). Bu yöntemde ekip hemşireliği ile vaka yöntemi birlikte uygulanmaktadır (Ekici, 2013). Uygulama ortaklığı yönteminde yetkin ve deneyimli bir hemşireye ile ona yardımcı olacak daha az yetkinlikte ya da daha az deneyimde olan hemşireler ve/veya hemşirelik hizmetleri yardımcı elemanları (destek personeli gibi) uygulama ortağı olabilmektedir (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Ortaklar aynı vardiyada çalışmakta ve aynı hastanın bakımını sağlamaktadır (Ekici, 2013). Bakımın sorumlusu en yetkin ve deneyimli hemşiredir. Bu hemşire, daha deneyimsiz hemşireyi ya da hasta bakıcıyı hemşirelik bakımıyla ilgili yönlendirir ve onları denetler (Lookinland ve diğ., 2005; Ekici, 2013; Türkmen 2014b). Kıdemli hemşire belirli hasta bakım uygulamalarını yerine getirirken, komplike olmayan hemşirelik uygulamalarını kıdemsiz hemşireye devreder (Ekici, 2013).



Şekil 2.8: Uygulama ortaklığının yapısı

Bu yöntemde kıdemli ve kıdemsiz hemşireler arasındaki ortaklık ile hasta bakımında sinerji oluşturulması amaçlanmaktadır (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Ekip hemşireliği ile karşılaştırıldığında, hemşireler uygulama ortaklığında daha fazla sorumluluk alırlar ve bakımın sürekliliği daha iyi sağlanır. Vaka yöntemi ya da primer hemşirelik yöntemleri ile karşılaştırıldığında ise hemşireler açısından daha fazla personel doyumu sağlaması (Ekici, 2013; Türkmen 2014b), kurum açısından ise daha az personel gerektirmesi nedeniyle daha maliyet etkin bir yöntem olması üstün yönleridir (Türkmen, 2014b).

Yardımcı grubun (kıdemsiz hemşire ve/veya hasta bakıcı) sayısının artması durumunda, yetkin hemşire oranının düşmesi yöntemin olumsuz yönleri arasındadır (Ekici, 2013; Türkmen, 2014b). Yardımcı gruptan bir personelin birden fazla kıdemli hemşireye tahsis edilmesi, işlerin tamamlanmasında karmaşaya, çatışmaya ve dolayısıyla sinerjinin sağlanamamasına neden olabilir (Ekici, 2013). Diğer bir olumsuz yön ise kıdemli hemşirenin uygun olmayan görevleri devretmesi olasılığıdır. Bu durumda kıdemsiz ve tam anlamıyla yetkin olmayan hemşire alması gerekenden daha fazla sorumluluk almak durumunda kalabilir (Ekici, 2013). Aynı zamanda bu yöntemde kıdemli hemşirenin çok fazla sorumluluk alması da yöntemin dezavantajı olarak gösterilebilir (Türkmen, 2014b).

Uygulama ortaklığı, ekip hemşireliği, primer hemşirelik ya da vaka yöntemi gibi diğer hemşirelik bakım sunum yöntemleri ile birlikte kullanılabilir. Hasta bakımında görevlendirilecek hemşirelerin ve destek personelinin beceri ve yetkinlik düzeylerinin farklı

olması durumunda, bu yöntemin kullanılması bakımın etkinliğini artırılabilir (Türkmen, 2014b).

2.1.2.3. Hasta Merkezli Bakım

Sağlık hizmetinin etkinliğini artırmak, maliyeti düşürmek ve daha kaliteli hizmet vermek amacıyla hastanın kabulünden çıkışına kadar yapılan tüm uygulamalarda birim bazında merkezkaç yönetim uygulanmasını içeren bir yöntemdir. Bu yöntemde, birimde hastaya sunulan hizmette görev alan tüm ekip üyelerinin eşgüdümünün sağlanması için hemşirenin rolü genişlemektedir (Türkmen, 2014).

Hasta merkezli bakımda, hasta bakımına dahil edilen personel sayısı azaltılarak, bakıma dahil olan personellerin sorumlulukları artırılmakta ve bu şekilde hizmet verme süresinin kısalması sağlanmaktadır. Bu yöntemde hemşireler sağlık bakım ekibi içinde, hasta bakım koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Ekibin diğer üyeleri ise, bakım yardımcıları/teknisyenleri ve sekreterlerdir (Türkmen, 2014b).

Hasta merkezli bakım yöntemi, evde bakım hizmetleri ve ayaktan tedavi hizmetlerinde kullanılmaktadır. Özellikle tamamlayıcı tıp uygulamaları ile kronik bakım üniteleri için uygun bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Türkmen, 2014b).

2.1.3. Hemşirelik Bakım Sunum Yönteminin Seçilmesi ve Yönetici Hemşirenin Rolü

Bakım sunumuyla ilgili oluşturulan yapı, hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin sağlanması için önemlidir (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022). Seçilen hemşirelik bakım sunum yöntemi kuruluşun ve ekibin sosyal değerlerini, felsefesini, yönetim biçimini ve mevcut kaynaklarını yansıtmaktadır (Türkmen, 2014b; Parreira ve diğ., 2021; Türkmen ve diğ., 2022; Cocchieri ve diğ., 2023; Rantanen ve diğ., 2016). Bu nedenle kullanılacak yöntemin hemşirelik hizmetleri bölümünün felsefesini desteklemesi gerekmektedir (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022). Sağlık kuruluşlarının tamamında veya belirli birimlerinde hemşirelik bakım sunum yöntemlerinden hangisinin kullanılacağına karar verilirken, hastaların bağımlılık düzeyi ve bakım gereksinimleri, verilecek hizmetin kapsamı, mevcut kaynaklar ve hemşire iş gücünün becerileri ve yetkinlikleri dikkate alınmaktadır (Marquis ve Huston, 2017; Abusambra ve diğ., 2022).

Bakım sunumunun planlamasını etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır. Kurumun fiziksel yapısı ve mimarisi, merkezi fiziksel yapıların hasta gözetimini kolaylaştırması, hemşirelerin sorumlu oldukları hastaların odalarının birbirine uzaklığının hemşire iş yükünü artırması gibi nedenlerle seçilecek bakım sunum yöntemini etkileyebilmektedir. Yüksek

kalitede bakım verme ve dolayısıyla yüksek kalitede bakım çıktıları sağlama amacı, kurumları bu amaca ulaşmalarını sağlayacak bakım sunum modellerini seçmeye yöneltir. Kurumun hizmet sunduğu bireylerin sayısı, bağımlılık derecesi, sağlık durumu, yaşı, sosyal, kültürel ve ekonomik düzeyinin bakımın niteliğini etkilemesi sebebiyle kullanılacak bakım sunum modelini de etkilemektedir (Marquis ve Huston, 2017; Abusambra ve diğ.,2022; Parreira ve diğ., 2021). Bakım sunumunun organizasyonunun ilk aşamasında bu hususların dikkate alınması gerekmektedir (Parreira ve diğ., 2021).

İkinci aşamada ise kurumun yönetim felsefesi ve kaynakların kullanılabilirliği dikkate alınmalıdır. Kurumun benimsediği felsefeye göre bir yapı oluşturmaları, benimsenen model ve felsefeyi destekleyen ilke ve kriterleri belirlemesi nedeniyle önemlidir. Kurumun teknik, mali insan gücü ve malzeme kaynakları bakım sunum modelini etkileyen ve göz önünde bulundurulması gereken diğer faktörlerdir (Parreira ve diğ., 2021; Türkmen, 2014b). Kurumun mali ve insan gücü kaynaklarının yetersizliği birey odaklı yöntemler yerine görev odaklı yöntemlerin tercih edilmesine neden olabilir (Parreira ve diğ., 2021).

Üçüncü aşamada (strateji seçimi), kurumun çeşitli kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak, kurumun mevcut durumuna en uygun bakım sunum yöntemi belirlenir. Bu amaçla her seçeneğin avantajları ve dezavantajları belirlendikten sonra en uygun stratejiler seçilmelidir (Parreira ve diğ., 2021).

Dördüncü aşamada (uygulama), yönetici hemşire, ekibin eğitilmesini ve seçilen stratejilere uyum açısından motive edilmesini sağlamalıdır. Seçilen stratejilerin kurumsal değerleri ve kimliği yansıtması için birimin veya bir bütün olarak organizasyonun kültürü dikkate alınmalıdır (Parreira ve diğ., 2021).

Beşinci aşama (sonuç değerlendirmesi), bakımın kalitesini değerlendirmeyi ve belirlenen hedeflerden sapmaları analiz etmeyi (Parreira ve diğ., 2021; Kimball ve diğ., 2007), bakım sunumu için yeni kılavuzların tanımlanması da dahil olmak üzere benimsenen yöntemde düzeltmeler yapılmasını sağlamayı içermektedir. Bu aşamada benimsenen yöntem değerlendirilmeli ve ortaya çıkan zorluklar ve kısıtlılıklar analiz edilmelidir (Parreira ve diğ., 2021). Bakım sunum yönteminin değiştirilmesi çalışanlar için önemli bir stres kaynağıdır (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ.,2022). Bu nedenle, öncelikle kullanılan yöntemin hasta çıktıları ve bakım kalitesi, maliyet, hasta ve çalışan memnuniyeti üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek değişime gerek olup olmadığına karar verilmesi gerekmektedir (Türkmen,

2014b; Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022). Yapılacak değerlendirmede, kullanılan hemşirelik bakım sunum yönteminin;

- Yazılı kurum felsefesinde belirtilme durumu ve diğer örgütsel hedeflere ulaşmadaki etkisi,
- Maliyet yönünden etkinliği,
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetine etkisi,
- Hemşirelik hizmetleri çalışanlarının memnuniyetine etkisi,
- Hemşirelik sürecinin uygulanmasına etkisi,
- Hemşirelik rollerinden hangilerini, ne kadar desteklediği,
- Tüm ekip üyelerinin iletişimini kolaylaştırma durumu, açısından değerlendirilerek değişime gerek olup olmadığına karar verilmelidir (Türkmen, 2014b; Marquis ve Huston, 2017; Türkmen ve diğ., 2022).

Yapılan değerlendirme sonucunda, bakım sunum yönteminin değiştirilmesine karar verilirse, yeni bakım sunum yönteminin kurumun örgütsel yapısıyla uyumu da değerlendirilmelidir. Bakım sunum yöntemi seçilirken hemşirelerin bağımsız karar verebilmeleri için gerekli yetkinliğe sahip olup olmadıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Değerlendirilmesi gereken bir diğer husus ise kurum kaynaklarının seçilecek yöntem için yeterli olup olmadığıdır. Özellikle hemşirelik hizmetlerinin insan gücü özellikleri, çalışanların çeşitliliği, sayısı, yetkinlik düzeyi ve kurumun mali kaynakları iyi değerlendirilmelidir (Parreira ve diğ., 2021; Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022). Kurum kaynaklarının yetersizliği seçilecek yöntemin başarısız olmasına neden olacaktır (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022).

Yönetici hemşirelerin, bakım sunum yöntemini değiştirirken dikkat etmesi gereken bir diğer nokta ise kurumun örgütlenme şekli ve kurum yönetiminin hemşirelik hizmetlerine ne kadar önem ve destek verdiğidir. Yöntem değişikliği hemşirelik hizmetleri dışındaki diğer bölümleri de etkileyeceğinden üst düzey yöneticilerin vereceği destek yöntemin başarılı olmasında çok önemlidir. Yönetici hemşirelerin yeni yöntemin nasıl uygulanacağını iyi bilmesi ve üst yönetimi bilgilendirmesi de yöntemin başarılı olması için gereklidir. Yeni yöntemin başarılı olması için gerekli olan bir diğer nokta, orta ve alt kademe hemşire yöneticilerin rollerinin iyi belirlenmesidir. Bu yöneticilerin iş süreçlerini planlama, örgütleme, bölümler arası eş güdümü sağlama, görevlere uygun personel ataması yapılması gibi yönetsel konularda karar vermelerinin desteklenmesi gerekmektedir (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022).

Sonuç olarak hemşirelik bakım sunum yöntemi belirlenirken, tüm yöntemlerin üstünlük ve yetersizlikleri değerlendirilmelidir. Kurumların farklı birimlerinde farklı yöntemler kullanılabileceği gibi, yöntemlerin kurum koşullarına uyumlaştırılabileceği ya da birden fazla yöntemin birleştirilerek kullanılabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Seçilecek yöntemin güvenli ve bütüncül hasta bakımını sağlaması ve bakım sonuçlarının kalitesini artırması temel amaç olmalıdır. Diğer yandan yöntemin maliyet etkinliği ve hasta ve hasta yakınları ile çalışanların doyumunu artırması da son derece önemlidir (Türkmen, 2014b; Türkmen ve diğ., 2022; Rantanen ve diğ., 2016).



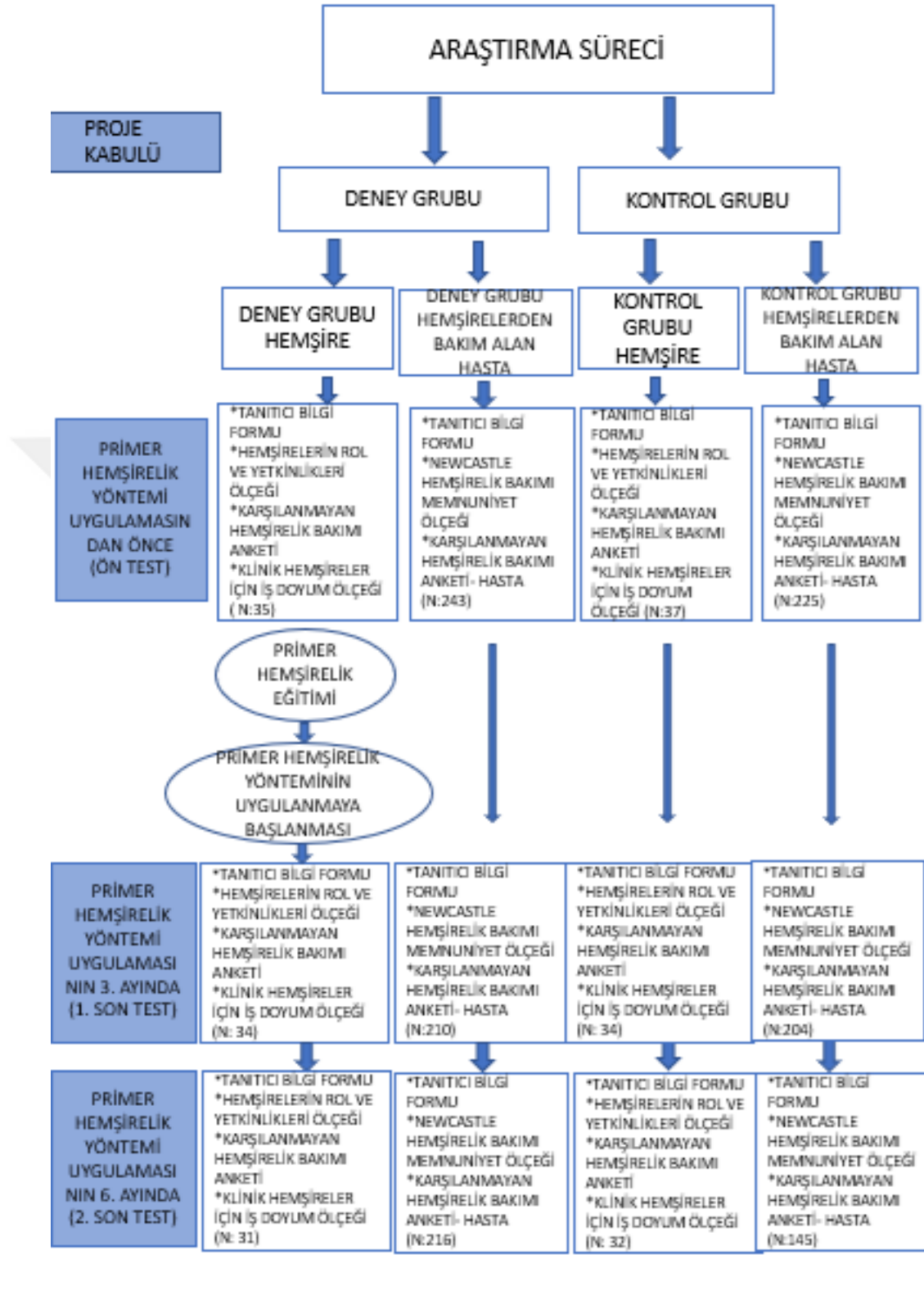
3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

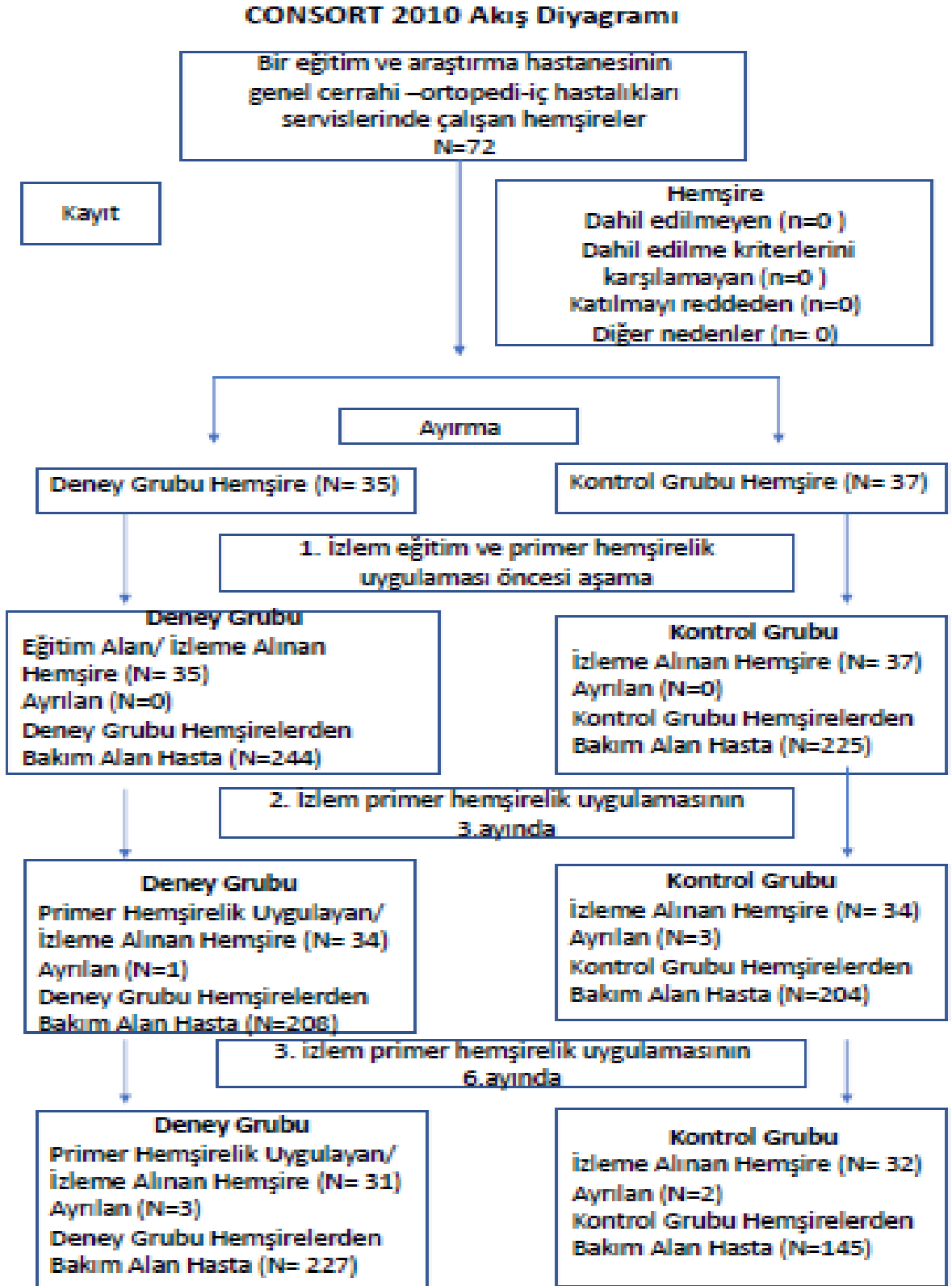
Bu araştırma iki bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümü alt ve üst düzey yönetici hemşirelerin hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi, ikinci bölümü ise primer hemşirelik yöntemi uygulamasının hemşire ve hasta çıktıları üzerindeki etkilerinin saptanması amacıyla gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

İki bölümden oluşan araştırmanın birinci bölümü nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji yöntemi kullanılarak tanımlayıcı, ikinci bölümü nicel araştırma yöntemlerinden randomize olmayan gruplarda ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın nicel bölümünün planlanmasında Konsolide Raporlama Denemeleri Standartları (CONSORT) şablonu kullanıldı. Araştırma tasarımı Şekil 3.1’de gösterildi. Çalışmanın CONSORT rehberine göre akış diyagramı ise Şekil 3.2’de gösterildi.



Şekil 3.1: Araştırma tasarımı



Şekil 3.2:CONSORT rehberine göre akış diyagramı

3.2.1. Araştırma Soru\Hipotezleri

3.2.1.1. Araştırmanın Birinci Bölümü Araştırma Soruları

Araştırmanın nitel olan birinci bölümünde yönetici hemşirelerin bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Yönetici hemşirelerin, kurum/ünitelerinde uyguladıkları bakım sunum yöntemini seçme nedenleri nelerdir?
- Yönetici hemşireler, hemşireleri hastalara görevlendirirken hangi kriterleri göz önünde bulundurmaktadır?
- Yönetici hemşireler, hemşire çalışma çizelgelerini hazırlarken hangi kriterleri göz önünde bulundurmaktadır?
- Yönetici hemşirelerin uyguladıkları bakım sunum yönteminin sonuçları ile ilgili görüşleri nelerdir?

3.2.1.2. Araştırmanın İkinci Bölümü Araştırma Hipotezleri

Araştırmanın nicel olan ikinci bölümünde aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H1: Deney grubundaki hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımına ilişkin primer hemşirelik uygulaması öncesi ile uygulamanın 3. ve 6. ay değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H2: Deney grubundaki hemşirelerin primer hemşirelik uygulaması öncesi ile uygulamanın 3. ve 6. aylardaki iş doyumunu değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H3: Deney grubundaki hemşirelerin primer hemşirelik uygulaması öncesi ile uygulamanın 3. ve 6. aylardaki rol ve yetkinlik değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H4: Deney grubundaki hemşirelerden primer hemşirelik uygulamasının 3. ve 6. ayında bakım alan hastalar ile aynı dönemlerde kontrol grubundaki hemşirelerden bakım alan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerine ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H5: Deney grubundaki hemşirelerden primer hemşirelik uygulamasının 3. ve 6. ayında bakım alan hastalar ile aynı dönemlerde kontrol grubundaki hemşirelerden bakım alan hastaların karşılanmayan hemşirelik bakımına ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın nitel ve nicel tasarımlı iki farklı bölümü için farklı örneklem grubu kullanıldı.

3.3.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Evren ve Örneklemi

Araştırmanın birinci aşaması olan nitel bölümünün evrenini, üniversite hastanesi, Sağlık Bakanlığı hastanesi ve özel hastanelerin üst ve alt düzey yönetici hemşireleri oluşturdu. Araştırma tasarlanırken kamu, özel ve üniversite hastanelerinde hemşirelik hizmetleri/sağlık bakım hizmetleri müdürü ve servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapmakta olan yönetici hemşirelerden amaçlı örneklem yöntemlerinden kartopu ve maksimum çeşitlilik (yaş, eğitim, deneyim yılı, kurum türü, yönetici kademesi vb) örneklem yöntemi kullanılarak 30 yönetici hemşire ile bireysel derinlemesine görüşme yapılması planlandı.

Nitel araştırmalarda, örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kural bulunmamaktadır. Örneklem büyüklüğünün araştırmada kullanılan yaklaşıma, örneklem çeşitliliğine ve görüşme sırasında katılımcılar tarafından verilen bilgilerin yeterlik durumuna göre değişebileceği belirtilmektedir (Polit ve Beck, 2012; Erdoğan, 2015). Nitel araştırmalarda örneklem önceden tasarlanmış olsa da nitel araştırmaların esnek yapısı nedeniyle örneklem çalışma boyunca gelişir, netleşir ve sürekli olarak düzenlenir. Bu nedenle araştırmacının yeterli bilgiye ulaşıncaya kadar örneklemeye devam etmesi ve verilerin doyum noktasına ulaşması durumunda veri toplama işlemine son verilmesi gerektiği bildirilmektedir (Pitney ve Parker, 2009; Erdoğan, 2015). Katılımcıların, görüşme sorularına yeni görüş bildirmemesi veya sorulara aynı yanıtları vermesi (Pitney ve Parker, 2009) yani verilerin tekrarlanması veri doygunluğuna ulaşıldığını göstermektedir (Merriam ve Tisdell, 2015; Pitney ve Parker, 2009). Bu bağlamda yapılan 28. bireysel görüşme sonunda veri doygunluğuna ulaşıldığına karar verildi. Böylece araştırmanın birinci bölümünün örneklemi farklı tür hastanelerde görevli, farklı eğitime ve deneyime sahip 28 alt ve üst düzey yönetici hemşire oluşturdu.

3.3.2. Araştırmanın İkinci Bölümünün Evren ve Örneklemi

Araştırmanın ikinci bölümünün evrenini İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi, iç hastalıkları ve ortopedi servislerinde çalışan hemşireler ile bu servislerde çalışmanın başlangıcı ile 3. ve 6. ayında yatan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın ikinci bölümü deney ve kontrol grubuna ait hemşire ve hastalardan oluşan dört örneklem grubunu içermektedir. Araştırmanın yürütüldüğü iç hastalıkları, genel cerrahi ve ortopedi kliniklerinin her birinin benzer özelliklerdeki hastalara hizmet veren ikişer yatan hasta servisi bulunmaktadır. Servislerin birincileri deney, ikincileri ise kontrol grubu olarak belirlendi. Çalışmaya başlamadan önce bu servislerde hemşirelik bakım sunum yöntemlerinden vaka yöntemi kullanılmakta idi. Çalışmanın uygulama süreci boyunca deney grubu olarak belirlenen birer ortopedi, genel cerrahi ve iç hastalıkları servisinde primer hemşirelik yöntemi uygulandı, diğer ortopedi, genel cerrahi ve iç hastalıkları servisinde vaka yöntemi uygulamasına devam edildi. Çalışmaya deney ve kontrol grubunda bulunan servislerde çalışan tüm hemşireler ve bu grupların dahil olduğu servislerdeki 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe konuşabilen, sağlık durumu araştırmaya katılmak için sakınca oluşturmeyen, bilinci açık olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Çalışma boyunca primer hemşirelik uygulamasına başlanmadan önce ve başladıktan sonraki 3. ve 6. ayda veriler toplandığı için hasta sayılarında farklılık oluştu. Deney ve kontrol grupları için hemşire örneklem sayıları Tablo 3.1’de ve hasta örneklem sayıları Tablo 3.2’de gösterildi.

Tablo 3.1: Deney ve Kontrol Grubu Hemşire Örneklem Sayısı

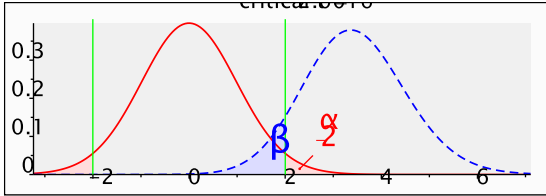
DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
SERVİS ADI	HEMŞİRE SAYISI	SERVİS ADI	HEMŞİRE SAYISI
İç Hastalıkları-1 Servisi	11	İç Hastalıkları-2 Servisi	12
Genel Cerrahi-1 Servisi	12	Genel Cerrahi-2 Servisi	12
Ortopedi-1 Servisi	8	Ortopedi-2 Servisi	8
TOPLAM	31	TOPLAM	32

Tablo 3.2: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Örneklem Sayısı

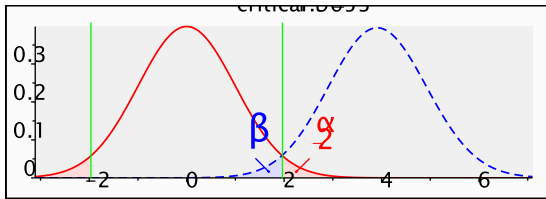
DENEY GRUBU				KONTROL GRUBU			
SERVİS ADI	HASTA SAYISI			SERVİS ADI	HASTA SAYISI		
	Ön test	Birinci son test	İkinci son test		Ön test	Birinci son test	İkinci son test
İç Hastalıkları-1 Servisi	63	56	53	İç Hastalıkları-2 Servisi	67	78	29
Genel Cerrahi-1 Servisi	109	93	93	Genel Cerrahi-2 Servisi	93	57	56
Ortopedi-1 Servisi	71	61	70	Ortopedi-2 Servisi	65	69	60
TOPLAM	243	210	216	TOPLAM	225	204	145

Çalışmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplandı. Hemşire örnekleme için uygulanan analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, etki büyüklüğü 0.878 ve post-hoc güç 0.917 olarak hesaplandı.

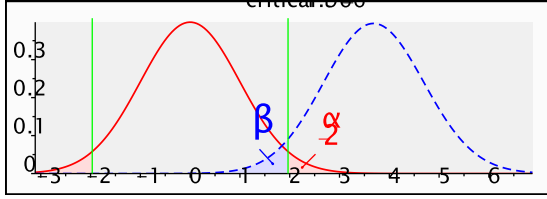
Hastaların ön test, 1. test ve 2.test verileri analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, etki büyüklüğü sırasıyla 0.370, 0.370 ve 0.321 olarak bulundu. Post-hoc olarak hesaplanan ön test çalışmanın gücü 0.974, 1. test çalışmanın gücü 0.957 ve 2. test çalışmanın gücü 0.829 olarak hesaplandı. Güç 0.00 ve 1.00 arasında değişir ve gücün yükselmesi, ölçümün farkı bulmak için daha hassas olduğu anlamına gelir. Gücün 0.80 ve üzerinde olması istenir (Pagano 2009). Bu durumda yapılan power analizlerinin sonucu kabul edilebilir düzeyde ve veri sayısının yeterli olduğu görüldü.



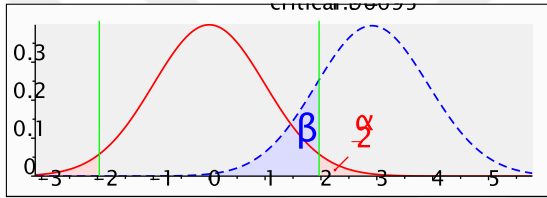
Şekil 3.3:Hemşire örnekleme güç analizi



Şekil 3.4:Hasta örnekleme ön test güç analizi



Şekil 3.5:Hasta örnekleme 1. test güç analizi



Şekil 3.6:Hasta örnekleme 2. test güç analizi

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

3.4.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın nitel bölümünün verileri, derinlemesine bireysel görüşme tekniği kullanılarak 15 katılımcı ile iş saatleri dışında uygun zaman ve yerde yüz yüze görüşülerek; 13 katılımcı ile onlara uygun zamanda çevrimiçi görüşme yapılarak elde edildi. Veriler Eylül 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında toplandı.

3.4.2. Araştırmanın İkinci Bölümünün Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın nicel bölümü, İstanbul'da Sağlık Bakanlığına bağlı faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırma hastanesinin üçü deney üçü kontrol

grubu olmak üzere altı servisinde yürütüldü. Araştırmaya ilişkin veriler, 20-29.04.2022 tarihleri arasında verilen eğitimden sonra Nisan 2022-Ekim 2022 tarihleri arasında üç aşamada toplandı:

01-30 Nisan 2022 tarihleri arasında deney ve kontrol grubundaki hemşire ve hastalardan veri toplandı.

01-31 Temmuz 2022 tarihleri arasında (primer hemşirelik uygulamasının 3. ayında) deney ve kontrol grubundaki hemşire ve hastalardan veri toplandı.

01-31 Ekim 2022 tarihleri arasında (primer hemşirelik uygulamasının 6. ayında) deney ve kontrol grubundaki hemşire ve hastalardan veri toplandı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Araştırmanın Birinci Bölümünde Kullanılan Veri Toplama Aracı

Çalışmanın nitel bölümünde yönetici hemşirelerle yapılan görüşmelerde araştırmacılar tarafından literatür desteği ile oluşturulan ve sekiz soru içeren “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanıldı (Ekici, 2013; Marquis ve Huston, 2017; Parreira ve diğ., 2021) (Ek 1). Görüşme formunda, hemşire yöneticilerin demografik özellikleri ile kurum/birim özelliklerini belirlemeye yönelik birer soru ile çalışma çizelgelerinin oluşturulması ve bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik altı soru yer aldı.

3.5.2. Araştırmanın İkinci Bölümünde Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın nicel bölümünde hemşirelere “Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi”, “Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği”, “Klinik Hemşireler için İş Doyum Ölçeği” formları olmak üzere toplam dört form (Ek 2) ve hastalara “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği”, “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi-Hasta” formları olmak üzere toplam üç form (Ek 3) kullanıldı.

Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu hemşirelerin bireysel (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve mesleki özelliklerini (çalıştığı birim, meslekte toplam çalışma süresi vb.) içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA)

Kalisch ve Williams (2009) tarafından karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Anket, Kalisch ve diğ. (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Anket A ve B olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Anket, A bölümü 21 madde, B bölümü 16 madde olmak üzere toplam 37 maddeden oluşmaktadır.

Anketin A bölümü ile bakım uygulamalarının hemşireler tarafından ne sıklıkla uygulanmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Anketin bu bölümünde hemşireler karşılanmayan bakım uygulamalarının ne sıklıkla verilemediğini; “Hiçbir zaman (4 puan)”, “Sıklıkla (3 puan)”, “Bazen (2 puan)” ve “Nadiren (1 puan)” seçeneklerini işaretleyerek belirtmektedir. Ankette yer alan bakım uygulamasının çalışılan servis için uygun olmaması ya da uygulamanın serviste yapılmasına gerek olmadığı durumlarda “Uygun değil (0 puan)” seçeneğinin işaretlenmesi gerekmektedir. Anketin bu bölümünde yer alan tüm maddelerin aritmetik ortalaması toplam karşılanmayan hemşirelik bakım puanını vermektedir. Ortalama puanın yükselmesi bakımın daha fazla karşılanmadığı anlamına gelmektedir. Bakım uygulamaları alt boyutlar altında toplanmadan tek boyutta ele alınmıştır.

Anketin B bölümü ile verilemeyen hemşirelik bakım uygulamalarının verilememe nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Anketin bu bölümü üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- 1) İnsan kaynakları alt boyutu (4 madde) : 1, 2, 3, 4 numaralı maddeler
- 2) Malzeme kaynakları alt boyutu (3 madde) : 7, 10, 11 numaralı maddeler
- 3) İletişim alt boyutu (9 madde) : 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16 numaralı maddeler

Her bir neden “Önemli bir neden” (4 puan) , “Orta düzeyde bir neden” (3 puan) ve “Küçük bir neden” (2 puan) ve “Bakımın verilememesi için bir neden değil” (1 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Anketin bu bölümünde yer alan tüm maddelerin aritmetik ortalaması toplam karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerine ilişkin puanı vermekte ve ortalama puanının yüksek olması bakımın verilememesinde o boyutun önemli bir neden olduğu anlamına gelmektedir. KHBA'nın orijinal çalışması, Türkçe uyarlaması ve bu tez çalışması için Cronbach alfa değerleri Tablo 3.3 'de sunuldu.

Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği (HRYÖ)

Ölçek Lin ve diğ. (2015) tarafından hemşirelerin rol ve yeterliliklerini belirlemek için geliştirilmiş ve Gündüzoğlu ve diğ. (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek

hemşirelerin rollerini ve yetkinliklerini ortaya çıkarmak için 51 madde ve altı alt boyut içermektedir. Bu alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

Profesyonellik alt boyutu (20 madde) : 19, 20, 21, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 51 numaralı maddeler

Doğrudan bakım alt boyutu (12 madde) : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18 numaralı maddeler

Klinik araştırma alt boyutu (5 madde) : 26, 27, 28, 29, 30 numaralı maddeler

Pratik rehberlik alt boyutu (4 madde) : 22, 23, 24, 25 numaralı maddeler

Tıbbi yardım alt boyutu (7 madde) : 12, 13, 14, 15, 16, 17, 35 numaralı maddeler

Liderlik ve reform alt boyutu (3 madde) : 44, 45, 46 numaralı maddeler

Ölçek maddeleri; “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “katılmıyorum” (2 puan), “kararsızım” (3 puan), “katılıyorum” (4 puan) ve “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) şeklinde sıralanan 5’li likert tipi bir derecelemeye göre puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 51-255 olup, ölçek alt boyut puan aralıkları birinci alt boyutta 20-100, ikinci alt boyut 12-60, üçüncü alt boyutta 5-25, dördüncü alt boyutta 4-20; beşinci alt boyutta 7-35, altıncı alt boyutta 3-15’ tir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, hemşirelerin mesleki rol ve yetkinlik algılarının yüksek olduğunu göstermektedir. HRYÖ’nün orijinal çalışması, Türkçe uyarlaması ve bu tez çalışması için Cronbach alfa değerleri Tablo 3.3’de sunuldu.

Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği (KHİDÖ)

Lee ve diğ. (2018) tarafından geliştirilen ölçek, Çağan ve Koca (2020) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek toplam 33 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu (9 madde) :19, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33 numaralı maddeler

Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyutu (6 madde) : 12, 13, 14, 15, 16, 31 numaralı maddeler

Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyutu (8 madde) : 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 numaralı maddeler

Mesleki sorumluluk bilincinde olma alt boyutu (4 madde) : 17, 18, 20, 21 numaralı maddeler

Mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyutu (3 madde) : 1, 2, 3 numaralı maddeler

Mesleğe değer verme alt boyutu (3 madde) : 23, 24, 25 numaralı maddeler

Ölçek maddeleri “Kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “Katılmıyorum” (2 puan), “Fikrim yok” (3 puan), “Katılıyorum” (4 puan) ve “Kesinlikle katılıyorum” (5 puan) şeklinde sıralanan 5’li likert tipi bir derecelemeye göre puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 33-165 olup, ölçek alt boyut puan aralıkları birinci alt boyutta 9-45, ikinci alt boyut 6-30, üçüncü alt boyutta 8-40, dördüncü alt boyutta 4-20; beşinci alt boyutta 3-15, altıncı alt boyutta 3-15’ tir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. KHİDÖ’nün orijinal çalışması, Türkçe uyarlaması ve bu tez çalışması için Cronbach alfa değerleri Tablo 3.3’de sunuldu.

Tablo 3.3: Araştırmada hemşirelere uygulanan ölçeklerin Cronbach alfa değerleri

Ölçekler ve alt boyutları	Cronbach alfa değeri		
	Orijinal ölçek	Türkçe uyarlama çalışması	Bu tez çalışması
Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	*	0,94	0,86
Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	*	**	0,91
İnsan kaynakları alt boyutu	0,69	0,77	0,89
Malzeme kaynakları alt boyutu	0,71	0,69	0,71
İletişim alt boyutu	0,85	0,91	0,93
Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği (KH-İDÖ)	0,95	0,94	0,87
Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu	0,88	0,85	0,61
Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyutu	0,87	0,88	0,83
Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyutu	0,83	0,80	0,73
Mesleki sorumluluk bilincinde olma alt boyutu	0,78	0,90	0,91
Mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyutu	0,76	0,80	0,82
Mesleğe değer verme alt boyutu	0,74	0,80	0,79
Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği (HRYO)	0,98	0,97	0,97
Profesyonellik alt boyutu	0,97	0,93	0,95
Doğrudan bakım alt boyutu	0,95	0,90	0,94
Klinik araştırma alt boyutu	0,90	0,91	0,95
Pratik rehberlik alt boyutu	0,90	0,91	0,87
Tıbbi yardım alt boyutu	0,85	0,86	0,76
Liderlik ve reform alt boyutu	0,83	0,84	0,90

*/** Çalışmada raporlanmamıştır (*Kalisch ve Williams, 2009-**Kalisch ve diğ., 2012)

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan hasta bilgi formu, hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve hastanede yatışları ile ilgili bilgilerini (yattığı servis, daha önce hastanede yatış deneyimi olup olmadığı, refakatçisi bulunup bulunmadığı, yatış gün süresi vb.) içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)

Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği , Thomas ve diğ. (1996) tarafından geliştirilmiş olup, Akın ve Erdoğan (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek tek boyutlu ve 19 maddelidir. Ölçek maddeleri “Hiç memnun değildim” (1 puan), “Nadiren memnundum” (2 puan), “Memnundum” (3 puan), “Çok memnundum” (4 puan),

“Tamamen memnundum” (5 puan) şeklinde sıralanan 5’li likert tipi bir derecelemeye göre puanlanmaktadır. Puan değerlendirmesi ölçekte işaretlenen tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100’e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100’e yaklaşması hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin yüksek olduğunu gösterir (Akın ve Erdoğan 2007; Thomas ve diğ., 1996). Ölçeğin cronbach alfa değerleri Tablo 3.4’ de gösterilmiştir.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi-Hasta (KHBA-H)

Anket, Kalisch ve diğ. (2014) tarafından geliştirilmiş ve Sönmez ve diğ. (2020) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Anket, hemşirelik bakımı müdahalelerinin sıklığı ve süresiyle ilgili 13 madde ve üç alt boyut içermektedir. Bu alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

İletişim Alt Boyutu (5 madde): 1, 2, 3, 4, 5 numaralı maddeler (tüm maddeler ters kodlu)

Zamanlama Alt Boyutu (4 madde) : 10, 11, 12, 13 numaralı maddeler

Temel Bakım Alt Boyutu (4 madde) : 6, 7, 8, 9, numaralı maddeler (tüm maddeler ters kodlu)

İletişim alt boyutu, “Hiçbir Zaman” (1 puan) ile “Her Zaman” (5 puan) arasında sıralanan 5’li likert tipi bir derecelemeye göre puanlanmaktadır. İletişim alt boyutu, hastanın hemşire ile ne sıklıkta iletişim kurduğu, testler ve işlemler hakkında bilgilendirildiği, tedavi ve bakımı hakkında bilgi verildiği, dinlendiği ve görüşlerinin dikkate alındığı soruları içermektedir.

Zamanlama alt boyutu, her biri 1 (5 dakikadan kısa) ile 5 (30 dakikadan uzun) arasında puanlanan dört maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyut, hemşirelerin idrara çıkma ihtiyacına cevap vermesinden önce geçen süre, bir cihaz ya da monitörün uyarı sesi çıkarması ve hemşire çağrı zili ile ilgili soruları içerir.

Temel bakım alt boyutu, banyo, ağız bakımı, yataktan koltuğa geçme ve ambulasyon gibi temel bakım ihtiyaçları ile ilgili 5’li Likert tipi ölçek (1: asla, 5: her zaman) temelinde puanlanan dört sorudan oluşmaktadır. (Sönmez ve diğ., 2020). Temel bakım alt boyutunda yer alan iki soruda ve zamanlama alt boyutunda yer alan dört soruda hastanın bakıma ya da yardıma ihtiyacı olmadığını gösteren altıncı bir yanıt seçeneği (yürüyemiyordum, çağrı ışığına/bip sesine hiç basmadım vb.) yer almaktadır.

İletişim ve temel bakım alt boyutlarında yer alan maddeler tersten puanlanmaktadır. 13 maddeden alınan toplam puan, kaçırılan bakım toplam puanını gösterir. Altıncı yanıt seçeneği işaretlenen maddeler değerlendirilmez. Ölçeğin ve alt boyutlarının cronbach alfa değerleri Tablo 3.4’ de gösterilmiştir.

Anket sonunda, İstenmeyen Olaylar başlığı altında hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergeleri sorgulanmaktadır. Bu bölüm hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca düşme, deri bütünlüğünde bozulma / basınç ülseri gelişmesi, ilaç uygulama hataları, yeni enfeksiyonlar, IV komplikasyonları veya başka sorunlar yaşayıp yaşamadığını ortaya çıkarır. Hastalar bu sorulara “evet”, “hayır” veya “emin değilim” şeklinde yanıt vermektedirler (Kalisch ve diğ., 2014).

Tablo 3.4: Araştırmada hastalara uygulanan ölçeklerin Cronbach alfa değerleri

Ölçekler ve alt boyutları	Cronbach alfa değeri		
	Orijinal ölçek	Türkçe uyarlama çalışması	Bu tez çalışması
Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi-Hasta	0,84	0,78	0,71
İletişim Alt Boyutu	0,80	0,85	0,72
Temel Bakım Alt Boyutu	0,71	0,75	0,79
Zamanlama Alt Boyutu	0,83	0,91	0,62
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği	0,96	0,96	0,98

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ

3.6.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra nitel aşamasının örneklem grubuna kartopu örneklem yöntemi ile ulaşıldı. Yönetici hemşirelere yapılacak çalışmanın amacı ve görüşmenin tahmini süresi hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden yönetici hemşirelerin isteği doğrultusunda bireysel derinlemesine görüşmeler, yüz yüze ya da çevrim içi olarak yapıldı. Yüz yüze yapılan görüşmelerde katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formuna ek olarak görüşmenin kayıt altına alınacağına dair sözlü onay alındı. Ses kaydının başlamasının ardından da görüşmenin kayıt cihazına kaydedilmesini onaylayıp onaylamadığı tekrar sorularak görüşme kaydına devam edildi. Çevrim içi yapılan görüşmeler için katılımcıların uygunluğuna göre belirlenen tarih ve saat için hatırlatma ve çevrim içi görüşme linki paylaşımı, telefon mesajı yoluyla gerçekleştirildi. Çevrim içi görüşmelerde kayıta başladıktan hemen sonra katılımcıya görüşmenin kayıt altına alınmasını

onaylayıp onaylamadığı, çalışmaya katılmayı kabul edip etmediği, görüşme sonucunda elde edilecek verilerin bilimsel amaçlı kullanılmasına izin verip vermediği sorularak onamı kayıt altına alındıktan sonra görüşmeye devam edildi. Görüşme sırasında internet kesintisi ve/ veya acil telefon çağrısı gibi nedenlerle yaşanan kesinti durumunda kayıta ara verildi ve görüşme için uygun koşulların sağlanmasının ardından görüşmeye devam edildi. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular tamamlandıktan sonra görüşmeler sonlandırıldı.

Araştırma kapsamında toplam 28 derinlemesine bireysel görüşme yapılmış olup, görüşmeler ortalama 31 (min= 14 max=50) dakika sürmüştür. Her görüşme sonrası ses kayıtları deşifre edilerek nitel veriler oluşturulmuştur. Ses kayıtları araştırmacı tarafından üç kez dinlenerek kontrol edilmiş ve böylece verilerin güvenliği garanti altına alınmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevapların benzerlik göstermesi nedeniyle 28. görüşme sonunda veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

3.6.2. Araştırmanın İkinci Bölümünün Uygulanması

3.6.2.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşire ve Hastalardan Veri Toplanması

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerden araştırma kapsamında kendilerine uygulanacak veri toplama araçlarında kullanılmak üzere bir rumuz belirlemeleri ve rumuzlarını unutma ihtimallerine karşı güvenli bir yere not almaları istenmiştir. Araştırmaya dahil edilen hemşirelere primer hemşirelik eğitimi öncesinde eş zamanlı olarak, Tanıtıcı Bilgi Formu, KHBA, KHİDÖ ve HRYÖ uygulandı. Yine eş zamanlı olarak deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerden bakım alan hastalara Tanıtıcı Bilgi Formu, NHBMÖ ve KHBA-H uygulandı.

3.6.2.2. Primer Hemşirelik Eğitimi ve Primer Hemşirelik Yönteminin Uygulanması

Araştırmanın bu aşamasında deney grubu olarak belirlenen servislerin hemşire ve sorumlu hemşirelerine yönelik hemşirelik bakım sunum yöntemleri ve primer hemşirelik eğitimi verildi. Eğitim alanında uzman bir öğretim görevlisi ve araştırmacı tarafından düzenlendi. Eğitimler, çevrim içi ve yüz yüze olarak iki farklı şekilde düzenlendi. Toplam dört saat süren eğitimde, düz anlatım, tartışma, soru-cevap yöntemleri kullanıldı. Eğitim 20-29.04.2022 tarih aralığında toplam beş oturumda gerçekleştirildi. Eğitim programı içeriğinde; hemşirelik bakım sunum sistemlerinin tanımı, bakım sunum yöntemleri ile üstün ve zayıf yönleri, primer hemşirelik yöntemi, primer hemşirelik sisteminin özellikleri, primer hemşirelikte hasta bakım faaliyetleri, primer hemşirelik sisteminin uygulaması ile primer hemşirelikte görev yetki ve sorumluluklar yer almaktadır. Eğitim programı ekte sunulmuştur

(Ek 4). Eğitim planlaması hedef katılımcıların çalışma programına göre düzenlenerek, deney grubunda yer alan her hemşirenin eğitim programının tamamına katılması sağlandı.

Primer hemşirelik uygulamasına başlamadan önce deney grubu servislerde görev yapan diğer sağlık disiplini üyeleri uygulama değişikliği hakkında bilgilendirildi. Eğitim programının tamamlanmasının ardından 01.05.2022 tarihi itibarıyla deney grubu servislerde primer hemşirelik yöntemi uygulamasına başlandı. Uygulama kapsamında serviste yatan tüm hastalara bir primer hemşire atandı ve tüm hemşireler primer hemşire olarak görev yaptı. Gece yatan hastalar için primer hemşire ataması takip eden gündüz mesaisinde yapıldı. Hemşire çalışma çizelgeleri mümkün olduğunca bir hemşirenin üst üste üç gün 08-17 mesaisinde çalışması sağlanacak şekilde düzenlendi. Primer hemşireler gece ve hafta sonu mesailerinde de kendi hastalarına atanarak bakımın devamlılığı sağlandı. Vardiyadaki diğer hemşirelerin de mümkün olduğunca aynı hastalar için görevlendirilmesi sağlandı. Primer hemşireler hastanın yatışından taburculuğuna kadar hasta bakımından sorumlu tutuldu ancak ülkemizin çalışma koşulları (uzun çalışma saatleri vb.) göz önünde bulundurularak primer hemşirenin serviste olmadığı zamanlardaki hasta bakım sorumluluğu hemşireleri dinlenme saatlerinde meşgul etmemek için vardiyadaki diğer hemşireye verildi. Vardiyadaki diğer hemşirelerin, primer hemşirenin olmadığı zamanlarda hastanın değerlendirilmesi ve hastanın bakım planında değişiklik yapmasına izin verilerek primer hemşirelik uygulamasında esneklik yapıldı. Diğer hemşirelerin bakım planı ile ilgili yaptığı değişiklikleri primer hemşireye bildirmeleri ve primer hemşirelerin serviste bulunmadıkları sürelerde diğer hemşireler ve ekip üyeleri tarafından hasta ile ilgili oluşturulan kayıtları incelemesi ile hasta bakım sorumluluğunun sürekliliği sağlandı. Primer hemşirenin uzun süreli izinli ya da iş göremezlik raporu olması durumunda kendisine atanan hastalara, yeni bir primer hemşire atandı. Uygulamaya başladıktan sonraki süreçte servisten zorunlu nedenlerle beş hemşire (2.ayda bir, 5.ayda iki, 6.ayda iki hemşire) ayrıldı ve bu hemşireler çalışmaya dahil edilmedi. Servisten ayrılanların yerine iki hemşire (4.ayda bir, 5.ayda bir hemşire) başladı. Yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon eğitimine primer hemşirelik eğitimi eklendi. Ancak bu hemşireler primer hemşire olarak görevlendirilmedi ve çalışmaya dahil edilmedi.

Kontrol grubu servislerde vaka yöntemi uygulamasına devam edildi. Çalışma süresince servisten zorunlu nedenlerle beş hemşire (3.ayda üç, beşinci ayda iki hemşire) ayrıldı. Servisten ayrılanların yerine servise iki hemşire (4.ayda bir, 5.ayda bir hemşire) başladı. Servisten ayrılan ve servise yeni başlayan hemşireler çalışmaya dahil edilmedi.

Araştırma süresince, araştırmanın yürütüldüğü deney ve kontrol grubu servislerde çalışma öncesinde kullanılan, standardize ve hastane kalite yönetim sistemine tanımlı hasta değerlendirme, risk değerlendirme ve takip formları ile hemşirelik tanılarına göre standardize edilmiş bakım planlarının kullanımına devam edildi.

Primer hemşirelik uygulamasına başlanmasının ardından ilk ay haftada bir, ikinci ay on beş günde bir, sonrasında ayda bir deney grubu servislerin sorumlu hemşiresi, primer hemşirelik koordinatörü ve araştırmacının katılımı ile değerlendirme toplantısı yapıldı. Toplantılarda uygulama sırasında yaşanan güçlük ya da herhangi bir aksaklık olup olmadığı değerlendirildi.

3.6.2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşire ve Hastalardan 3. Ay Veri Toplanması

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelere primer hemşirelik uygulamasının üçüncü ayında eş zamanlı olarak, Tanıtıcı Bilgi Formu, KHBA, KHİDÖ ve HRYÖ uygulandı. Yine eş zamanlı olarak deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerden bakım alan hastalara Tanıtıcı Bilgi Formu, NHBMÖ ve KHBA-H uygulandı.

3.6.2.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşire ve Hastalardan 6. Ay Veri Toplanması

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelere primer hemşirelik uygulamasının altıncı ayında eş zamanlı olarak, Tanıtıcı Bilgi Formu, KHBA, KHİDÖ ve HRYÖ uygulandı. Yine eş zamanlı olarak deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerden bakım alan hastalara Tanıtıcı Bilgi Formu, NHBMÖ ve KHBA-H uygulandı.

3.7. ANALİZ YÖNTEMLERİ

3.7.1. Araştırmanın Birinci Bölümünün Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel bölümün verileri Colaizzi (1978) tarafından önerilen “tanımlayıcı fenomenolojik analiz aşamaları” izlenerek değerlendirildi. Analizin bu aşamasında ilk olarak elde edilen ses kayıtları, her görüşmeden sonraki ilk 48 saat içinde üzerinde hiçbir değişiklik yapılmadan araştırmacılar tarafından bilgisayar ortamına yazıya döküldü ve kaybolma veya silinebilme olasılığına karşılık yedekleme işlemi yapıldı. Kayıtların aktarımı sırasında katılımcılara ait özel veriler (ad, soyad, kurum bilgisi) gizli tutuldu. Araştırmada görüşme sırasına göre katılımcılara K1’den K28’e kadar bir kod verildi. Görüşmelere ait kayıtlardan toplam 273 sayfalık belge elde edildi. Verileri bütüncül bir biçimde anlayabilmek ve ayrıntılı şekilde analiz edebilmek amacıyla görüşmelere ait ses kayıtları üç kez dinlenip, görüşme dökümleri ise dört kez okundu.

Daha sonra içerik analizi yöntemi ile analiz edildi. Nitel araştırmalarda içerik analizi, elde edilen verileri tanımlamak amacıyla, önce verileri kodlayarak temaları bulmak, kod ve temaları düzenlemek, elde edilen bulguları tanımlayarak yorumlamaktan meydana gelir (Yıldırım ve Şimşek, 2018). İçerik analizi sırasında, deşifre edilen metinler alanında uzman bir hizmet sağlayıcıdan istatistiksel danışmanlık hizmeti alınarak MAXQDA 2022 programı kullanılarak kodlandı. Ardından araştırmacı ve danışman tarafından kontrol edilerek belirlenen kodlardan ana ve alt temalar oluşturuldu. Oluşturulan ana ve alt temaların metinlerle tutarlılığının değerlendirilmesi için tez izlem komitesi üyelerinin kontrol etmesi sağlandı.

Araştırmada elde edilen nitel verilerin geçerlik ve güvenirliği, Lincoln ve Guba (1986)'nın önerdiği güven duyabilirlik ölçütleri olan, inandırıcılık, aktarılabilirlik, güvenilebilirlik ve onaylanabilirlik ile değerlendirildi (Lincoln ve Guba, 1986).

1. İnanırıcılık: Elde edilen bulguların gerçeklikle uyumunun ne düzeyde olduğunu ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004; Merriam ve Tisdell, 2015). Araştırmada, görüşme randevuları katılımcıların uygun oldukları zaman aralıklarında planlanarak görüşmelerde uzun süreli etkileşim sağlamak amaçlandı. Görüşmelerde katılımcılara, yöneltilen soruların doğru ya da yanlış cevabının olmadığı ve sadece kişisel görüşlerinin önemli olduğu belirtildi. Bu nedenle katılımcıların görüşlerini rahatça ifade etmelerine fırsat verilerek görüşmeler sırasında açık sözlü olmaları konusunda teşvik edildiler. Görüşmelerden önce araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklandı. Araştırmacı çeşitlemesi için tema, alt tema ve kodların oluşturulması sürecinde tez izlem komitesinin görüşleri alındı.

2. Aktarılabilirlik: Elde edilen bulguların başka bağlamlara hangi düzeyde uyarlanabildiğini ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004). Aktarılabilirlik sağlamak için araştırmanın evren, örneklem, veri toplama formları ve bütün aşamaları ile ilgili ayrıntılı ve doğru bilgiler aktarıldı. Alıntılar katılımcıların ifadeleri değiştirilmeden doğrudan kullanıldı. Ayrıca, araştırmanın amacına uygun bir örneklem grubu ile çalışıldı.

3. Güvenilebilirlik: Araştırmanın bulgularının tutarlı, açık ve tekrarlı olmasını ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004). Bu nedenle güvenilebilirliği belirtebilmek için araştırmanın raporlama aşamasında Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kullanıldı.

4. Onaylanabilirlik: Elde edilen bulguların araştırmacıdan ziyade, araştırmaya katılanların deneyimleri ile düşüncelerinden kaynaklandığını belirtmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004; ow, 2015). Bu araştırmada, araştırma için alınan ses ve video kayıtları, etik kurul izni, katılımcıların onamları, deşifre edilen metinler, tema ve kodların oluşturulmasına yönelik tüm kayıtlar araştırmanın onaylanabilirliğini göstermek amacıyla arşivlendi. Ayrıca nitel aşamada yer alan katılımcılardan rastgele seçilen üç katılımcıya kendilerine ait görüşmeden elde edilen belge ile bu belgeden belirlenmiş önemli alıntılar ve bu alıntıların biçimlendirilmiş anlamları gönderilerek kodların uygun olup olmadığına yönelik görüşleri alındı.

Araştırmanın nitel aşamasına katılan katılımcıların bireysel ve çalışma özelliklerine ilişkin veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) değerlendirildi.

3.7.2. Araştırmanın İkinci Bölüm Verilerinin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplandı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanıldı.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için nonparametrik testlerle analizlere devam edildi. Normal dağılıma sahip olmayan niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde ikiden fazla grup arasındaki fark için ise Friedman testi kullanıldı.

Veriler %95 güven aralığında analiz edilmiş $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” (Cronbach’s alfa iç tutarlık katsayısı) kullanıldı. Güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alpha katsayısı değeri ≥ 0.60 ise ölçek oldukça güvenilir kabul edildi (Kalaycı, 2009; Tavşancıl, 2005).

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Tarih: 09.06.2021, Karar No:199) alındı (Ek 7).

Araştırmanın nitel ve nicel bölümünün yürütüleceği Sağlık Bakanlığı hastaneleri için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (Tarih: 20.08.2021, Sayı:7208). (Ek 8) Ayrıca araştırmanın nitel bölümünün uygulanacağı üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin yönetimlerinden izin alındı. (Ek 8)

Araştırmada kullanılan; Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi, Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği, Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği, Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Anketi-Hasta ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayan yazarlardan elektronik posta ile izin alındı. (Ek 5)

Araştırmaya katılmayı kabul eden yönetici hemşire, hemşire ve hastalardan Ek 6' da bulunan Aydınlatılmış Onam Formları alındı. Araştırmanın nicel bölümünde kullanılan veri toplama araçları, araştırmacı tarafından kapalı zarf ile dağıtıldı ve doldurulmasının ardından araştırmacı tarafından kapalı zarf ile geri alındı.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın nitel bölümünde elde edilen veriler katılımcıların görüşleri ile sınırlıdır.

Araştırmanın nicel bölümünün bir eğitim araştırma hastanesinin üç deney üç kontrol olmak üzere yataklı altı servisinde yürütülmüş olması ile araştırma süresince zorunlu nedenlerle deney ve kontrol grubu servislerden ayrılan ve servislere yeni başlayan hemşirelerin olması sınırlılık olarak değerlendirildi. Diğer yandan ülkemizin çalışma koşulları nedeniyle primer hemşirelik yönteminin esnek olarak uygulanması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Aynı zamanda toplanan veriler katılımcıların görüşleri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki bölümde ele alındı. Birinci bölümde nitel çalışmanın bulguları, ikinci bölümde ise randomize olmayan gruplarda ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel araştırmanın bulguları verildi.

4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ BÖLÜMÜNE İLİŞKİN BULGULAR

4.1.1. Katılımcıların Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın nitel aşamasında yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu bölümde sunuldu. Çalışmaya 8 üst düzey, 20 alt düzey olmak üzere toplam 28 yönetici hemşire katıldı. Katılımcılar K1'den K28'e kadar kodlandı. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1: Yönetici Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

KOD	CİNSİYET	GÖREVİ	KURUMU	YAŞ (YIL)	EĞİTİM DURUMU	MESLEKİ DENEYİM SÜRESİ (YIL)	YÖNETİCİLİK DENEYİMİ (YIL)
K1	Kadın	SBHM	SBH	40	YL	20	14
K2	Kadın	SBHM	SBH	46	YL	25	13
K3	Kadın	SH	SBH	34	SML	14	3
K4	Kadın	HHM	ÖH	42	YL	18	17
K5	Kadın	SH	ÜH	35	L	13	1
K6	Kadın	SH	ÜH	42	L	20	4
K7	Kadın	HHM	ÜH	44	YL	23	17
K8	Kadın	SH	ÜH	52	L	29	3
K9	Kadın	SH	ÜH	43	L	21	13
K10	Kadın	SH	ÜH	52	YL	30	26
K11	Kadın	SH	ÜH	36	L	15	7
K12	Kadın	SH	ÜH	49	L	26	19
K13	Kadın	SH	ÜH	50	L	30	24
K14	Kadın	HHM	ÜH	40	YL	23	12
K15	Kadın	SH	SBH	30	YL	12	3
K16	Kadın	SH	ÖH	39	L	16	13
K17	Kadın	SH	ÖH	37	YL	16	8
K18	Kadın	SH	ÖH	34	L	10	5
K19	Kadın	SBHM	SBH	39	YL	16	12
K20	Kadın	SH	SBH	30	L	7	3
K21	Kadın	SH	SBH	34	L	14	2
K22	Erkek	SH	ÖH	35	SML	16	6
K23	Kadın	SH	ÖH	30	YL	7	1
K24	Kadın	SH	ÖH	41	L	19	17
K25	Kadın	HHM	ÖH	40	YL	17	10
K26	Kadın	SBHM	SBH	43	YL	25	10
K27	Kadın	SH	SBH	26	L	3	2
K28	Kadın	SH	SBH	45	YL	27	17

SBHM=Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü HHM=Hemşirelik Hizmetleri Müdürü SH=Sorumlu Hemşire SBH=Sağlık Bakanlığı Hastanesi ÖH=Özel Hastane ÜH=Üniversite Hastanesi YL=Yüksek Lisans L=Lisans SML=Sağlık Meslek Lisesi

Katılımcıların %25'i üst düzey, %75'i alt düzey yönetici hemşiredir. Yönetici hemşirelerin %96'sı kadın, %4'ü erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 39,6 yıl (min-max:26-52), mesleki deneyim süreleri ortalaması 18,2 yıl (min-max: 3-30) ve ortalama yöneticilik deneyimleri 10 yıldır (min-max: 1-26). Yönetici hemşirelerin %35,7'si kamu hastanesi, %35,7'si üniversite hastanesi ve %28,6'sı özel hastanede görev yapmakta ve %50'si yüksek lisans, %42,8'i lisans ve %7,2'si sağlık meslek lisesi mezunudur.

4.1.2. Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Temalar

Çalışmanın bu aşamasında derinlemesine bireysel görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda;

- Çalışma çizelgelerinin oluşturulması,
- Hemşire görevlendirme kriterleri
- Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri
- Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları

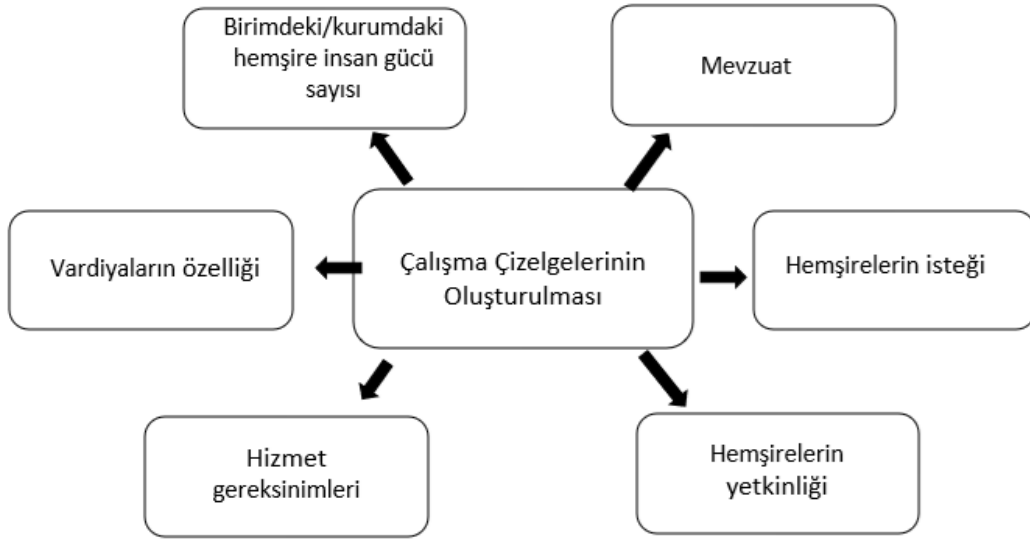
şeklinde dört ana tema ve bu temaların altında yer alan toplam 23 alt tema elde edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Çalışmanın verileri sonucunda elde edilen ana tema ve alt temalar

ANA TEMA	ALT TEMA
1. Çalışma çizelgelerinin oluşturulması	1.1. Mevzuat 1.2. Birimdeki/kurumdaki hemşire insan gücü sayısı 1.3. Hizmet gereksinimleri 1.4. Hemşirelerin yetkinliği 1.5. Vardiyaların özelliği 1.6. Hemşirelerin isteği
2. Hemşire görevlendirme kriterleri	2.1. Hemşirelerin yetkinliği ve deneyimi 2.2. Hastaların bakım yükü 2.3. Fiziki ortam 2.4. Bakım sunum yöntemi 2.5. Hasta-hemşire iletişimi 2.6. Hemşirelerin isteği 2.7. Hemşirelerin kura çekmesi
3. Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri	3.1. Hasta/hemşire oranı 3.2. Yönetici tercihi 3.3. Bakım kalitesini geliştirme 3.4. Hemşirelerin özellikleri
4. Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları	4.1. İletişim ve iş birliği 4.2. Takım çalışması 4.3. Çalışan doyumu 4.4. Hemşireye karşı güven 4.5. Hasta güvenliği

4.1.2.1. Ana Tema: Çalışma Çizelgelerinin Oluşturulması

Yönetici hemşirelere çalışma çizelgelerini hazırlarken nelere dikkat ettikleri sorulduğunda, “mevzuat, birimdeki/kurumdaki hemşire insan gücü sayısı, hizmet gereksinimleri, hemşirelerin yetkinliği, vardiyaların özelliği ve hemşirelerin isteği” şeklinde altı alt tema elde edildi. Bu ana tema ve alt temaları Şekil 4.1’de gösterildi.



Şekil 4.1: Çalışma çizelgelerinin oluşturulması teması ve alt temaları

Alt Tema: Mevzuat

Katılımcıların büyük kısmı çalışma çizelgelerinin oluşturulması sırasında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan mevzuatların etkili olduğunu ifade ettiler. Özellikle yoğun bakım yönetmeliklerinde belirtilen hemşire/hasta oranının çalışma çizelgelerinin oluşturulması için bir kriter olduğunu üst düzey yönetici hemşire katılımcıların hepsi belirtmiştir. Çalışma listeleri oluşturulurken Sağlık Bakanlığınca belirlenen nöbetten muaf tutulma kriterlerine (çalışma süresinin 25 yıl üzeri olması, nöbet muafiyet raporu bulunması) dikkat edildiğine kamu hastanelerinde çalışan yönetici hemşireler değinmiştir. Aşağıda mevzuatın çalışma çizelgelerinin oluşturulmasında etkili olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

“...ya da yatan hasta grubu için yani kemik iliği olabilir hematoloji servisi olabilir öyle durumlarda zaten bunun Bakanlık tarafından belirlenen standartları var biliyorsunuz. O

standartlara uymak zorundayız servis anlamında ve bağımlılık anlamında. Genelde bu standartlar da bizim için belirleyici olabiliyor.” (K7, HHM, ÜH)

“...maalesef Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği klinik bazlı bir kriter yok. Biz bunu bazı tescile tabi alanlar dışında işte yoğun bakım özellikle, yoğun bakım gibi tescile tabi alanlarda sadece o vardiyada çalışacak olan hemşire sayısı belirli mevzuatla kayıt altına alınmış ama onun dışındakilerde biz genelde hizmetin gerekliliklerini tartarak belirliyoruz.” (K1, SBHM, SBH)

“Sadece şey var eğer 25 yılını geçmemiş ise hemşire nöbet tutma zorunluluğu var biliyorsun... Ben zaten genelde gündüz hizmet verilen birimlerde daha çok 25 yıl üstü veya işte sağlık kurulu mazereti ile nöbet muaftiyeti olan kişileri çalıştırıyorum genelde.” (K2, SBHM, SBH)

“Benim servisimde genelde bütün hemşire popülasyonu genç, hepsi yeni atanmış. Servisinde özellikle bir hastalığı olan hiç kimse yok. Onlara dikkat edilir ama şu an onların hiçbirisi yok. Hiçbirinin nöbet muaftiyeti yok. 25 yılın üzerinde hiç çalışan yok, hepsi 3-4 yıllık hemşire. O yüzden kendi özel isteklerine göre.” (K3,SH, SBH)

Alt Tema: Birimdeki/Kurumdaki Hemşire İnsan Gücü Sayısı

Katılımcılar çalışma çizelgelerini oluştururken vardiyalarda görevlendirilecek hemşire sayısının mevcut hemşire insan gücü sayısından etkilendiğini belirttiler. Bu alt temaya kamu ve üniversite hastanesinde görev yapan yönetici hemşireler yoğun katkı sağladı. Aşağıda birimdeki/kurumdaki hemşire insan gücü sayısının çalışma çizelgelerinin oluşturulmasında etkili olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

“Şuna dikkat ediyoruz biz, bir ay öncesinde bir planlama yapıyoruz biz. Çünkü çok dinamik bir yapımız var. Malum kamuya olan atamalar, işte evlilikler, istifalar, ihbarlar ve her ay ben bir sonraki ayı öngörmeye çalışıyorum. Ayın 20'si gibi bir sonraki ay için tüm hastane havuzunu göz önüne alarak nasıl bir planlama yapabiliriz? Hangi bölümlerin hemşire ihtiyacı var ve ben bunu hangi kaynaktan sağlayabilirim bakıyorum. Bunu yaparken de tabii ki demin de bahsettiğim gibi işte özel alanlar, yoğun bakımlar, girişimsel alanlar, yatan hasta katları, ayaktan klinikler gibi önce bölümlere bakıyorum.” (K4, HHM, ÖH)

“...Ya ama genel ortalama çalışan hemşire sayısı gündüz iki, gece iki gibi düşünüyoruz. Tabii maalesef şey biz hani hasta şey hasta değerlendirip de hani hemşire sayısı

belirleyemiyoruz maalesef. Yani ıı genel olarak elimizdeki mevcut hemşire sayısına göre listeleri yapıyoruz... Tabii bazen hani şartlar değişiyor izin dönemi olabiliyor. İşte şey hastalık durumunda sayıda bir eksilme söz konusuysa gece özellikle bazen tek hemşireye kalabiliyor. Yaz döneminde izne çıkabilmek için tek hemşire olacak. Bu yaz gününü o şekilde planlamak zorunda kalacağız." (K12, SH, ÜH)

".....elimizdeki havuzdaki personel sayısı da bunda bir değişken. 5'e 1 belirledik palyatifte. Ama bu işte biraz önce konuştuğumuz son tayinler son atamalar hizmetin kesintisiz devam etmesi için şu dönemde özellikle bu ay mesela bu sayıyı tekrar yediye çıkarttık. Bu çok aktif ve dinamik bir süreç. Sürekli değişiyor." (K1, SBHM, SBH)

Alt Tema: Hizmet Gereksinimleri

Katılımcılar çalışma çizelgelerini düzenlerken birimlerin iş yükü analizi, yatak sayısı ve hastaların bakım yükünü göz önünde bulundurduklarını belirttiler. Hizmet gereksinimini belirlerken hasta ve hemşirelerden gelen geri dönüşleri ve bakım çıktılarını da göz önünde bulundurduklarını ifade ettiler. Aynı zamanda birimlerin iş yükünde gelişen günlük ve anlık değişiklikler için de hemşire insan gücünde artış ya da azalış yaptıklarını ifade ettiler. Bu alt temaya katılımcıların çoğu katkı sağladı. Aşağıda hizmet gereksinimlerinin çalışma çizelgelerinin oluşturulmasında etkili olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

"....hemşire dağılımında örneğin nöroloji kliniği. Ağır bakım hastalarımızın yattığı hemşire yükünün fazla olduğu klinikler. Orada hemşire sayısını biraz daha iyi tutmaya çalışıyoruz ama bazı kliniklerimiz de her ne kadar bakım hastaları az olsa bile göz servisi gibi orada da şöyle: hasta giriş çıkışları, anemnez işlemleri fazla olduğundan dolayı ameliyat hazırlığı.... Oradaki iş yükü de farklı şekilde hemşire arkadaşlara yansıyor." (K26, SBHM, SBH)

" ...hasta güvenliğiyle ilgili süreçleri ve hasta memnuniyetiyle ilgili süreçleri göz önüne alarak, daha önce her yer beş hemşire, bir beş hasta bir hemşireyken. İşte pediatri alanlarında bu sürecin sorunlara neden olduğunu ya da kadın doğum alanlarında daha çok hemşirenin takip yapması gerektiğini gördük. İşte hasta şikayetleri ya da hasta çıktıları bakım çıktıları neticesinde buradaki beş rakamının fazla olduğunu tespit ettik ve orada dörde indik. Hakikaten de hem hasta memnuniyeti arttı hem de bakım kalitesi artmış oldu bu alanlarda." (K25, HHM, ÖH)

"...o klinikte yatan o günkü hasta profiline göre bile değişebiliyor bu sayı. Örneğin şöyle bir örnek vereyim işte 20 yataklı bir genel cerrahi servisinde bir hemşire arkadaşımız gece nöbet tutarken yine hemen bir altındaki yine 20 yataklı palyatif servisinde 21 diyelim ona 7 hastaya bir hemşire olacak şekilde kendi içimizde bir dinamik belirlemeye çalışıyoruz. Burada hizmet gereksinimleri aslında bize rehber oluyor." (K1, SBHM, SBH)

"Yani şöyle bazen şey oluyor, onun için standart bir ölçek kullanmıyoruz ama bazen çok arkadaşlarımız serzenişte bulunabiliyorlar; işte çok yoğunuz, işte biz yetişemiyoruz, şöyle böyle diye... O zaman da iş yükü analizi yapabiliyoruz. Birkaç yerde ben bu şekilde iş yükü analizi yaptırdım arkadaşlara.." (K2, SBHM, SBH)

"Dinamik bir liste yapıyoruz maalesef (gülüyor). Planlamamız dört üzerinden oluyor ama hani onları "off"luyoruz. Diyoruz hani şu an hasta sayısı az bir kişi dinlenebilir. Ya da ağır hastalar varsa kalın diyoruz." (K3, SH, SBH)

Alt Tema: Hemşirelerin Yetkinliği

Katılımcılardan alt düzey yönetici hemşireler çalışma listelerini düzenlerken, üst düzey yönetici hemşireler ise çalışma listelerini onaylarken vardiyalardaki hemşirelerin deneyim ve yetkinliklerini göz önünde bulundurdıklarını belirttiler. Bazı sorumlu hemşireler, hemşirelerin sağlık sorunlarının da listelerin oluşturulmasında önemli bir kriter olduğunu ifade ettiler. Birçok katılımcı oryantasyonda olan hemşirelerin ya da oryantasyonu yeni tamamlanan hemşirenin vardiyalarda yanında danışabileceği bir hemşire bulunmasına dikkat ettiklerini ifade ettiler. Hemşirelerin kişilik özelliklerinin (iletişim, ekip çalışmasına yatkınlık, öfke kontrolü vb) de vardiya ekiplerinin belirlenmesini etkilediğini belirttiler. Aşağıda hemşirelerin yetkinliğinin çalışma çizelgelerinin oluşturulmasında etkili olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

"Tabi. Daha kıdemli olan hemşireler oluyor... yeni gelen hemşireler oluyor, mutlaka o nöbeti zorlanmayacak şekilde geçirmelerini sağlıyoruz. Sonuçta herkesin yetkinliği aynı olmuyor. Özellikle hafta sonları gündüzlerde mesela ben olmadığım zamanlarda bir sorun olduğunda çözebilecek bir kişiyi bırakmaya çalışıyorum. Yanlarında mutlaka tecrübeliyle tecrübesizi eşitlemeye çalışıyorum." (K5, SH, ÜH)

"Yani şimdi hemşire yetkinliğini tabi ki göz önünde bulundurmak zorunda kaldığımız hemşirelerimiz oluyor. Biliyoruz ki tek başına bırakamayacağımız ya da on tane hastaya bakamayacak durumda olan ya da bazı sağlık sorunları olan hemşire arkadaşlarımız da

olabiliyor. Yani fiziksel sağlık sorunları olabildiği gibi psikolojik sağlık sorunları olanlar da olabiliyor. Bütün bunlara bakarak tabii ki dağılımda bunu göz önünde bulundurmanız gerekiyor." (K7, HHM, ÜH)

"Şöyle çok fazla yeni başlayan oryante olması gereken hemşiremiz oluyor. Bu süreçte oryantasyon ihtiyaçları hani bitenler oluyor, devam edenler oluyor tekrar. Servisin ve mesleğin iş yükünü kaldırabilecek yapıda olup olmadığına bakıp mutlaka her nöbete bir kıdemli, en az beş-altı yıldır hastanede çalışan kıdemli bir arkadaş, koyup yanına da orta seviye ve yeni başlayan seviye şeklinde değerlendirerek arkadaşları öyle yazmaya çalışıyorum." (K11, SH, ÜH)

"Yani hep yeni hemşireleri aynı vardiyaya koymuyoruz. Ya da hep eski hemşireleri aynı vardiyaya koymuyoruz. Bunları homojen dağıtıyoruz ki yeni başlayan hemşirelerimizin her zaman danışabilecekleri, kendilerine destek olabilecekleri, tecrübelerini paylaşabilecekleri kişiler olsun. Yani daha çok bir vardiyada eğer iki kişi varsa bunun birinin yeni, birinin eski olması bizim için çok önemli. Hasta bakım kalitesinin artması açısından, danışmanlık hizmeti açısından..." (K14, HHM, ÜH)

"Kişi kişiyle anlaşabiliyor mu? O ona yardımcı olabiliyor mu? İş stresini beraber çözebiliyorlar mı? Birbirlerine yardımcı oluyorlar mı diye de bakıyorum. Doğru insanı, doğru yere adreslediğinizde, çok sıkıntı yaşamıyorsunuz. Mesela hepimiz insanız, herkesin bakış açısı aynı değil. Mesela çok öfkesini kontrol edemeyen ya da çabuk sinirlenen arkadaşları daha sakın, alanı yönetebilecek kişilerle koyuyorum." (K24, SH, ÖH)

Alt Tema: Vardiyaların Özelliği

Katılımcıların ifadelerinden çalışma listeleri hazırlanırken vardiyalara göre (haftanın günlerine, gece-gündüz vardiyası gibi vardiyalar arasındaki yoğunluk farkı göz önünde bulundurularak) hemşire insan gücü sayısının standardize edildiği anlaşılmaktadır. Katılımcıların bir bölümü tarafından, bazı kliniklerde gece ve gündüzde çalışan hemşire sayısının eşit olduğu, bazı kliniklerde hafta içi gündüz vardiyasında gece ve hafta sonu vardiyalarından daha fazla sayıda hemşire çalıştırıldığı ifade edildi. Bazı sorumlu hemşireler kendilerinin çalışmadığı gündüz vardiyasında daha fazla hemşire çalışmasını planladıklarını belirttiler. Katılımcıların çoğu hemşirelerin çalıştıkları/çalışacakları gece ve hafta sonu mesailerini ile resmi ve dini bayram mesailerini eşitlediklerini ifade ettiler. Aşağıda vardiyaların

özelliğinin çalışma çizelgelerinin oluşturulmasında etkili olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

" Hafta sonlarında adaletli dağıtımlarına dikkat ediyorum ben listeleri kontrol ederken ya da ekibimle birlikte yönetsel ekibimle birlikte listelerini kontrol ederken, hafta sonlarını adaletli dağıtımlarına dikkat ediyorum. Geceleri ve gündüzleri eşit dağıtıyor olmalarına dikkat ediyorum. Çünkü bir gece prim sistemimiz var. Yani gece çalışanlara ekstra uyguladığımız bir prim sistemimiz var. Bu da ücret tarafındaki adaletsizliği de yaratmaması adına gece ve gündüzleri mümkün olduğunca özel bir durumu yoksa işte tabii gece değilse vesaire gibi özel bir durumu yoksa mümkün olduğunca eşit dağılımı kıdeme göre eşit dağılımına bakıyorum. (K4, HHM, ÖH)

"Onun dışında listeme zaten listeleri yaparken biliyorsunuz bizim için bu taraf tamamen kapanıyor. İsimleri biz görmüyoruz. Perşembe nöbetlerimiz olur bizim. Yani perşembe nöbetinden çıkan kişi üç günlük bir boşluğu olur. Onu hafta sonu çalıştırmamaya çalışırız. Bunları herkese eşit verme, hafta sonu cumartesi için ayrı çetele tutarız. Pazar günü için ayrı bir çetele tutarız. Cuma nöbeti için ayrı bir çetele tutarız. Herkesin her ay aynı şekilde, aynı sistemde eşit bir şekilde çalışmasını isteriz...Onun dışında bayramlar ya da resmi tatillerde bunların da ayrı bir çetesi olur bizde. Bu çeteleyi de göz önünde tutarak, mesela bu bayram çalışan kişiyi bir sonraki bayramda hani oflamaya çalışırız." (K20, SH, SBH)

"Yani şimdi gündüz çalışan hemşire sayısı her zaman fazla. Gece çalışan hemşire sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısının çok altında. Gündüz daha fazla, daha yoğun çalışıyor. Yani hastanın temel ihtiyaçları, özellikle bakım ihtiyaçları gündüz gideriliyor. Tüm rutinleri gündüz hallediliyor. Gece, var olan tedavinin yapılması ve olabilecek ekstra sorunlarla mücadele ediliyor gece." (K1, SBHM, SBH)

"Çünkü bizde hastane koşulları biliyorsunuz pazartesi ve cuma günleri hep yoğun olur. Pazartesi ve cuma günleri daha işi kurtarabilecek, daha kolay halledebilecek arkadaşları bazen tercih edebiliyoruz..." (K10, SH, ÜH)

"Standart olarak gündüzde kendi yanımda, ben de gündüzde olduğum için benimle birlikte 4 kişi gündüzün organizasyonunu sağlayabiliyoruz. Çünkü sirkülasyon fazla oluyor. Taburcular oluyor. Taburcu eğitimlerimiz bizim yaklaşık bir yarım saat, kırk beş dakika sürüyor. İşte yoğun bakımdan tekrar oradan hazırlanıp hastayı kabul etme süreçleri olduğu

için, gündüz ekibinin birazcık daha kalabalık ve sağlam olması gerekiyor. Gecede de 3 kişi tutup kişi başı maksimum 5 hasta vererek o şekilde bir bakım sağlamaya çalışıyoruz... Ama benim olmadığım zamanlarda cumartesi çalışan sayısını biraz fazla tutmak zorunda kalıyorum. Çünkü cumartesi günleri hekim vizit saatleri değişebiliyor. Hemşireler, hekimler gelmeden bazen tedaviye başlayamıyorlar. Çünkü orderları onların girmesi gerekiyor. O yüzden bir tık fazla hemşireyle çalışmak, gün içerisinde hem hasta hizmetini düşürmüyor, hem çalışanların da daha uygun çalışmasını sağlıyor. Pazar günleri de yine 3 gündüz, 3 gece şeklinde organize etmeye çalışıyoruz." (K22, SH, ÖH)

"... hafta sonu çalışmalarında hafta sonu sadece bir kişiye dağılmadan, hafta sonlarına da izin vererek, çevresindeki sosyal sürecin de devam etmesini sağlamaya çalışıyorum. Özellikle gece vardiyasından çıkışlarda ertesi gün hemen gündüze değil, gece vardiyası sonrasında izin yapabilecek şekilde ayarlama yapmaya çalışıyorum liste yaparken." (K17, SH, ÖH)

Alt Tema: Hemşirelerin İsteği

Sorumlu hemşireler listeleri yapmadan önce çalışanların özel istekleri olup olmadığını sorguladıklarını, yıllık izin, gündüz/gece çalışma, belli bir gün mesaiye yazılmama, fazla mesai yapma gibi talepleri ile öğrenci olanların ders programlarını göz önünde bulundurduklarını ifade ettiler. Üst düzey yönetici hemşireler ise hazırlanan çalışma listelerinde çalışanların taleplerinin göz önünde bulundurulup bulundurulmadığını kontrol ettiklerini belirttiler. Bazı katılımcılar hemşirelerin çalışacakları gün ve vardiya ile kaç saatlik vardiyada çalışacağını hemşirelerin isteğine göre belirlendiğini ifade ettiler. Katılımcıların bazıları hemşirelerin taleplerini belirtmeleri için form ya da pano oluşturulduğunu vurguladılar. Aşağıda hemşirelerin isteğinin çalışma çizelgelerinin oluşturulmasında etkili olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

"Şimdi benim kadromda yedi hemşire var. Haftada kırk beş saat çalışma süreleri oluyor. Mesai çalışmak isteyen olursa mesaili de yazabiliyorum. Ben listeleri yaparken adaletli dağıtmaya çalışıyorum..." (K18, SH, ÖH)

"O benim için önemli ve dediğim gibi bir izin planı yapılacaksa bunun önceden iletilmiş olmasına, yöneticinin bunu dikkate alıyor olmasına, o izin planını yaptıktan sonraki içerideki planlamayı doğru yapıyor olmasına bakıyorum açıkçası, bunları da kontrol ediyoruz, her ay

listeler yapıldıktan sonra... Özel izinleri mutlaka dikkate alıyoruz. Arkadaşlarımızın özel bir planı varsa bu istekleri alın ve liste planlarını buna göre yapın..." (K4, HHM, ÖH)

"Nöbet listesi hazırlarken, bir kere şey hani istekler oluyor bazen. İşte insanların özel istekleri olabiliyor, arkadaş görüşmeleri oluyor, işte düğünleri oluyor, başka şeyler vs oluyor. Hani önceden onları söylüyorlar, hani istedikleri zamanları, onlara dikkat ediyoruz." (K9, SH, ÜH)

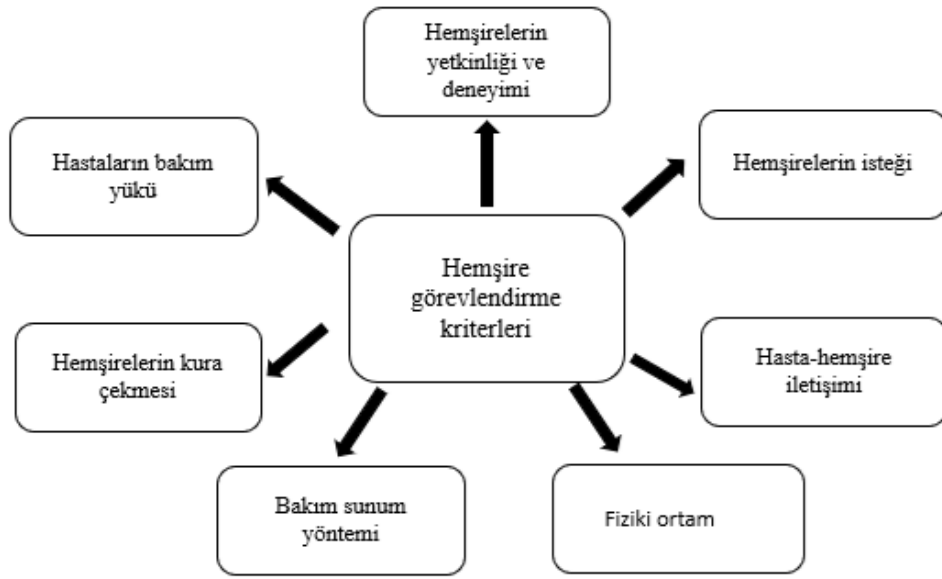
"...liste yaparken açıkçası hani liste yaptığımı söylüyorum, arkadaşlar liste yapıyorum hani bilginiz olsun. Var mı özel bir durumunuz. Atıyorum mesela kimi okuyor, sınavı oluyor kimi işte senelik izne çıkmak istiyor ya da birikmiş izni var o zamana denk getirmek istiyor ya da... Hani mümkün olduğu ölçüde aslında onları memnun etmeye çalışıyorum..." (K6, SH, ÜH)

"Sadece işte bazı arkadaşların sürekli gece çalışmak isteği oluyor. Bazıları gündüz çalışma isteği oluyor (güliyor). İşte biliyorsunuz günümüz şartlarında özellikle çocuğu olan insanlar hayat zor. Yani destek olacak kimseleri de yoksa eşleriyle ortak bakıyorlar çocuklarına. İşte gündüz onlar bakarken gece nöbete geldiklerinde eşleri bakıyor. Hani bu şekilde onların da ihtiyaçları doğrultusunda bir nöbet listesi planlamaya çalışıyoruz hani kişilerin de ihtiyaçlarını belirlemeye çalışıyoruz." (K12, SH, ÜH)

"Şimdi ben hemşire nöbet listesini önce benim bir istek panom var. Arkadaşların isteklerini varsa iki günü geçmeme koşuluyla bir istek panosu yaptım onları motive etmek için. Yani üst üste iki günden fazla izin olmayacak şekilde, çünkü bizim zaten çalışma saatlerimiz fazla." (K24, SH, ÖH)

4.1.2.2. Ana Tema: Hemşire Görevlendirme Kriterleri

Katılımcıların hemşire görevlendirmelerinde dikkat ettikleri noktalar "hemşirelerin yetkinliği ve deneyimi, hemşirelerin isteği, hasta-hemşire iletişimi, fiziki ortam, bakım sunum yöntemi, hemşirelerin kura çekmesi, hastaların bakım yükü" başlıkları altında yedi alt temada toplandı (Şekil 4.2).



Şekil 4.2:Hemşire görevlendirme kriterleri teması ve alt temaları

Alt Tema: Hemşirelerin Yetkinliği ve Deneyimi

Katılımcıların çoğu hemşireleri hastalar için görevlendirirken hemşirelerin yetkinlik ve deneyimlerini göz önünde bulundurdıklarını ifade ettiler. Katılımcıların deneyim ile yetkinlik kavramlarını eş anlamlı olarak kullandıkları fark edildi. Katılımcıların çoğu hastalar için, hastaların bakım ihtiyaçlarına uygun yetkinlikteki hemşireleri görevlendirdiklerini belirttiler. Aşağıda hemşire yetkinlik ve deneyiminin, hemşire görevlendirme için bir kriter olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

"...yenidoğan yoğun bakım gerçekten çok zor... Bu gibi alanlarda shift içinde mesela çok sıkıntılı bir çocuk, çok yakın takip edilmesi gereken bir çocuksa en tecrübeli arkadaşımız o çocuğu alır. Ya da palyatifte, çok problemlili bakım gereksinimi çok yüksek bir hastaysa hani onu tolere edebilecek... sorumlu hemşiremiz dağıtıyor hastaları bu arada." (K1, SBHM, SBH)

"Yani şöyle, evet mesela bazen durumu ağır hastalar olabiliyor. Gerçekten daha iyi dikkatli bakılması gereken, solunum sıkıntısı olan, yaşlı, özellikle kalça kırığı hastalarımız oluyor. Açıkçası biraz daha tecrübeli deneyimli kişiler baksın istiyorum. Çünkü hastanın durumu bozulduğu anda onu toparlamak daha zor oluyor... Genelde hani böyle biraz daha iyi daha güvendiğim kişileri açıkçası birazcık daha ağır hastaları vermiş olabiliyorum." (K6, SH, ÜH)

"Şöyle, zaten hasta odaklı çalışıldığı için hani o şekilde hizmet veriyoruz ve hastaların durumuna göre birazcık hemşireyi de değerlendirmeye almak gerekiyor, hasta paylaştırırken. Çünkü 15 yatakta gündüzde 3 kişi çalışıyorsa her bir hemşireye 3-5 hasta vermek gerekiyor. Ama bazı durumlarda, eğer hastanın durumu biraz ağırsa, o hemşireyi ona göre seçiyoruz...Çünkü eğer hasta durumuna göre bir paylaşım gerçekleştirmezsem, özellikle bir gün içerisinde 3 tane taburcu varsa hepsini bir hemşireye veririm diğer hemşireleri ona göre daha çok yoruluyorlar. O yüzden bu şekilde bir dağılım hem onların işini kolaylaştırıyor hem de hastaların aldığı hizmeti daha kaliteli hale getiriyor." (K22, SH, ÖH)

"Şöyle, sorumlu hemşire yine onun planlamasını yapıyor. Şuna göre planlıyor. Hastaların profili uuu şöyle uuu bir tablomuz var. Bütün hastaların barkodları var, tanıları var ve bakım ağırlıkları var. Bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı hasta diye üçlü. İsmi hatırlayamıyorum şimdi. Günlük yaşam aktiviteleri skorlamasına göre. Altının altında olanlar, altının üstünde olanlar ve sıfır iki arasında olanlar diye. Bu skorlamaya göre hastaların profili belirleniyor. Hemşirelerin profili zaten biliniyor. Ona göre hangi hastaya kim bakabilecekse sorumlu hemşire bir planlama yapıyor... Eğer klinikteki profil hasta yükünü karşılayamayacak durumdaysa işte bağımlı hasta sayısı yüksek ve kıdemli hemşireler varsa o anda Supervizor'den destek istiyor..." (K25, HHM, ÖH)

"yani biz hasta paylaşımı yaptırıyoruz bu noktada da sorumlu hemşirenin açıkçası kıdem, kademe yani hemşirenin becerisine göre, tecrübesine göre bir dağılım yapıyor. Yani bunu sorumlu hemşire yapıyor açıkçası. Yani şu hastalardan sizler sorumlusunuz. Bunlardan sizler sorumlusunuz gibi. Iuu o da tabii ki kişinin tecrübesine, iş deneyimine göre değişebiliyor." (K19, SBHM, SBH)

Alt Tema: Hastaların Bakım Yükü

Katılımcıların bazıları hasta profili benzerse, hemşirelere eşit sayıda hasta dağıttıklarını, ancak serviste durumu daha ağır hasta varsa ağır hastayı alan hemşirenin hasta sayısını azalttıklarını belirttiler. Katılımcılar tarafından yataklı servislerde, hasta bakım yüküne göre hemşirelere düşen hasta sayısı değişebilirken yoğun bakımlarda hasta/hemşire oranının standart olduğu, bazı kurum/servislerde hemşirelere hasta dağıtımının sorumlu hemşireler tarafından yapılmasına karşın bazı kurum/servislerde hemşireler tarafından yapıldığı ifade edildi. Katılımcıların söylemlerinden bazı kurumlarda hasta profilinin hasta sınıflandırma sistemi ile belirlendiği, bazılarında ise yönetici gözlemi ile belirlendiği anlaşılmaktadır. Katılımcıların

bazıları hastaların bakım yükünü hastaların bağımlılık düzeyine göre, bazıları ise hastaların tedavi yoğunluğu, aldıkları diyetlerin özellikleri, cerrahi servislerde ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu, yoğun bakımdan yeni çıkan ya da yoğun bakım yatağı bekleyen hasta olması, hastaların izolasyonda olmaları gibi kriterlere göre belirlediklerini ifade ettiler. Bazı katılımcılar hastaların bakım ihtiyacının fazla olması durumunda nöbete ek hemşire çağırdıklarını belirttiler. Aşağıda hastaların bakım yükünün, hemşire görevlendirme için bir kriter olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

"Yani şöyle söyleyeyim genel olarak eşit sayıda olmasına dikkat ediyoruz. Mesela 20 hasta varsa on-on paylaşıyoruz ama bazen hani ekstra durumlar olabiliyor, ağır hasta olabiliyor klinikte mesela. Öyle olursa yani o ağır hastayı alanın biraz daha hastasını azaltıp diğerine devredebiliyoruz. Yani birazcık da hastaların bakım düzeyi falan da bağımlılık durumu veya işte ekstra kritik takip edilmesi gereken bir durumu var mı yok mu bunlar birazcık değiştirebiliyor. Ama genel olarak da yani klinikteki hasta profili aynı olduğu için aynı klinikteki, eşit dağıtıyoruz hemen hemen." (K2, SBHM, SBH)

"Tedavi yüklerine ve bakım yüklerine bakarak dağılım yapmaya çalışıyoruz. Hani diyelim iki hemşireye paylaşıyorsam o iki hemşirenin de yükünü eşit yapmaya çalışıyorum." (K5, SH, ÜH)

"Biz genelde servislerde hasta bölüştürürlerken o günkü nöbetçi sayısına ve hasta sayısına göre, aslında bağımlılık düzeyine göre çok fazla da dağılım yapamıyoruz. Çünkü yeri geliyor 15 hastaya iki hemşire kalıyor, yeri geliyor 20 hastaya iki hemşire kalıyor ama orada bazen yoğun bakım yataklarımız dolu olduğu için entübe hasta serviste kaldıysa ya da diğer durumlarda o zaman eşit hasta sayısının bölünmesinden ziyade oradaki sorumlu hemşire arkadaşlar biraz bağımlılık oranı hani çok bunu tespit etmesek bile, bildiğiniz genel şeylerle ya senin hastaların durumu ağır, o zaman buradaki üç hastaya diğer arkadaşın baksın gibi bir dağılım yapabiliyoruz tabiki. Ya da ekstra bir nöbetçi o nöbete çağrılıyor." (K7, HHM, ÜH)

"Ya da hasta bakım yüküne de bağlı. Mesela hastanın bakım ihtiyaçları az çok bunları biliyoruz. Tabii ki bununla ilgili sistemler var. Bununla ilgili ölçekler var ama kimse oturup satır satır Rush Medicus'u kullanıp senin hastanın bakım yükü şu kadar şu saat bu saat diye. Tabii ki hesaplamıyoruz ama yönetici hemşireler hangi hastanın bakım yükünün daha ağır, hangisinin daha hafif olduğunu ya da kaç hasta bağımsız, kaç hasta yarı bağımlı ya da kaç hasta tam bağımlı, bunlara hakim oldukları için daha çok bu hani bağımlılık düzeyleriyle

alakalı. Yani sayıları da değişebiliyor. Güne göre de değişebiliyor. Bunlar günlük ve haftalık planlamalar şeklinde yapılıyor... Bakım yüklerine göre dağıtılması daha doğru. Genellikle bunu uyguluyoruz. Ama yoğun bakımlarda tabii ki sayı bazlı bu iş." (K14, HHM, ÜH)

"... gün içerisinde yaparken hasta paylaşımlarını sabahtan mutlaka hastaların tek tek işte genel durumları, aldıkları tedaviler, genel performansları, bakım, tedavi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak işte en ağırından en hafifine doğru sıralandırma yapıp ona göre hasta paylaşımlarını sağlıyorum. Mesela dört tane yoğun hastam varsa iki birine, iki birine kalan üç tane hastamı da ağırlık derecesine göre bir tarafı biraz daha ağırlık vermişsem o üç hasta bakar. Diğeri dört hasta bakar şeklinde yapıyorum." (K23, SH, ÖH)

Alt Tema: Fiziki Ortam

Katılımcıların bazıları hemşireleri hastalar için görevlendirirken servisin fiziki durumunun etkili olduğunu belirttiler. Katılımcıların çoğu, servisin uzun bir koridordan oluşması nedeniyle servisi bölümlere ayırdıklarını ve her bölümdeki hasta grubu için bir hemşire görevlendirdiklerini söylediler. Bazı katılımcılar hastaların yataklarını servise kabul sırasında hemşirelerin sorumlu oldukları servis bölümleri belli olduğu için hastaların bakım yükünü hemşirelere eşit olarak dağılacak şekilde belirlediklerini ifade ettiler. Bazı katılımcılar bakım yükü fazla olan ya da durumu daha kritik olan hastaları hemşire bankosuna yakın olan odalara kabul ettiklerini vurguladılar. Aşağıda fiziki ortamın, hemşire görevlendirme için bir kriter olduğuna dair örnek ifadeler yer almaktadır.

"Gündüzde beş hemşiremiz çalışıyor, gecede de dört idi şimdi üçe düştü hasta sayısı azaldığından dolayı. Bir kişi sistemi yapıyor, diğer ikişer kişi de hastaları on-on şeklinde paylaşıyor dönüşümlü olarak. Yani bizim servisimiz "U" şeklinde; 20 yatak ... 20 yatak ... tarafında. Hemşireleri bir hafta ... tarafında bir hafta ... tarafında çalıştırıyorum. Böylelikle yani herkes herkesle çalışmış oluyor, herkes bütün servisi bilmiş oluyor ve gruplaşmaların önüne de geçmiş oluyoruz bu şekilde. Herkes her yeri sahipleniyor." (K3, SH, SBH)

"Normalde bütün odalar doluyorsa, odalara göre paylaşım yapıyorum. Buradan buraya kadar senin. Çünkü bizim şöyle söyleyeyim; fiziksel olarak çok uzun bir koridorumuz var. Bir uçtan bir uca kadar ve öbür tarafa doğru da dönen özel servis kısmımız var." (K6, SH, ÜH)

"Hastaları yatırırken de şöyle bir planlamamız oluyor. Şimdi servis uzun bir koridordan oluşuyor. Birinci odamıza bir ve iki bizim hemşire odasına yakın olanlara biz bakım ihtiyacı daha fazla olan hastaları yatırıyoruz ki; yani koridorun sonundaki odada yoğun bakımdan yeni çıkmış bir hastayı takip etmek istemiyorum. Bundan dolayı aslında birinci kısma bir hemşire, ikinci kısma bir hemşire üçüncü kısma bir hemşire şeklinde olması uygun oluyor. Biz hemşire odasının lokasyonuna yakın olmasına göre planladığımız için hastaların yatışını hem bakım ihtiyacı var, hem çoklu tedavisi var çok fazla hemşirenin acil durum için o kadar koridorun sonuna kadar git gel yapması uygun olmadığı için bir ve iki ve hemşire odasının yanında olan on birinci odaya hastaları planlıyoruz. Acil ihtiyaçları olan, bakım ihtiyaçları olan." (K11, SH, ÜH)

"11 hastaya bölüyoruz. Hani şu yatağa kadar "A" tarafı diyoruz o hemşire bakıyor, 11 hasta diğeri B, C. İşte listede ben belirtiyorum kim nereye bakacak diye. İçinde de hani eşit şekilde A, eşit şekilde B, eşit şekilde C tarafındaki hastalara bakmış oluyor. Bizim biraz, 33 hasta olduğu için uzun bir koridor. Dolayısıyla da yakın ve uzak olunca da sıkıntı oluyor hemşire odasına. Eşit, adil dağıtmaya çalışıyorum." (K9, SH, ÜH)

Alt Tema: Bakım Sunum Yöntemi

Katılımcıların bazıları "Servisinizde hangi bakım sunum sistemini kullandığınızı ve nedenlerini açıklar mısınız?" sorusuna cevap olarak kliniklerde kullandıkları hasta tanılama, hemşirelik (bakım) süreci vb. formları bakım sunum yöntemi olarak ifade ettiler. Aşağıda buna yönelik söylemler yer almaktadır.

"Yani isim olarak bilmiyorum ama yani kalitenin bize söylemiş olduğu şeyler var; formlar var. Hasta bakım, değerlendirme formu, günlük hastaları değerlendirdiğimiz işte cildini ayrı, gastrointestinal sistem falan hepsini değerlendirdiğimiz bir bakım planımız var. Onu kullanıyoruz. İsmi var mı bilmiyorum açıkçası." (K6, SH, ÜH)

"İıııı, yani özel kullandığımız bir bakım modeli yok. Genelde biz NANDA'nın tanılarına bağlı ilerliyoruz, onu kullanıyoruz. Onun dışında yok başka kullandığımız bir bakım yöntemimiz." (K5, SH, ÜH)

"Yani şimdi biz nandanın hemşirelik tanılarının tabii ki alanında kullanılmasını istiyoruz... Belli kliniklerde standart bakım planları ya da standart hemşirelik tanılarımız var. Bunların alışılması ve uygulanması ile ilgili yollar izliyoruz. Standart bakım planları geliştirdiğimiz bazı kliniklerimiz var." (K7, HHM, ÜH)

"Günlük yaşam aktiviteleri modeline göre bakım planlarını oluşturuyorlar. Virginia Henderson'un günlük yaşam aktiviteleri modelini esas alıyoruz. Her gün vardiyayı devraldığında bir hemşire günlük yaşam aktiviteleri açısından hastasını değerlendiriyor. İşte önce riskler açısından değerlendiriyor. Ardından işte solunum, beslenme, yeme iç yeme, uyku yedi tane günlük yaşam aktivitesi var. Bu yedi tane günlük yaşam aktivitesi doğrultusunda hastayı değerlendiriyor. Riskler, kullandığı ilaçlar, hastanın işte operasyon olduysa o operasyonuna göre bu riskleri belirledikten sonra ortaya bakımını planlaması gereken alanlar ortaya çıkıyor... " (K25, HHM, ÖH)

Katılımcıların çoğunluğu direkt herhangi bir bakım sunum yönteminden bahsetmedi, ancak yaptıkları açıklamaların primer hemşirelik, fonksiyonel hemşirelik veya vaka yöntemini tariflediği görüldü.

Katılımcıların bazıları hemşire ya da sorumlu hemşireler tarafından görev/iş paylaşımı yapıldığını, bazıları ise hasta sayısına göre hemşirelere görevlendirme yapmaya çalıştıklarını belirttiler. Bazı katılımcılar ise kliniklerinde hemşirelerin isteğine göre hasta ya da iş paylaşımı yapıldığını ifade ettiler. İş paylaşımı (Fonksiyonel yöntem) ağırlıklı olarak üniversite hastanelerinde görev yapan alt düzey yönetici hemşireler tarafından tanımlanırken Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan yönetici hemşireler hasta paylaşımı (vaka yöntemi) yöntemini tanımladılar. Katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

"Ya kendileri tercih ediyor. Dediğim gibi ama hasta paylaşımı çok yapmıyorlar... Ya diyelim hani bir arkadaş vitalleri alırken, diğer arkadaş ne yapıyor? Orderleri takip ediyor. İşte o ilaçları düzenliyor. Orderleri düzenliyor, saatlendiriyor, ya da işte vizit başladığı zaman biri vizite katılıyor. Atıyorum ikisi aynı anda vital bulguları alıyorsa, işte diğer arkadaş vizite katılıyor. Bu gibi hani ihtiyaca göre kimin hani o anda boşluğu olmuştaysa hani diğer şeyi tamamlıyor. Bu şekilde kendi aralarında hani o iş yani servisin sirkülasyonuna göre servisin hani iş akışına göre görev paylaşımları kendi aralarında.. hani ben çok birebir buna karışmıyorum. " (K12, SH, ÜH)

" Mesela iş olarak iş odaklı çalışıyor. Neden diyeceksiniz. Sabahtan tedaviler, hasta bakımları veya hastayla ilgili işler, randevuları, işte gidip gelmeleri, servis içi veya diğer servislerle olan organizasyonları sağlıyor. Onları bitirmek adına. O zaman doğal olarak hasta odaklı. İşte hangi hastanın öncelikli işi varsa arkadaşlar onları hallediyor, bitmesi adına.

Ama öğleden sonraları da biliyorsunuz rutin işler oluyor. İşte ilaç hazırlama, ilaçların eczaneden gelmesi ya da ilaç hastaların ilaç saatlerinin kontrol edilip, hazırlanması şeklinde. Orada da arkadaşlar mesela iş tercih edebiliyor. Ben işte kartlara bakayım. Sen ilaçları hazırla veya sen takipleri al. Ben şunları halledeyim şeklinde. Biraz daha o zaman iş odaklı olabiliyor.” (K10, SH, ÜH)

“...Gece bölüşüyorlar. Gece, bu kadar hastaya sen bak, bu kadar hastaya ben bak, gece daha çok bölüşmeye çalışıyorlar.” (K13, SH, ÜH)

“Nöbetini devralan hemşire devraldığı andan itibaren hasta paylaşımını yapıyoruz. Hasta paylaşımını yaptığımızdan itibaren hemşire hastasının her şeyinden sorumlu. Bu nedir; tedavisi, bu nedir; bakımı. Aynı zamanda yani acil durumları gibi. Aynı zamanda hayati fonksiyonları... Bunlar gibi ve bir de eğitim planında etkin rol alıyoruz.” (K11, SH, ÜH)

“...hasta paylaşım modelini kullanıyoruz. Mesela bir hemşire bütün servise bakmıyor ya da çalışan bütün hemşireler aynı anda bütün hastalara bakmıyor. Biz mevcut sayıyı oradaki vardiyada çalışan hemşirelere hasta paylaşım sistemini baz alıyoruz. Yani herkesin bakım vereceği hastaları mevcut ve kişi kendi bakımını üstleneceği hastalarla ilgileniyor bu şekilde. Zaten onların yönetimini de servis sorumlu hemşireleri üstlenmiş durumda.” (K14, HHM, ÜH)

“Bir hemşirenin sürekli aynı hastayla çalışması bence çok doğru değil. Çünkü bizim hastalar çok uzun süre yattığı için bu kez şey bakış açısı değişiyor. Kendi hatalarını da göremiyor. Hasta değiştirmek bana daha mantıklı geliyor. Bazen çok ağır hastalar oluyor. Klinikte öyle oluyor ki bir hemşireye beş tane ağır vaka geldiği oluyor...Öyle olunca hani şey yapamıyorsun. Hani sen sürekli aynı hastaya bak olmuyor.” (K21, SH, SBH)

Katılımcıların primer hemşirelik ile vaka yöntemini karıştırdığı tespit edildi. Bazı katılımcılar vaka yöntemini tariflerken “primer hemşire/hemşirelik” ibaresini kullanırken bazı katılımcılarda üst üste mesaiye gelen hemşirelere aynı hastaları verdiklerini belirterek kısmen primer hemşireliği tanımladılar.

“Biz aslında primer hemşirelik yapıyoruz; hani mesela altı hastayı ya da on hastayı, kime atadıysak, bütün bakım ve sorumluluğundan, takibinde her şeyinden aynı hemşire sorumlusu olsun istiyoruz vardiya boyunca. Hatayı minimize etmek için. Yani iş merkezli değil hasta merkezli çalışsınlar istiyoruz.” (K2, SBHM, SBH)

"Hastanın her şeyinden sorumludur. Hastayı teslim aldığı saatten, teslim edeceği saate kadar tedavisinden, takibinden yaşamış olduğu psikolojik sıkıntılardan,.. her şeyinden primer hemşiresi sorumludur...Her şeyinden primer hemşiresi o gün içerisinde sorumludur." (K24, SH, ÖH)

"Çünkü şöyle her daha öncelerinde atıyorum iş bölümü yapılabiliyordu ama sonuç olarak primer hemşirelik yöntemine geçmek istedik. Hem hemşire hastasını daha hakim oluyor. Hem de hastadaki değişiklikleri gözlemleyebiliyor. İşte doktoruyla kendi iletişim kuruyor. Daha sonra shift değişimlerinde de hemşiresine anlatırken daha hakim bir şekilde anlatabiliyor. Artı sorumlulukları da o üstüne almış oluyor. İşte yaptığı uygulamalarla ilgili, hemşire gözlemlerinde ayrıntılı notlarını düşerek sonuçta herhangi bir transfüzyonda sıkıntı yaşandığında ya da herhangi bir uygulamada invaziv ya da farklı bir uygulamada sıkıntı yaşadığında sorumlu kişi primer hemşiresi. Yani bir problem yaşadığımda ben direkt primer hemşiresini sorguluyorum. Bu yönden daha rahat oluyor bizim için." (K27, SH, SBH)

"Şöyle: hasta bakımını arttırmak ve aynı zamanda hemşirenin de hastayı tanıma sürecinde yani bazen öyle oluyor ki bir hastayı hemşiresine iki üç gün ya da dört gün verebilirsiniz. Hani hem bakım kalitesini arttırmış oluyoruz. Hemşire de o hastayı tanıdığı için hani daha planlamasını daha stratejik bir şekilde yapabilmiş oluyor. O bağlamda kontrollü bir şekilde veriyoruz..... Mesela hemşire üç gün gündüz çalışıyor, o hastayı ben üç gün o hemşireye verebiliyorum.... Tabi uzun süre minimum iki hafta, üç hafta. Daha sonra uzayabiliyor süreçleri. Bakımın devamlılığı, kaliteyi arttırmak aynı zamanda dediğim gibi hani hemşire de hastayı tanıdığı için tedavi bakım planlamasını yaparken de etkinliğini daha iyi sağlamış oluyor" (K23, SH, ÖH)

"Genelde aynı hasta grubunu vermeyi tercih ediyorum. Çünkü bir önceki gün onun bakım planını yapan hemşire o. Bir sonraki gün gerçekten planladığı şeyleri gerçekleştirebilmiş mi? Bunu görsün diye ben genelde aynı hani üst üste çalışacaksa hasta profilini değiştirmemeye çalışıyorum. Çünkü bir önceki gün bu hastaya baktı. İşte yarın için banyo yaptırırım. Ne bileyim. İşte tıraşını yaptırırım. Yani planlamalarını yaptı... O yüzden yine de öyle olmasına rağmen aynı insanı görevlendirmeye çalışıyorum ki amacına ulaşp ulaşmadığını görsün diye." (K18, SH, ÖH)

Alt Tema: Hasta-Hemşire İletişimi

Katılımcıların bazıları, hemşireleri görevlendirirken hasta ve yakınlarının hemşire ile iletişimini göz önünde bulundurdıklarını ifade ettiler. Aşağıda hasta-hemşire iletişimin hemşire görevlendirme için bir kriter olduğuna dair ifadeler yer almaktadır.

"... işte acil bir durum olması adına herkes her hastaya bakabilsin diye değişik hastaya bakmasını tercih ediyoruz ama bazen biliyorsunuz sosyal endikasyonlar dediğimiz şeyler de olabiliyor. Aile ile problem yaşayabiliyor. Sözel şiddete maruz kalmış olabiliyor arkadaşımız. O hastaya bakması aile açısından, ailenin tavrı açısından sıkıntılı olduğunda, diğer bölüme bakmaya devam ediyor." (K11, SH, ÜH)

"...Yakınları çok problemlili oluyor mesela. O da etkiliyor çünkü insanın çalışma şeklini. O yüzden de hani dikkat ediyoruz her şeye. O yüzden de hani B'ye baktıysa bir dahakine onu başka tarafa veriyorum." (K9, SH, ÜH)

"İuu yani tabii ki atıyorum hasta özellikle bir hemşiresinden çok memnundur. Yani böyle bir özel seçme hakkı yani böyle bir şeyde de bulunuyorsa e tamam takibini sen yine devam edebilirsin diyebiliyoruz... Tabii ki özellikle bazen hemşire hanım da sıkıntı yaşamış olduğu bir hasta da olabilir bu yani iletişimsel anlamda hani bu hastaya ben ilgilenmek istemiyorum. Yani mümkünse başka bir arkadaşım takip edebilir mi dediğinde bu. Hani buna da yine pozitif bakıp yani illaki sen bakacaksın demiyoruz. Yani nasıl ki hastanın, hasta mağdur olmayacak şekilde tabii ki yapılıyor bu böyle bir şey. Ama hastanın da tabii benimle Hemşire Hanım ilgilensin lütfen ben ondan çok memnunum diyorsa da isteği de göz ardı edilmiyor." (K19, SBHM, SBH)

Alt Tema: Hemşirelerin İsteği

Katılımcıların bazıları hemşireleri hastalar için görevlendirirken hemşirelerin isteklerini göz önünde bulundurdıklarını, bazı katılımcılar da hemşireler için hasta belirleme sürecinin hemşireler tarafından yürütüldüğünü belirttiler. Aşağıda hemşirelerin isteğinin, hemşire görevlendirme için bir kriter olduğuna dair ifadeler yer almaktadır.

"Benim tarafımdaki hastalar ağır diyor mesela ben daha az hasta bakayım, diğeri stabil benim hastalarım ben daha fazla bakabilirim diyor kendi aralarında paylaşıyorlar." (K3, SH, SBH)

" Şimdi mesela bir ağır bir hafif servis gibi arkadaşlarla kendi aralarında o şekilde paylaşıyorlar. Ve sürekli gündüz çalışan arkadaşlar mesela ara ara rotasyon yapıyorlar. Yani herkes hep ağır hastalara bakmasın şeklinde. Ara ara kendileri aralarında da öyle bir rotasyon yapıyorlar. Bu hafta ben bakayım o hastalara şeklinde. Dönüşüm yapıyorlar. Ama biz özellikle sen şuna, sen şuna bakacaksın diye öyle bir ayırım yapmıyoruz." (K8, SH, ÜH)

Alt Tema: Hemşirelerin Kura Çekmesi

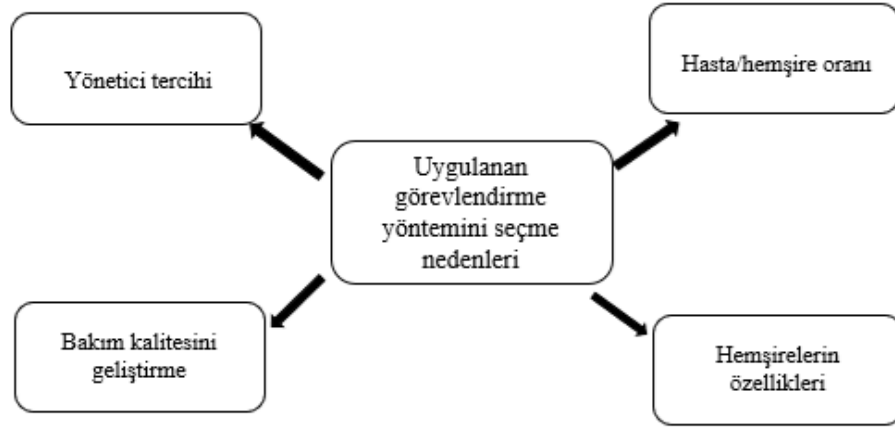
Katılımcıların bazıları hemşirelerin sorumlu olacakları hastaları kura çekerek belirlediklerini ifade ettiler. Bu alt temaya kamu hastanelerinde görev yapan katılımcılar katkı sağladı. Aşağıda hemşire görevlendirmenin kura yöntemi ile yapıldığına dair ifadeler yer almaktadır.

"Biz aslında günlük nöbet teslimini aldıktan sonra o günkü hastaların yoğunluğuna göre gelip üç hemşirem varsa hastaları üçe bölüyorum paylaşıyorum. Kura çekerek alıyorlar hastalarını hani özellikle sen şunu al, sen şunu al demiyoruz. Tamamen kura çekerek kendileri belirliyorlar. Bugün başka yarın başka bakabiliyor... onlar kura çekmek istiyorlar kura çekerek belirliyorlar hastalarını." (K5, SH, ÜH)

"Tabii tabii eşit. Bizde şey değil mesela yatak sayısı bölünüyor aslında hasta da değil. Biz de oda olarak bölünmüş durumda şu an. İşte ilk beş oda, beşle işte on iki oda, on ikiyle bilmem ne oda. O şekilde hatta arkadaşlar nöbete geldiğinde bunlar kura çekerekten odalara karar veriyorlar. Git sen buna git iyi tamamen şans oluyor yani bu." (K20, SH, SBH)

4.1.2.3. Ana Tema: Uygulanan Görevlendirme Yöntemini Seçme Nedenleri

Yönetici hemşirelerin görüşleri doğrultusunda Uygulanan Görevlendirme Yöntemini Seçme Nedenleri; " hasta/hemşire oranı, yönetici tercihi, bakım kalitesini geliştirme ve hemşirelerin özellikleri" alt temaları ile incelendi. Söz konusu ana tema ve alt temalara Şekil 4.3'de yer verildi.



Şekil 4.3:Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri ana teması ve alt temaları

Alt Tema: Hasta/Hemşire Oranı

Katılımcılar hemşire sayısının yetersiz olmasının iş paylaşımı yapılmasına (fonksiyonel yöntem), hemşire sayısının yeterli olmasının ise hasta paylaşımına (vaka yöntemi) uygun olduğunu ifade ettiler. “Vaka yönetimi” ifadesinin “vaka yöntemi” yerine kullanıldığı tespit edilmiştir. Aşağıda katılımcıların bu yöndeki söylemleri yer almaktadır.

"Tabi hemşire kısıtlılığında... Mecburen zaten ortak çalışmaya gittik ama sabit hemşirelerimiz var. Hani birkaç hemşire var destekle çalıştığım." (K13, SH, ÜH)

"Aslında bunun için çok şansımız olmuyor. Çünkü zaten sınırlı sayıdaki arkadaşlarla çalışıyoruz. Gece nöbette bir kişi oluyor. Herhangi bir bakım kriteri bölüştürme şansımız yok. Onun dışında gündüzde iki kişi oluyor arkadaşlar. Yani iş odaklı çalışıyoruz ama destekliyorlar birbirlerini. Yani şansımız olmuyor böyle bir kriter yapmaya." (K10, SH, ÜH)

"Çünkü hemşire sayısının yeterliliği ile de ilgili olan bir durum bu çünkü. Eskiden çok sıkıntılı olduğumuz dönemlerde maalesef sadece iş paylaşımı yapıyorduk. Hasta paylaşımı yapamıyorduk vaka yönetimi yapamıyorduk. Çünkü 30 hastaya bir hemşiremizin kaldığı dönemler de oldu hastanede. O zaman tabii ki bundan bahsetmek çokta kolay bir şey değil. Yaklaşık 1.5 senedir hemşire sıkıntımız hastanemizde az ve genç bir ekiple çalışıyoruz. Sorumlu hemşirelerimiz kıdemli, kıdemli hemşirelerimiz de zaten hastalarımıza, hastalıklarımıza çok

hakim olan bir hemşire ekibimiz var. Ve bu genç ekibi vakaya sahip çıkarak vaka yönetimi yaparak daha iyi hemşirelik yaptırabileceğimizi düşündüğümüz için bu yöntemi uyguluyoruz ve şu anda da başarılı bir şekilde devam ediyor. İnşallah hemşire sayımız da bozulmaz da bu yöntemde biz uzun yıllar çalışmak istiyoruz tabii" (K7, HHM, ÜH)

"Gündüz zaten sayımız 4 hemşire çalışıyoruz serviste. Çok uygun bir rakam bizim için. Çünkü post-op işte pre-op hastanın aşağıya indirilmesi, post-op süreçte karşılanması, bunlar biraz uuu yani teferruat gerektiren, yani öyle yüzeysel geçemeyeceğimiz mevzular olduğu için bir hemşire mesela günde 3 ya da 4 hasta takip eder. Çok ayrıntılı bir şekilde takip edebiliyor hastayı hekimle iletişim halinde oluyor ama bütün servise hakim olma mevzusunda muhakkak bir şeyler atlayabiliyoruz. Denedik daha önce. Acaba dedik bölmeden çalışabiliyor muyuz? Benim gözlemim sahiplenmek konusunda biraz eksikler oluyor. Mesela işte o hastanın şekerine sen bakacaktın ya da o hastanın tansiyonu yüksekti ya, sana söylemiştim, sen devralmıştın." (K15, SH, SBH)

Alt Tema: Yönetici Tercihi

Katılımcılar alışageldikleri bir yöntem olması ve iş paylaşımı (fonksiyonel yöntem) yönteminin dezavantajlarını deneyimlemeleri nedeniyle hasta paylaşımı yöntemini (vaka yöntemi) tercih ettiklerini ifade ettiler. Katılımcıların bu yönlerdeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

"Yani şöyle ben hani on beş yıldır hastanede aktif nöbet tutmuş olan bir insan olarak da sorumlu olarak da hasta paylaşımı mutlaka olmalı. Bunun faydalarını gördüğümüz için hasta paylaşımı ve seviye paylaşımı bu yüzden yapıyoruz. Aslında yıllardır hani deneyerek bulduğumuz bir yöntem oldu. Böyle kendi geliştirdiğimiz bir yöntem oldu." (K11, SH, ÜH)

"Alışlagelmiş süreçler olabilir. Hani genelde hemşirelerimizden geri dönüşler yani biz nasıl çalışana geri dönüş yapıyorsak uuu çalışanlar da bizlere geri dönüşler yapabiliyor bu süreçte ve birlikte oluşturduğumuz bir süreç." (K17, SH, ÖH)

"Bu uygulamayı çok direktim. Cerrahiye daha yeni başladığım zamanlarda hani çünkü ben yoğun bakım temelli olduğum için bilmiyorum belki o mantıkta ilerledim biraz. İşleyiş çok düzenli gidiyordu. Çünkü ben de aynı şekilde on üç yıl çalıştım aynı sistemle. Hasta odaklı

çalışınca çünkü diğer şekilde hastaları paylaşmayınca kimin ne yaptığı belli değil. Kimin hastaya uygulama yaptığını bilmiyorum..." (K21, SH, SBH)

Alt Tema: Bakım Kalitesini Geliştirme

Katılımcılar bakım kalitesini artırmak, yatış süresini kısaltmak, uzun süre yatış komplikasyonlarını azaltmak, etkili bir taburculuk süreci yürütmek, bütüncül bakım sağlamak, hasta ile ilgili süreçlere hakimiyeti artırmak ve hasta güvenliğini sağlamak gibi amaçlarla hasta paylaşımı yöntemini (vaka yöntemi) tercih ettiklerini ifade ettiler. Aşağıda katılımcıların bu yöndeki söylemleri yer almaktadır.

"Bu yöntemi kullanmamızın amacı hastaları sorunsuz bir şekilde tedavilerinin tamamlanarak eve taburculuğu ana hedefimiz...Hasta odaklı bu yüzden alıyoruz zaten. Hastanede uzun süre yatış ve uzun süre yatış komplikasyonlarına maruz kalmadan mümkün olan minimal sürede yapabileceğiniz maksimum tedaviyi yapıp iyileştirip, bakımı ve eğitim ihtiyacını tamamlayıp eve göndermek amacımız. Bundan dolayı hasta odaklı alıyoruz ve bundan dolayı hasta paylaşımı yapıyoruz aslında." (K11, SH, ÜH)

"Şöyle şimdi bu o bizim için uygun bir yöntem. Neden? Kişi hastaların paylaşım yöntemini uyguladığınız zaman... hem burada kişinin sorumlu olduğu hasta sayısı düşüyor, bir. İkincisi hastaya daha bütüncül yaklaşabiliyor. Bakımından, tedavisine, takibine kadar bütün hasta sorumluluk alanındaki hastalarla ilgili her şeye hakim olabiliyor. Yani bu bence bütüncül yaklaşımdan kaynaklanan bir şey. Yani bakım kalitesini artırmak uuu üzerine bunu kullanıyoruz daha çok." (K14, HHM, ÜH)

"...eğer iş paylaşımı eğer hasta sayınız çoksa ve birebir ilgilenecek hemşire sayınız yeterli değilse o zaman bir şekilde zorunlu ve öncelikli işleri paylaştırırsınız...Yani bir bütüncü olmaktan feragat edersiniz o anlamda. Ama biz de hemşire sayımız yeterli. Hasta paylaşımında bunu sağlayabiliyoruz. Ve bir hastanın A'dan Z'ye her şeyini tek bir hemşirenin kontrolünde gerçekleştirmenin daha konforlu, daha güvenli ve daha bütüncül yaklaşımı sağlayabileceğini düşündüğümüzde, buna inandığımız için vaka paylaşımı yapıyoruz. Yani imkanımız da var. Onun için bu modeli tercih ediyoruz." (K25, HHM, ÖH)

Alt Tema: Hemşirelerin Özellikleri

Katılımcılar kliniklerinde kıdemsiz veya yetkin olmayan ya da kliniğe yeni başlayan hemşireler bulunması durumunda iş paylaşımı yaptıklarını (fonksiyonel yöntem) belirttiler. Bazı katılımcılar ise genç ve tecrübesiz hemşirelerle çalıştıkları için, hemşirelerin tecrübe kazanması ve hastanın sorumluluğunu almaları için hasta paylaşımını (vaka yöntemi) tercih ettiklerini ifade ettiler. Aşağıda katılımcıların bu yöndeki söylemleri yer almaktadır.

"... sirkülasyon çok fazla ve hani mecburen 1 kişiyi bir yere sadece işte şu 5 hastadan sorumlusunuz diyemiyorsunuz. Hani üstte çok deneyimli olan birinin bunları yönlendirmesi gerekiyor... Çok şey değil. Adaptasyon içerisindedir. Daha yeni yeni öğrenmeye çalışıyorlar. Birebir sahiplenemiyorlar. O yüzden mecburen bu yöntemi kullanmak zorunda kalıyoruz." (K13, SH, ÜH)

"Çünkü hafta sonu da ben olmuyorum çoğu zaman. O zaman da kendileri yapıyorlar ama eğer öyle bir hemşire (yetkinlik düzeyi düşük) varsa birkaç defa başımıza geldi. O zaman hasta böldürmüyorum. Kontrollü bir şekilde gidiyoruz. Çünkü hani şey olmuyor. Kişiye iş yükü oluyor. Bu sefer iş paylaşımına gidiyorum." (K21, SH, SBH)

"Şimdi bizim hastane ve hasta profilimize bu daha uyacağı için aslında bunu tercih ettik. Çünkü biz hasta grubu olarak da hemşire grubu olarak da çok genç bir hemşire ekibi ile çalışıyoruz aslında. Hemşirilerimizin tecrübelenmesi ve hastalarının sorumluluklarını alması, o on ikişer saatlik vardiyalar içerisinde çalıştıkları zaman içerisinde bir hastanın her şeyinden sorumlu olmaları gerektiğini ve bakımından tedavisine kadar o hastaların onlara ait olduğunu ve sorumlulukları olduğunu biz bu yöntemle hissettirebileceğimizi ve bu sorumluluğu geliştirebileceğimizi düşündük. Hastalarımız da açıkçası buna uygun hasta grubumuz var. Gününbirlik ünitelerimizi ya da sirkülasyonu fazla olan kliniklerimiz var tabii ki. Oralarda çok da hani daha farklı yöntemler işleyebiliyoruz ama özellikle uzun yatan servislerimizde genç bir hemşire ekibi ile çalışıyorsanız vaka yönetimi bize çok daha uygun geldi. (K7, HHM, ÜH)

4.1.2.4. Ana Tema: Uygulanan Görevlendirme Yönteminin Sonuçları

Yönetici hemşirelerin görüşleri doğrultusunda Uygulanan Görevlendirme Yönteminin Sonuçları; "İletişim ve İş birliği, Takım Çalışması, Çalışan Doyumu, Hemşireye Karşı Güven, Hasta Güvenliği" alt temaları ile incelenmiştir. Bu ana temaya tüm katılımcılar yoğun olarak katkı sağlamıştır. Söz konusu ana tema ve alt temalara Şekil 4.4 'de yer verilmiştir.



Şekil 4.4:Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları ana teması ve alt temaları

Alt Tema: İletişim ve İş Birliği

Katılımcılar, uygulanan görevlendirme yönteminin “İletişim ve İş birliği” alt teması altında Hekim-Hemşire, Hemşire-Hemşire ve Hemşire-Hasta ilişkilerini olumlu veya olumsuz yönde etkilediğine yönelik görüşlerini belirttiler.

Katılımcılar hasta paylaşılmasının (vaka yöntemi) hekimler ile hemşireler arasında iletişim ve iş birliğini kolaylaştırdığına değindiler. Katılımcıların bazıları iş paylaşımı (fonksiyonel yöntem) yapıldığında hemşireler arasında yaşanan çatışma ve iletişim problemleri ile hasta güvenliğini tehdit eden iletişim eksikliklerinin hasta paylaşımı (vaka yöntemi) ile giderildiğini belirttiler. Katılımcıların bazıları hasta paylaşımının (vaka yöntemi) hemşire ile hasta ve hasta yakını arasındaki iletişimi kolaylaştırıp, güçlendirdiğine, hemşire ile hasta arasında bağ kurulmasına ve hemşirelerin hastaları daha iyi tanımlarına olanak sağladığına değindiler. Katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

"Daha düzenli oluyor. Atıyorum doktoru da o hastanın hemşiresinin kim olduğunu bildiği için yapılacak uygulamayı geliyor, o hemşireye söylüyor. Onlar aralarında bir iletişim kuruyor. Yani ortada bir karmaşa olmuyor." (K27, SH, SBH)

"Bence olumlu değerlendiriyorlar (hekimler). Çünkü adres ve isim bilmek istiyorlar. Çünkü gün içinde de haberleşeceği zaman mesela bankoyu arıyor. Sekreter çıkıyor. Öğrenci hemşire çıkıyor. Bu sefer muhatabını bulamıyorlar. Söylediğini zannediyor ama kişiye ulaşmamış oluyor. Sıkıntı yaşıyor. Ben de diyorum ki ... Bey bugün sizinle ... Hemşire ilgileniyor, zaten tanıştırtıyoruz. Doktoru da bilir o gün bu hastaya ... Hemşirenin baktığını ve muhatabını bilir. " (K24, SH, ÖH)

"Şimdi ben gelmeden önce ortak hasta bakılıyordu...bilhassa bir sorun yaşandığında o diyor ki ben ona söyledim. Hayır diyor. Sen söylemedin falan. Hani böyle şeylik oluyor. Sorumluluk olmuyor. Sen yaptın ben yapmadım bilmem ne. Böyle sorunlar çok yaşıyordu. O yüzden değiştirdik biz onu işte... Hani böyle o birbirinin üstüne atma vesaire ortadan kalkmış oldu yani." (K9, SH, ÜH)

"Bence iyi. Şöyle hasta hemşiresini biliyor hasta yakını hemşiresini biliyor, muhatap alacağı kişiyi biliyor. Zaten sabah hani ilk geldiğinde, işte ben senin hemşireyim. Biliyor zaten, hastaya kendini tanıtıyor. Sonra o gün boyunca bütün işlerinde, gidiyor hemşiresini buluyor." (K6, SH, ÜH)

"Bir de hastalar bazen şey yapabiliyor, aynı kişinin kendisine bakım vermesinden daha çok şey yapabiliyor, bağ kuruyorlar aralarında çünkü. Öyle olursa isteklerini vs daha rahat söyleyebiliyor hemşirelere. Öteki türlü takibinin başka hemşire geliyor, tedavisine bambaşka hemşire geliyor ondan sonra nöbet değişiyor zaten başka hemşire geliyor sonra gün içerisinde belki 6-7 kişiyle muhatap olmak zorunda kalıyor. Kime ne söyleyeceğini şaşıyor" (K2, SBHM, SBH)

"Ben pozitif yönde olduğunu yani değerlendiriyorum gözlemlerimle. Çünkü hasta da hemşiresini biliyor ve kendisinden sorumlu olan hemşireyi bilebiliyor...Iuu bunun hemşire hasta arasındaki ilişkileri de güçlendirdiğine inanıyorum. Önceden sadece odaya giren ve sadece takibini alıp çıkan birisi vardı ya da tedavisini, enjeksiyonunu yapıp çıkan birisi vardı. Ama artık hani bütün bütünüyle ilgilenen hani ben varım bugün ben bakıyorum size. Takibiniz, tedaviniz her şeyi ben yapacağım dediği hani karşısında muhatap bulduğu bir yetkin bir kişi var. Yani sadece iş odaklı çalışmayan. Bu da tabii ki hasta, hemşire ilişkisi açısından da daha pozitif olarak hem çıktı elde ettik." (K19, SBHM, SBH)

Alt Tema: Takım Çalışması

Katılımcılar seçilen bakım sunum yönteminin takım çalışmasına olumlu ve olumsuz etkilerinden söz etti. Katılımcılardan bazıları hasta paylaşılmasının (vaka yöntemi) hemşire-hemşire, hekim-hemşire ve hemşire-diğer ekip üyeleri açısından takım çalışmasına olumlu katkı sağladığından bahsettiler. Birkaç katılımcı ise iş paylaşımının (fonksiyonel yöntem) hemşireler arasındaki takım çalışmasına olumlu katkı sağladığını belirtti. Bazı katılımcılar ise iş paylaşımının (fonksiyonel yöntem) hemşire-hemşire, hekim-hemşire açısından takım çalışmasını olumsuz etkilediğinden bahsetti. Katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

"Hemşire bu hasta paylaştığı zaman cevaplarını diğer disiplinlere net olarak verebiliyor. Tabii ki onlar açısından da olumlu bir şey. Tabii ki vizitler oluyor muhakkak her sabah günün vizitlerde bütün ekip komple birlikte vizit yapıyor ve bununla ilgili her hemşire kendi hastasının hastasıyla ilgili değişimleri vizitte hakim bir şekilde sunabiliyor. Bu bu da pozitif bence." (K14, HHM, ÜH)

"Şimdi zaten multidisiplinler çalışıyoruz ya biz... Pirimer hemşirelik yaptıklarında arkadaşlar zaten bakım ihtiyaçlarını saptamış olacaklar şeyin yani hani parçalanmış olmayacaklar. Diyelim ki bir beslenme desteğine mi ihtiyacı var klinik diyetisyenle bağlantıya geçecek, durumundan normalden bir sapma mı var klinik hekimi ile bağlantıya geçecek... yani aynı kişinin aynı hastayı sürekli olarak hani takip etmesi multidisiplinler anlamda da diğerlerinin geribildirim vermesini sağlıyor bence." (K2, SBHM, SBH)

"Açıkkası şöyle söyleyeyim. Yani çok bir şikayetleri yok. Neden diyeceksiniz. Çünkü zaten paylaşımlar da on iki hastaya bakacaklar. Altı altı olacak. Ama bu şekliyle iş koşullarından birbirlerini haberdar edebiliyorlar. Senin hastan, benim hastam muhabbetine girmiyorlar. Genelde bütüncül olarak bakıyorlar. Bir iş varsa da birbirlerine işte ben bunu yaptım, sen de diğer bir işi yap gibi mutlaka bilgi veriyorlar birbirlerine." (K10, SH, ÜH)

"İş yükünü azaltıyor (Vaka yönteminden bahsediyor). Yani oluyor ben de alandan gelme bir insanım ben de yaşadım çünkü. A kişisi biraz daha rahat olabilirken B kişisi kendini yıpratabiliyor mesela. Daha fazla emek harcayabiliyor. Şu an herkes eşit emek harcıyor. Yani

bu da insanlar için iyi bir şey oldu bence... Diğer türlü (fonksiyonel yöntemden bahsediyor) sürekli kişileri uyarmak zorunda kalıyorduk biz. Hadi, sen bir el at, damar yolu aç vesaire. Biz birilerine ittirerek çalıştırmaya çalışıyorduk tabiri caizse (gülüyor) Öyle oluyordu yani." (K20, SH, SBH)

Alt Tema: Çalışan Doyumu

Katılımcıların bazıları seçilen bakım sunum yönteminin hekim ve hemşirelerin iş doyumunu etkilediğinden söz etti. Katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

"Hekim bundan olumlu ayrılıyor çünkü onun ciddi anlamda hasta memnuniyeti çok arttığı için hekim de memnun oluyor tabi. İyileştirdiğimiz hasta oranı çok yüksek bizim maşallah diyorum tabi (gülüyor) O yüzden o da doyum da sağlıyor. Yani orda güzel işler çıkardığımızı düşünüyorum ben. Yani mortalite hızımız oldukça düşük çok şükür." (K16, SH, ÖH)

"Hasta memnuniyetinin artması hemşirenin iş yükünün, paylaşımın uygun olmasıyla birlikte azalması, kendilerine ayırabilecekleri mola zamanlarını daha etkili kullanabilmelerini sağlıyor." (K17, SH, ÖH)

"Bunu hemşireler de istiyor, ben de daha önceden o serviste hemşire olarak çalıştım. Başka bir arkadaşımın yapmadığı şeyden ben sorumlu olmak istemem ya da bütün her şeye ben bakmak istemem. Kendi hastamı bilirim, kendi tedavimi bilirim, kendi bakımımı bilirim. Yani yapacağım işleri yaparım ne gerekiyorsa en iyi şekilde... evime de gönül rahatlığıyla giderim (gülüyor). Diğer arkadaşlarım da benim gibi düşünüyor." (K3, SH, SBH)

"Yani şöyle, bu bence sahiplenme açısından pozitif bir yaklaşım. Hem hasta açısından hem de çalışan vardiyada çalışan hemşire açısından. Neden? Şimdi ben o vardiyada çalışan bir hemşire olarak bakım verdiğim hastanın bakımının sürekliliğini sağlamayı ve ondaki pozitif değişimi, pozitif iyileşmeyi görmek, görmeyi isterim ve bu beni mutlu eder." (K14, HHM, ÜH)

Alt Tema: Hemşireye Karşı Güven

Katılımcılar, uygulanan görevlendirme yönteminin "Hemşireye Karşı Güven" i etkilediğini yoğun olarak ifade ettiler. Hasta paylaşımının (vaka yöntemi) ve hasta için vardiyalarda aynı hemşirelerin görevlendirilmesinin hem hemşirenin hasta hakimiyetini artırdığına hem de hastanın

kendini güvende hissetmesine katkıda bulunduğuna değindiler. Katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

"Hemşiresiyle tanışıyor ilk gün. İşte ben hemşire diyorum. Tanışıyorum. Sizinle ben ilgileneceğim. Ben gündüz hemşiresiyim. 3 gün boyunca beni görüyor sürekli. Ve bana 2. gün diyor ki ya Hemşire Hanım böyle bir problemim var diyor. İşte bilmiyorum karşılıklı güvenin daha güzel olduğunu düşünüyorum..... Bu şekilde hastalar şikayetlerini daha erken evrede söyleyebiliyorlar." (K15, SH, SBH)

"...Aynı zamanda bu hasta için de geçerli. Neden? Kendisine bakım veren, kendisine hizmet eden hemşireyi tanır. Güvenir. Sürekli aynı kişi kendisine hizmet verdiğinde ya o mesela sürekli değiştiğinde bu devamlılık arz etmez ama hep aynı kişiyle muhatap olduğu zaman kişi acil durumlarda da kime gideceğini bilir. Bu nedenle hani bu bence hem hasta için hem de kendisine bakım veren hemşire için pozitif yaklaşım. İlk çift taraflı güven duygusu gelişir diye düşünüyorum." (K14, HHM, ÜH)

"Takiplerini kolay yapıyorlar. Yani şöyle bir hasta paylaşımı olmadan yapıldığı zaman kaos artar. Yani bu doğruluğu da azaltır...yani şunu söylemeye çalışıyorum. İki hemşire var. Hasta paylaştırmadılar. Ve karma olarak bakıyorlar. Böyle bir süreçte kaos artar. Çünkü hasta bir hemşireye söylediğini diğer arkadaş bilmez. Aynı sorulara maruz kalabilirler. Hastanın güvensizliği artar bu süreçte. Hastaya yanlış ve iki kez uygulanmış yanlış şeyler oluşabilir." (K17, SH, ÖH)

"ben özelde de çalıştım... Tabii ki bir hastayı aldığımızda hani ertesi gün ya da sonraki gün geldiğimizde genellikle o hasta yine bize verilirdi. Yani hasta da onu ister tabii ki. Yani sadece 1 ya da 2 kişiyle muhatap olunur, çünkü ister istemez hasta da o stresi yaşıyor yani mahremiyet duygusu özelinin paylaşılması duygusu. Onun için hani ne kadar az kişiyle aslında onu temas hâlinde olursa o kadar güvende hissedecektir kendisini. Hemşire de bildiği bir hasta onu ne kadar çok takip ederse o kadar hastayla ilgili hakimiyeti artacaktır ve iyileşme sürecine katkı sağlayacaktır." (K19, SBHM, SBH)

Alt Tema: Hasta Güvenliği

Katılımcılar hasta paylaşımının (vaka yöntemi) hemşirenin hasta hakimiyetini artırdığına ve bu durumun hasta ile ilgili yapılması gereken işlemlerin atlanmamasını, yapılan

işlerle ilgili karışıklık yaşanmamasını sağladığına yoğun olarak değindiler. Katılımcıların birçoğu ise, iş paylaşımının (fonksiyonel yöntem) hastanın ihtiyaçlarının bir kısmının karşılanmamasına, takip ve tedavisinde hatalar olmasına sebep olduğundan bahsetti. Diğer yandan birçok katılımcı hasta paylaşımı yönteminin hasta bakım süreçleri ile ilgili oluşan olumsuz bir durumda geriye dönük iz sürülerek hatanın kimden kaynaklandığının tespit edilmesine olanak sağladığı ve böylece düzeltici önleyici faaliyetlerin düzenlenebildiğini ifade etti. Bu söylemler “Hasta Güvenliği” alt teması altında incelenmiştir. Katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda yer almaktadır.

" Şöyle: uu bir kere hastayı bütün olarak değerlendirdiğimizde hem tedavisinin, hem takibinin, hem de bakımının aynı gözle görülüp bir bütün halinde değerlendirilmesini sağlamış oluyoruz. Bir de geriye dönük iz sürümlerinde hastayla ilgili herhangi bir sorun tespit edildiğinde, bir bakım çıktısında eksiklik tespit edildiğinde kime geri dönüş yapılması gerektiğini ya da kimin eğitimlerinin güncellenmesi gerektiğini daha iyi takip edebiliyoruz bu anlamda ...Daha güvenli buluyorum ben açıkçası." (K25, HHM, ÖH)

" Gelen hemşire gün boyunca onunla ilgilendiği için zaten her şeye hakim oluyor ve tekrar ona denk geldiğinde o süreci takip edebiliyor. Ama bir hastaya farklı farklı hemşireler baktığında aynı gün içerisinde bir hakimiyet oluşmuyor hasta üzerinde. Hemşirenin de kafası karışıyor. Ya da atıyorum ya gün içerisinde uygulamalar bizim nasıl uu diyeyim, çok fazla uygulamalar, tedaviler yoğun oluyor ve işte kimin ne yaptığının bilinmesi, hani karışıklık olmaması için tek bir hemşirenin bakması daha sağlıklı oluyor bizim için." (K27, SH, SBH)

"Veya o hastayla ilgili ya da o odayla ilgili bir sıkıntı olduğu zaman ben sorumlu hemşire olarak o hemşireyi bulabiliyorum yani hani bir eksik ya da bir aksaklık olduğu zaman o hemşireyle direkt konuşarak bir dahaki hani bu aksaklığın olmaması için ön görüşme yapıyorum." (K28, SH, SBH)

"Yani hasta güvenliği açısından. Hastayı tanıyan hemşire daha bir gün öncesine, bir gün sonrasını planlayabiliyor. Daha kolay takip ediyor. Kopukluk olmuyor. Hastayla ilgili. Çünkü şey sürekli her gün farklı bir hastaya baktığınız zaman bazı şeyleri kaçırabiliyorsunuz." (K8, SH, ÜH)

"Buradan bu anlamda hasta bakımı tarafında hasta tedavi uygulama tarafındaki risklerini minimize etmiş oluyoruz." (K4, HHM, ÖH)

"... eğer ki hani herkes her hastaya baksa ortaya söyleniyor ve bazen unutulabiliyor, gözden kaçabiliyor. Orderına yeni bir ilaç giriliyor fakat kimse bunun farkında olmuyor. O yüzden o karmaşayı ön.. engelliyor diye düşünüyorum." (K27, SH, SBH)

"Ve tecrübe olarak bakarsanız yıllar yılı hani böyle daha etkin olduğunu gördük. Yoksa hani hasta paylaşmadan da tedavi ve takip planına herkes bütün servise bakabilsin şeklinde yaptığımızda da kopukluklar, hastanın eksik kalan ihtiyaçları olabiliyor diye bu yüzden bu şeyi kullandık ve başarılı olduğunu görüyoruz." (K11, SH, ÜH)

4.2. Araştırmanın İkinci Bölümüne İlişkin Bulgular

4.2.1. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hemşireler Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

4.2.1.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Araştırmaya katılan deney grubu ve kontrol grubundaki hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te verildi.

Tablo 4.3: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları

Değişkenler		Deney Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=32)		Test değeri	p
		n	%	n	%		
Yaş (yıl)		ort±ss 26,10±3,36 (min-max=22-38)		ort±ss 26,22 ±2,42 (min-max=23-33)		U=-0,680	0,496
Cinsiyet	Kadın	24	77,4	25	78,1	X ² =0,005	0,946
	Erkek	7	22,6	7	21,9		
Medeni Durum	Evli	9	29,0	8	25,0	X ² =0,130	0,718
	Bekar	22	71,0	24	75,0		
Öğrenim Düzeyi	SML	3	9,7	2	6,3	X ² =0,536	0,911
	Ön lisans	1	3,2	2	6,3		
	Lisans	26	83,9	27	84,4		
	Lisansüstü	1	3,2	1	3,1		
Çalışılan Birim	Genel	12	38,7	12	37,5	X ² =0,028	0,986
	Cerrahi Servisi						
	İç Hastalıkları Servisi	11	35,5	12	37,5		
	Ortopedi Servisi	8	25,8	8	25,0		
Mesleki deneyim süresi (ay)		ort±ss 31,87 ±33,79 (min-max=3-140)		ort±ss 36,16 ±26,67 (min-max=2-102)		U =-1,076	0,282
Çalışılan servisteki deneyim süresi (ay)		ort±ss 15,94 ±14,08 (min-max=3-48)		ort±ss 13,44 ±12,14 (min-max=2-60)		U =-0,865	0,387

*p<0,05 X²: ki kare analizi, U = Mann Whitney u testi, SML= Sağlık Meslek Lisesi ort=ortalama ss=standart sapma

Hemşirelerin kişisel özellikleri incelendiğinde; deney grubu hemşirelerin 22-38 yaş arasında ve 26,10±3,36 yaş ortalamasına sahip olduğu, kontrol grubu hemşirelerin 23-33 yaş arasında ve 26,22±2,42 yaş ortalamasına sahip olduğu bulundu. Deney grubundaki hemşirelerin %77,4'ünün kadın, %71'inin bekar ve %83,9'unun lisans mezunu olduğu bulundu. Kontrol grubundaki hemşirelerin ise %78,1'inin kadın, %75'inin bekar ve %84,4'ünün lisans mezunu olduğu bulundu (Tablo 4.3). Deney (n=31) ve kontrol (n=32) grubundaki hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı ve gruplar arasındaki dağılımın homojen olduğu saptandı (p>0,05) (Tablo 4.3).

Hemşirelerin çalışma özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki hemşirelerin mesleki deneyim sürelerinin 3-140 ay arasında ve $31,87 \pm 33,79$ ortalamasına sahip olduğu, kontrol grubundaki hemşirelerin mesleki deneyim sürelerinin ise 2-102 ay arasında ve $36,16 \pm 26,67$ ortalamasına sahip olduğu bulundu. Deney grubundaki hemşirelerin çalıştıkları servisteki deneyim sürelerinin 3-48 ay arasında ve $15,94 \pm 14,08$ ortalamasına sahip olduğu, kontrol grubundaki hemşirelerin ise çalıştıkları servisteki deneyim sürelerinin 2-60 ay arasında ve $13,44 \pm 12,14$ ortalamasına sahip olduğu saptandı. Deney grubundaki hemşirelerin %38,7'sinin genel cerrahi 1 servisi, %35,5'inin iç hastalıkları 1 servisi, %25,8'inin ortopedi 1 servisinde çalıştığı; kontrol grubundaki hemşirelerin %37,5'inin genel cerrahi 2 servisi, %37,5'inin iç hastalıkları 2 servisi, %25'inin ortopedi 2 servisinde çalıştığı tespit edildi (Tablo 4.3). Deney (n=31) ve kontrol (n=32) grubundaki hemşirelerin mesleki deneyim süreleri, çalışılan birimdeki deneyim süresi ve çalışılan birim arasında anlamlı bir fark olmadığı ve gruplar arasındaki dağılımın homojen olduğu bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

4.2.1.2. Hemşirelerin KHBA Puanlarına İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubu hemşirelerin primer hemşirelik uygulaması öncesi (ön test) ile uygulamanın üçüncü (1. test) ve altıncı ayında (2. test) KHBA puan ortalamaları Tablo 4.4'de verildi.

Tablo 4.4: Hemşirelerin KHBA puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		u-testi	p
		Ort	SS	Ort	SS		
Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Ön test	1,30	0,41	1,08	0,54	-1,798	0,077
	1. test	1,34	0,63	1,37	0,58	-0,399	0,690
	2. test	1,12	0,37	1,35	0,43	-3,121	0,002*
	Friedman Testi	9,817		2,893			
	p	0,007*		0,235			
Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	Ön test	3,31	0,55	3,32	0,54	-0,131	0,896
	1. test	3,34	0,50	3,33	0,70	-0,414	0,679
	2. test	3,40	0,44	3,52	0,59	-1,415	0,157
	Friedman Testi	0,534		3,982			
	p	0,765		0,137			
İnsan Kaynakları	Ön test	3,81	0,30	3,82	0,28	-0,039	0,969
	1. test	3,75	0,39	3,70	0,44	-0,440	0,660
	2. test	3,76	0,60	3,85	0,40	-0,885	0,376
	Friedman Testi	1,891		4,290			
	p	0,389		0,117			
Malzeme Kaynakları	Ön test	3,41	0,65	3,49	0,65	-0,491	0,623
	1. test	3,45	0,66	3,43	0,80	-0,610	0,542
	2. test	3,55	0,61	3,70	0,48	-0,756	0,450
	Friedman Testi	1,852		4,765			
	p	0,396		0,092			
İletişim	Ön test	3,06	0,73	3,04	0,75	-0,165	0,869
	1. test	3,13	0,68	3,13	0,95	-0,602	0,547
	2. test	3,19	0,56	3,31	0,86	-1,138	0,255
	Friedman Testi	0,559		4,717			
	p	0,756		0,095			

*p<0,05 u-testi: Mann Whitney u testi ort=ortalama ss=standart sapma

Deney ve kontrol grubu hemşirelerin, ön test (primer hemşirelik uygulama öncesi) ve 1. test (uygulamanın üçüncü ayı) **KHBA** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), 2. test (primer hemşirelik uygulaması altıncı ayı) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hemşirelerin **KHBA** 2. test puanlarının deney grubundaki hemşirelere göre daha yüksek olduğu hesaplandı (Tablo 4.4).

Deney grubu hemşirelerin ön test ile 1. ve 2. test **KHBA** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; 2. test puanlarının, ön test puanlarına göre daha düşük olduğu hesaplandı. Kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1. test ve 2. test **KHBA** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların gruplar arası, ön test, 1. test ve 2. test **Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı

bulundu ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde ön test, 1. test ve 2. test **Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Hemşirelerin gruplar arası n test, 1. test ve 2. test Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri **İnsan Kaynakları, Malzeme Kaynakları ve İletişim alt boyut** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **İnsan Kaynakları, Malzeme Kaynakları ve İletişim alt boyut** n test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

4.2.1.3. Hemşirelerin KHİDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1.son test ve 2.son test KHİDÖ puan ortalamaları Tablo 4.5’de verildi.

Tablo 4.5: Hemşirelerin KHİDÖ puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		u-testi	p
		Ort	SS	Ort	SS		
Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği	Ön test	126,16	10,33	134,41	12,22	-2,887 ^t	0,005*
	1. test	127,68	16,14	136,56	14,64	-2,134	0,033*
	2. test	127,65	10,06	134,25	12,80	-2,272 ^t	0,027*
	Friedman Testi	0,605		2,390			
	p	0,739		0,303			
Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı	Ön test	33,87	3,18	36,25	3,39	-2,871 ^t	0,006*
	1. test	34,00	4,37	37,47	4,31	-3,173 ^t	0,002*
	2. test	33,65	3,32	36,66	3,53	-3,277	0,001*
	Friedman Testi	0,018		2,186			
	p	0,991		0,335			
Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı	Ön test	23,94	2,98	26,06	2,46	-2,751	0,056
	1. test	24,55	3,50	25,47	3,38	-0,969	0,333
	2. test	24,61	2,56	25,13	3,10	-1,028	0,304
	Friedman Testi	1,846		2,800			
	p	0,397		0,247			
Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme	Ön test	23,97	3,41	25,13	4,86	-1,096	0,278
	1. test	24,48	4,83	26,81	5,09	-1,832	0,067
	2. test	24,48	4,61	26,53	3,77	-1,169	0,243
	Friedman Testi	1,658		4,396			
	p	0,436		0,111			
Mesleki sorumluluk bilincinde olma	Ön test	16,68	1,76	17,63	2,04	-2,087	0,057
	1. test	16,71	2,82	17,09	2,39	-0,326	0,745
	2. test	16,97	1,52	17,22	2,81	-0,989	0,322
	Friedman Testi	0,603		0,023			
	p	0,740		0,988			
Mesleki yeterliğin görünürlüğü	Ön test	11,55	1,63	12,09	2,08	-0,925	0,355
	1. test	11,71	2,13	12,41	2,00	-1,103	0,270
	2. test	11,84	1,66	11,69	2,22	-0,078	0,938
	Friedman Testi	1,289		2,814			
	p	0,525		0,245			
Mesleğe değer verme	Ön test	12,68	2,06	13,19	1,69	-0,872	0,383
	1. test	12,61	2,38	13,00	1,63	-0,232	0,816
	2. test	12,68	1,11	12,88	1,91	-0,564	0,573
	Friedman Testi	0,712		0,333			
	p	0,701		0,846			

*p<0,05 u-testi: Mann Whitney u testi ort: ortalama SS:Standart Sapma

Hemşirelerin gruplar arası **KHİDÖ** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubu hemşirelerin **KHİDÖ** ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptandı. Deney

grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **KHİDÖ** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin gruplar arası **kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubu hemşirelerin **kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptandı. Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin gruplar arası **mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin gruplar arası **kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin gruplar arası **mesleki sorumluluk bilincinde olma alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **mesleki sorumluluk bilincinde olma alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin gruplar arası **mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin gruplarına göre **mesleğe değer verme alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Deney grubu

ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **mesleğe değer verme alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.2.1.4. Hemşirelerin HRYÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1. son test ve 2. son test HRYÖ puan ortalamaları Tablo 4.6’da verildi.



Tablo 4.6: Katılımcıların HRYÖ puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		u-testi	p
		Ort	SS	Ort	SS		
Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği (HRYÖ)	Ön test	198,35	23,82	193,88	31,71	0,632	0,529
	1. test	202,90	30,57	213,94	29,88	-1,459	0,145
	2. test	204,26	19,32	204,13	27,70	-0,138	0,890
	Friedman Testi	8,323		7,984			
	p	0,016*		0,018*			
	PostHoc	2>0		1>0			
Profesyonellik	Ön test	79,71	9,99	78,44	13,81	-0,124	0,901
	1. test	80,74	12,93	85,59	11,39	-1,742	0,082
	2. test	81,87	8,03	80,31	13,49	-0,543	0,587
	Friedman Testi	3,466		5,241			
	p	0,177		0,073			
	PostHoc						
Doğrudan bakım	Ön test	48,90	6,09	46,56	9,13	-0,717	0,474
	1. test	48,13	7,54	50,19	7,47	-1,233	0,217
	2. test	48,06	6,83	49,75	6,14	-1,472	0,141
	Friedman Testi	0,128		5,061			
	p	0,938		0,080			
	PostHoc						
Klinik araştırma	Ön test	19,00	3,17	17,84	4,26	-1,447	0,148
	1. test	19,16	3,72	20,63	4,08	-1,765	0,078
	2. test	19,65	2,54	19,34	4,42	-0,007	0,994
	Friedman Testi	1,738		16,146			
	p	0,419		0,000*			
	PostHoc	-		1>0			
Pratik rehberlik	Ön test	16,55	2,42	15,94	2,86	-1,152	0,249
	1. test	16,55	2,54	17,19	2,60	-1,272	0,204
	2. test	16,52	1,77	16,41	2,45	-0,338	0,736
	Friedman Testi	0,077		10,473			
	p	0,962		0,055			
	PostHoc						
Tıbbi yardım	Ön test	23,52	5,10	24,28	4,93	-0,605	0,547
	1. test	27,10	8,62	28,03	4,66	-1,038	0,299
	2. test	26,58	3,41	27,25	4,13	-0,970	0,332
	Friedman Testi	15,068		7,787			
	p	0,001*		0,020*			
	PostHoc	1,2>0		1>0			
Liderlik ve reform	Ön test	10,68	1,97	10,81	2,46	-0,174	0,862
	1. test	11,23	2,46	12,31	2,42	-1,746	0,081
	2. test	11,58	2,73	11,42	2,28	-0,674	0,500
	Friedman Testi	10,021		9,438			
	p	0,007*		0,009*			
	PostHoc	2>0		1>0			

*p<0,05 u-testi: Mann Whitney u testi ort: ortalama SS:Standart Sapma

Hemşirelerin gruplar arası **HRÖ** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Deney grubu hemşirelerin **HRÖ** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; deney grubu hemşirelerin **HRÖ** 2. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu hesaplandı. Kontrol grubu hemşirelerin **HRÖ** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; kontrol grubu hemşirelerin **HRÖ** 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin gruplar arası **profesyonellik alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **profesyonellik alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin gruplar arası **doğrudan bakım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **doğrudan bakım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin gruplar arası **klınık araştırma alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Deney grubu hemşirelerin **klınık araştırma alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Kontrol grubu hemşirelerin **klınık araştırma alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu hesaplandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; kontrol grubu hemşirelerin **klınık araştırma alt boyutu** 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Hemşirelerin gruplar arası **pratik rehberlik alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde **pratik rehberlik alt boyutu** doğrudan bakım alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin gruplar arası **tıbbi yardım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı ($p>0,05$). Deney grubu hemşirelerin **tıbbi yardım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; deney grubu hemşirelerin **tıbbi yardım alt boyutu** 1. test ve 2. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hemşirelerin **tıbbi yardım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; kontrol grubu hemşirelerin **tıbbi yardım alt boyutu** 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu hesaplandı (Tablo 4.6).

Hemşirelerin gruplar arası **liderlik ve reform alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Deney grubu hemşirelerin **liderlik ve reform alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu hesaplandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; deney grubu hemşirelerin **liderlik ve reform alt boyutu** 2. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hemşirelerin **liderlik ve reform alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu hesaplandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan karşılaştırma testi sonucunda; kontrol grubu hemşirelerin **liderlik ve reform alt boyutu** 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.6).

4.2.2. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hastalar Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

4.2.2.1. Hastaların Demografik Özellikleri

Araştırmaya öntest, 1 test ve 2. teste katılan tüm deney ve kontrol grubu hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Araştırmaya katılan hastaların gruplarına ve demografik özelliklerine göre dağılımı (n=1243)

Değişkenler		Deney Grubu Hemşirelerin		Kontrol Grubu Hemşirelerin	
		Bakım Sağladığı Hastalar		Bakım Sağladığı Hastalar	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	361	54,0	274	47,7
	Erkek	308	46,0	300	52,3
Medeni durum	Evli	543	81,2	395	68,8
	Bekar	126	18,8	179	31,2
Öğrenim düzeyi	Okur yazar değil	112	16,7	73	12,7
	Okur yazar	46	6,9	53	9,2
	İlkokul	241	36,0	172	30,0
	Ortaokul	90	13,5	78	13,6
	Lise	109	16,3	125	21,8
	Üniversite ve üstü	71	10,6	73	12,7
Meslek	İşçi	59	8,8	78	13,6
	Emekli	111	16,6	90	15,7
	Serbest meslek	57	8,5	62	10,8
	Ev hanımı	286	42,8	205	35,7
	Çalışmıyor	22	3,3	25	4,4
	Diğer	134	20,0	114	19,9
Sosyal güvence	Var	610	91,2	496	86,4
	Yok	59	8,8	78	13,6
Yatarak tedavi görülen birim	Genel Cerrahi Servisi	295	44,1	206	35,9
	İç Hastalıkları Servisi	172	25,7	174	30,3
	Ortopedi 1 Servisi	202	30,2	194	33,8
refakatçi bulundurma	Evet	650	97,2	543	94,6
	Hayır	19	2,8	31	5,4
Daha önce hastanede kalma deneyimi	Evet, refakatçi olarak bulundum	67	10,0	86	15,0
	Evet, daha önce yatarak ilaç tedavisi aldım	141	21,1	148	25,8
	Evet, daha önce ameliyat oldum	261	39,0	180	31,4
	Hayır	200	29,9	160	27,9
Yaş	ort±ss 53,42±18,23		ort±ss:52,64±19,13		
	Min-max:18-95		Min-max:18-95		
Hastanede kalma gün sayısı	ort±ss: 5,96±5,60		ort±ss: 7,76±10,53		
	Min-max: 2-45		Min-max:2-120		

ort=ortalama ss=standart sapma

Hastaların kişisel özellikleri incelendiğinde; deney grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların %54'ünün kadın, %81,2'sinin evli, %36'sının ilkokul mezunu, %42,8'inin ev hanımı, %91,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Deney grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların yaşlarının ortalama $53,42 \pm 18,23$ olduğu hesaplandı. Kontrol grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların %52,3'ünün erkek, %68,8'inin evli, %30'unun ilkokul mezunu, %35,7'sinin ev hanımı, %86,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Kontrol grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların yaşlarının ortalama $52,64 \pm 19,13$ olduğu hesaplandı (Tablo 4.7).

Hastaların yatarak tedavi gördükleri birimler incelendiğinde, deney grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların %44,1'inin genel cerrahi 1 servisi, %25,7'sinin iç hastalıkları 1 servisi, %30,2'sinin ortopedi 1 servisi; kontrol grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların %35,9'unun genel cerrahi 2 servisi, %30,3'ünün iç hastalıkları 2 servisi, %33,8'inin ortopedi 2 servisinde tedavi gördüğü belirlendi (Tablo 4.7).

Hastaların hastanede kalma deneyimleri incelendiğinde; deney grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların %97,2'sinin hastanede kaldığı süre boyunca refakatçisi olduğu, %39'unun daha önce ameliyat olduğu ve %29,9'unun hastanede kalma deneyimi olmadığı saptandı. Deney grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların hastanede kalma sürelerinin ortalama $5,96 \pm 5,60$ olduğu hesaplandı. Kontrol grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların %94,6'sının hastanede kaldığı süre boyunca refakatçisi olduğu, %31,4'ünün daha önce ameliyat olduğu ve %27,9'unun hastanede kalma deneyimi olmadığı saptandı. Kontrol grubu hemşirelerin bakım sağladığı hastaların hastanede kalma sürelerinin ortalama $7,76 \pm 10,53$ olduğu hesaplandı (Tablo 4.7).

4.2.2.2. Hastaların NHBMO Puanlarına İlişkin Bulgular

Hastaların NHBMO puanlarına ilişkin bulgular Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8: Hastaların NHBMÖ puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

		Deney Grubu Hemşirelerin Bakım Sağladığı Hastalar		Kontrol Grubu Hemşirelerin Bakım Sağladığı Hastalar		u-testi	P
		Ort	SS	Ort	SS		
Newcastle	Ön test	85,23	15,13	83,12	16,77	-1,337	0,181
Hemşirelik	1. test	86,45	13,77	86,22	16,58	-0,878	0,380
Bakımı	2. test	81,62	17,78	83,00	17,63	-0,738	0,460
Memnuniyet							
Ölçeği							

u-testi: Mann Whitney u testi ort: ortalama SS:Standart Sapma

Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **NHBMÖ**, ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

4.2.2.3. Hastaların KHBA-H Puanlarına İlişkin Bulgular

Hastaların KHBA-H puanlarına ilişkin bulgular Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9: Hastaların KHBA-H puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

		Deney Grubu Hemşirelerin Bakım Sağladığı Hastalar		Kontrol Grubu Hemşirelerin Bakım Sağladığı Hastalar		u-testi	P
		Ort	SS	Ort	SS		
Karşılanmayan	Ön test	24,68	10,05	26,29	9,30	-2,269	0,023*
Hemşirelik	1. test	21,83	7,81	25,06	9,53	-3,495	0,000*
Bakımı Anketi- Hasta	2. test	25,24	8,46	25,42	7,95	-0,132	0,895
İletişim	Ön test	10,38	5,28	10,37	3,89	-0,927	0,354
	1. test	8,94	3,65	10,01	4,32	-2,382	0,017*
	2. test	10,03	4,22	10,19	4,03	-0,675	0,500
Temel Bakım	Ön test	12,73	6,04	12,78	6,02	-0,353	0,724
	1. test	11,29	5,21	12,04	5,88	-1,151	0,250
	2. test	13,67	5,44	12,78	5,27	-1,529	0,126
Zamanlama	Ön test	1,58	4,82	3,15	3,56	-6,987	0,000*
	1. test	1,60	2,45	3,00	3,81	-3,939	0,000*
	2. test	1,55	2,63	2,46	3,02	-2,983	0,003*

* $p<0,05$ u-testi: Mann Whitney u testi ort: ortalama SS:Standart Sapma

Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **KHBA-H** ön test ve 1. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu hesaplandı ($p<0,05$). Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların **KHBA-H** ön test ve 1. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **KHBA-H** 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **iletişim alt boyutu** 1. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu hesaplandı ($p<0,05$). Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların **iletişim alt boyutu** 1. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **iletişim alt boyutu** ön test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin gruplarına göre **temel bakım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **zamanlama alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların **zamanlama alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek olduğu hesaplandı ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırmanın Birinci Bölümüne İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın birinci bölümünde alt ve üst düzey yönetici hemşireler ile derinlemesine bireysel görüşmeler gerçekleştirilerek, hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların görüşleri;

- Çalışma çizelgelerinin oluşturulması,
- Hemşire görevlendirme kriterleri
- Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri
- Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları

şeklinde dört ana tema altında incelenmiş ve tartışılmıştır.

5.1.1. Çalışma Çizelgelerinin Oluşturulması

Çalışma çizelgelerinin oluşturulması ana teması, “mevzuat”, “birimdeki/kurumdaki hemşire insan gücü sayısı”, “hizmet gereksinimleri”, “hemşirelerin yetkinliği”, “vardiyaların özelliği” ve “hemşirelerin isteği” alt temaları altında incelenmiş, bulgular da aynı başlıklar altında tartışılmıştır.

Katılımcıların görüşlerine göre çalışma çizelgelerini oluştururken göz önünde bulundurulacak kriterlerden biri mevzuattır. Türk Dil Kurumu’na (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 27.09.2024) göre mevzuat “bir ülkede yürürlükte olan yasa, tüzük, yönetmelik vb.nin bütünüdür”. Ülkemizde sağlık hizmet sunumu ile ilgili birçok yasal düzenleme bulunmaktadır. Aynı zamanda iş sağlığı ve güvenliği ile çalışanların nitelik ve özlük haklarını belirleyen düzenlemeler de mevcuttur. Ülkemizde hemşire/hasta oranını belirleyen mevzuatlar yoğun bakım üniteleri ve kemik iliği transplantasyon merkezi gibi bazı özellikli sağlık hizmet sunum alanları için oluşturulmuştur. Benzer şekilde ülkemizde acil servis seviyesine göre her vardiyada bulunması gereken asgari hekim dışı sağlık personeli sayısı belirlenmişken, yataklı servisler için hasta/hemşire oranını düzenleyen bir mevzuat bulunmamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı <https://www.saglik.gov.tr/TR-10358/kanunlar.html> Erişim tarihi: 27.09.2024). Bazı ülkelerde (Kaliforniya, ABD ve Avustralya’nın bazı eyaletlerinde) zorunlu hemşire-hasta

oranları uygulamaya konulmuştur. Kaliforniya Eyaleti'nde farklı türlerdeki hemşirelik birimleri için belirlenmiş hemşire/hasta oranlarının sağlanması zorunludur. Kaliforniya'da örneğin bir dahili/cerrahi serviste beş hastaya bir hemşire, travmalı acil servis hastası için bire bir ve kritik bakım/yoğun bakım ünitesi için bire iki hemşire hasta oranı belirlenmiştir. (Butler ve diğ., 2019). Katılımcıların bazılarının ülkemizde hemşire/hasta oranları belirlenmeyen hemşirelik birimleri için de hemşire/hasta oranlarının belirlenmesi gerektiği yönünde ifadeleri bulunmaktadır. Ülkemizde hemşire/hasta oranına yönelik yasal düzenlemeler sınırlı olup, yapılan düzenlemeler daha çok özlük hakları ile ilgilidir. Bireysel derinlemesine görüşmelerde yönetici hemşireler, nöbet muafiyeti bulunan hemşirelerin gündüz mesaisinde görevlendirildiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde nöbet muafiyeti koşulları da Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4498/0/nobet-hizmetlerinden-muafiyetpdf.pdf> Erişim tarihi: 27.09.2024).

Katılımcıların ifadelerine göre vardiyalarda görevlendirilecek hemşire sayısı, mevcut hemşire insan gücü sayısı ve yetkinliğinden etkilenmektedir. Katılımcılar çalışma çizelgelerini düzenlerken birimlerin, haftanın günleri ve gece-gündüz-hafta sonu gibi farklı zaman dilimleri arasındaki iş yükü analizlerini dikkate aldıklarını, yatak sayısı ve hastaların bakım yükünü göz önünde bulunduklarını, aynı zamanda birimlerin iş yükünde gelişen günlük ve anlık değişiklikler için de hemşire insan gücünde artış ya da azalış yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık sektöründe hizmet, günün her saati ve yılın her günü yoğun emek ile sunulmaktadır (Ekici, 2013). Sağlık hizmetleri, teknoloji ve mekan gibi fiziksel kaynaklar ile finansal kaynaklardan doğrudan etkilenmektedir (Marquis ve Huston, 2017). Sağlık hizmet sunumu için özel bilgi ve beceriye sahip insan kaynağı gerekmektedir. Sağlık insan gücünün makro planlaması, personel ihtiyacının belirlenmesi, personelin yetiştirilmesi, kurumlara yerleştirilmesi, personel standartları ve görev tanımlarının belirlenmesi gibi konuları içermektedir. Mikro insan gücü planlaması ise kurumda gelecekte yapılması gereken işlerin önceden belirlenerek, bu işi yapacak olan insan gücünün nitelik ve sayısal olarak tahmin edilmesidir (Ekici, 2013; Göktepe ve Türkmen, 2022). İnsan gücü planlaması sonucuna göre yürütülen kadrolama süreci ise, birimin gereksinimlerini karşılamak ve kurum amaçlarına ulaşmak için gerekli olan yeterli sayıdaki personelin yöneticiler tarafından seçilmesi, işe alınması, yerleştirilmesi ve yetiştirilmesini içermektedir (Marquis ve Huston, 2017; Göktepe ve Türkmen, 2022). Hemşire insan gücü planlama, hasta ve yakınlarının özellikleri (bağımlılık

düzeyi, bakımın karmaşıklığı, yatış gün süresi, bakım beklentileri vb.), kurumsal özellikler (finansal durum, çalışma ortamı, kurum kültürü, kullanılan bakım sunum yöntemi vb.), çalışanların özellikleri (eğitim düzeyi, deneyim, mesleki bağlılık vb.), yasal düzenlemeler (hemşire/hasta oranları, meslek ve sağlıkla ilgili düzenlemeler vb.) kalite ve akreditasyon standartları ve çalışan bulma (aday havuzları, aday bulma kaynakları) gibi etmenlerden etkilenmektedir (Göktepe ve Türkmen, 2022).

Personel planlamasında “var olan personel sayısı” ve “olması gereken personel sayısı” kavramlarının birbirine denk olması hedeflenmektedir (Ekici, 2013). Hemşirelerin iş yükünün belirlenmesi ve hemşire insan gücünün planlanmasında “uzman görüşü ile karar verme”, “her bir dolu yatak için hemşire sayısını belirleme”, “hasta sınıflandırma sistemi”, “iş-zaman ölçümü”, ve “regresyon analizi” yöntemleri kullanılmaktadır (Göktepe ve Türkmen, 2022; Türkmen, 2014a).

Hemşirelik hizmetleri karmaşık hizmetlerdir ve bu nedenle hemşire iş yüküne birçok faktör etki etmektedir. Bu faktörlerin en önemlileri hasta sayısı, hastaların bakım gereksinimleri ve hemşirelerin bakım dışında yürüttüğü faaliyetlerdir. Hasta sayısı hemşire ihtiyacını değiştirebilir. Hastaların ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımının belirlenmesi yirmi dört saatlik hemşire iş yükü açısından önemlidir. Hastaların hemşirelik bakımı ihtiyaçları, mevcut hastalıkları, hastalığın dönemi (akut dönem, remisyon dönemi vb.), yatağa bağımlı olma gibi durumlardan etkilenir. Bazı hastalar ise, beslenme ve hijyenik bakım ihtiyacının giderilmesine yardım edilmesi, yatak içi pozisyon verilmesi, aspirasyon, trakeostomi ve kateter bakımı, monitörizasyon, gibi yoğun hemşirelik bakımına ihtiyaç duyabilirler (Ekici, 2013). Hastaların hemşirelik bakımı ihtiyaçlarının belirlenmesi için “hasta sınıflandırma sistemleri” kullanılır. Bu sistemler ile hastalar, hastalık şiddeti ve hemşirelik bakımı ihtiyaçlarına göre gruplandırılır. Böylece benzer ihtiyaçlara sahip hastaların belirlenerek, her grupta yer alan hastaların ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımına bir puan vermek amaçlanmaktadır (Ekici, 2013; Marquis ve Huston, 2017). Hemşire iş yüküne etki eden diğer bir faktör ise hemşirelerin gerçekleştirmekle yükümlü olduğu görevlerdir. Hemşireler sağlık kurumlarında doğrudan hasta bakım faaliyetlerinin yanı sıra dolaylı (teşhis ve tedavi uygulamaları, taburculuk işlemleri vb.) ve dolaysız (bakım uygulamalarına hazırlık, bakım kayıtları vb.) hasta bakım faaliyetleri ile rutin (ilaç, malzeme ve cihazların kontrolü ve temini vb.) uygulamalardan sorumludur (Ekici,2013). Houser (2003) hemşire ihtiyacını, hemşirelerin hasta bakım ihtiyaçlarını karşılamak için erişebildiği kaynakların, hemşirelerin deneyim ve yeterliklerinin, iş ortamı, ekip çalışması

düzeyi ile organizasyon sistemlerinin, hemşirelerin iş yükünün, birimin işleyişini bilen personel istikrarının ve liderliğin belirlediğini bildirmektedir.

Kadrolama faaliyetlerinden biri olan yerleştirme, hemşirelerin kurum içinde dağıtılması faaliyetidir. Birim veya bölüm içerisindeki pozisyonlar birbirinden farklı beceri ve yetkinlik gerektirir. Yöneticilerin hemşireleri yerleştirirken bu farklılıkları göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Yanlış yerleştirme hemşirelerin başarısızlık hissi yaşamasına, motivasyon kaybına ve kurumsal verimlilikte azalmaya neden olabilir (Marquis ve Huston, 2017). Hemşirelerin eğitim düzeyi, deneyimleri ve yetkinlik düzeyi gibi nitelikleri ve hemşire sayıları, sunulan hemşirelik hizmetlerinin verimlilik, etkinlik ve kalitesini doğrudan etkilemektedir (Ekici, 2013).

Hastanelerde hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta güvenliği için en önemli unsur hemşire sayısıdır (Ekici, 2013). Günümüzde birçok sağlık kurumu insan kaynakları açığı nedeniyle hizmet sunumunda zorlanmaktadır (Marquis ve Huston, 2017). Sağlık Bakanlığı'nın 2022 yılı verilerine göre Türkiye'de görev yapan hemşire sayısı Sağlık Bakanlığı'nda 169.588, üniversitelerde 36.918 ve özel kurumlarda 37.059 olmak üzere toplam 243.565'tir. Yine 2022 yılında 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 356'dır. Bu sayı OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkelerinde ortalama 1002 iken, Avrupa Birliği ülkelerinde ortalama 890'dır. Sağlık Bakanlığı'nın uluslararası karşılaştırmasına göre Türkiye 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısına göre 41. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Hemşire yetersizlikleri, hasta sayısının artması, hasta bakım yükünün beklenmeyen bir şekilde artması, işe devamsızlık ve hemşirelerin hastalıkları nedeniyle günlük bazda da görülebilir. Bu sorunun çözümünde kurumlar başka bir birimden ek hemşire sağlamak ve zorunlu fazla mesai yaptırmak gibi yöntemleri kullanabilir. Fazla mesai iş verimliliğinin ve çalışan doyumunun azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle standart bir hemşire yetersizliği çözüm prosedürü olmamalı, en son çare olarak uygulanmalıdır (Marquis ve Huston, 2017).

Çalışma çizelgeleri, hasta sayısı, yeni yatışlar, taburcular, başka bir bölüme transfer edilen hastalar, birimde kullanılan hemşirelik bakım sunum sistemi, birimde iş yoğunluğunun fazla/az olduğu zaman dilimleri, hemşirelerin sayısı, yetkinliği, vardiyalardaki destek sistemlerinin ve destek personelin varlığı göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır. Her vardiyada hemşirelerin özellikleri de dikkate alınarak güvenli ve kaliteli hasta bakım hizmeti sunulmasını sağlayacak şekilde dengeli dağıtım yapılmalı, gece-gündüz vardiya değişimleri

yapılırken hemşirelerin dinlenmesi için gerekli olacak süreye uygun planlama yapılmalıdır (Göktepe ve Türkmen, 2022). Sagherian ve diğerleri (2016), izin günlerinde çalışan hemşirelerin, izin alan hemşirelere kıyasla daha yüksek kronik yorgunluk tanımladıklarını, akut ve kronik yorgunluğu olan hemşirelerin daha zayıf fiziksel performans belirttiklerini, kronik yorgunluk bildiren hemşirelerin kendilerini, hasta bakımı sağlarken daha az uyanık ve daha az konsantre hissettiklerini bildirmektedir. Alan yazında hemşirelerin günlük 8,10 ve 12 saatlik vardiyalarda çalıştırılabileceği belirtilmektedir (Türkmen, 2014a). Hemşirelerin, günlük 12 saat ve üzeri ya da haftada 40 saatten fazla çalışmalarının hata oranlarını artırdığı ve bu nedenle çalışma saatlerinin iyi düzenlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Türkmen, 2014a). Bae (2021), günde 12 saatten fazla veya haftada 40 saatten fazla çalışmanın ilaç hataları, enfeksiyon, düşme, hasta memnuniyetsizliği gibi olumsuz hasta sonuçlarıyla ilişkili olduğunu bildirmektedir.

Yönetici hemşirelerin çalışma çizelgelerini oluştururken göz önünde bulundurdıkları kriterlerden biri de hemşirelerin istekleridir. Çalışma çizelgelerinin oluşturulma yöntemi, kurumun insan kaynakları ile ilgili politikalarından etkilenmektedir (Göktepe ve Türkmen,2022; Türkmen, 2014a). Bazı kurumlar hemşirelerin kendi çalışma çizelgesini belirlemelerine olanak sağlamaktadır. Hemşireler tarafından oluşturulan çalışma çizelgeleri yönetici hemşireler tarafından kontrol edilmektedir (Marquis ve Huston, 2017; Göktepe ve Türkmen, 2022). Ancak bu uygulamada hemşirelerin çalışma çizelgelerini hazırlarken bireysel çıkarları ile birim çıkarları arasındaki dengeyi sağladığından emin olunmalıdır (Bailyn ve diğ., 2007). Bu yöntemde yönetici hemşirelerin gerekli dengeyi sağlayacak girişimlerde bulunması gerekebilir (Kullberg ve diğ., 2016). Joyce ve diğerlerine (2010) göre, çalışma saatlerini özel hayatlarına göre ayarlama olanağına sahip olan çalışanlar, hastalara daha güvenli bakım sağlayabilir, işlerinden daha fazla memnun olabilir ve genel refah düzeylerini artırabilirler. Çalışma çizelgelerinin hemşireler için doyum sağlayıcı olması, bakım kalitesi ve hasta güvenliğini sağlaması için hafta sonu tatilleri, yıllık izin planlamaları, hastalık raporları, çalışma saatleri, hizmet içi eğitim günleri gibi etkenlerin planlamada dikkate alınması gerekir (Vatan ve Çamveren, 2020).

5.1.2. Hemşire Görevlendirme Kriterleri

Hemşire görevlendirme kriterleri ana teması “hemşirelerin yetkinliği ve deneyimi”, “fiziki ortam”, “bakım sunum yöntemi”, “hastaların bakım yükü”, “hasta-hemşire iletişimi”,

“hemşirelerin isteği” ve “hemşirelerin kura çekmesi” alt temaları altında incelenmiş, bulgular da aynı başlıklar altında tartışılmıştır.

Katılımcıların ifadelerine göre hemşireleri hastalar için görevlendirirken göz önünde bulundurulmuş kriterlerden biri hemşirelerin yetkinlik ve deneyimleridir. Hemşirelik mesleği, yaşam boyu öğrenme, kanıta dayalı uygulama ve hasta merkezli bakım sunumunu gerektirmektedir (Church, 2016). Başarılı sağlık kuruluşları, kurumun vizyon ve değerlerine bağlı liderlere ve personele sahiptir (Allen ve Nitale-Nolen, 2005). Hemşirelerin niceliği ve hemşirelik hizmetinin kalitesi, modern hemşirelik sisteminin karşı karşıya olduğu iki ana konudur. Hemşire yetkinliği, “bir hemşire olarak rolünü yerine getirmek için gereken bilgi, performans, beceri ve tutumların birleşimidir” (Jing ve diğ., 2019). Yetkinlik, sağlık hizmet sunumunda görev alan tüm profesyoneller için gerekli olan önemli kriterlerden biridir (Karahan ve Kav, 2018).

Hemşire “yetkinliği” ile “yeterliliği” farklı anlamlara sahip olmasına rağmen birbirinin yerine kullanılmaktadır. Yetkinlik performansın üstünlüğünü nitelerken, yeterlilik ise bireyin bir işi doğru yapabilmesi için gerekli olan minimum iş standartlarını yerine getirebilmesidir. Yetkin olmanın ön koşulu yeterli olmaktır (Karahan ve Kav, 2018). Bu tez çalışmasında da sorumlu hemşirelerin “yetkinlik” ile “deneyim” kavramlarını aynı anlamda kullandıkları tespit edilmiştir. Yetkin bir hemşire farklı durum ve koşullarda hemşirelik bakımını etik ve güvenli bir şekilde uygulama bilgi ve becerisine sahiptir. Hemşire yetkinlikleri iletişim, ekip çalışması gibi temel yetkinlikler, liderlik, planlama ve organize etme gibi yönetsel yetkinlikler ve hemşireliğe özgü mesleki becerileri içeren beceri yetkinlikleri olmak üzere üçe ayrılır. Yetkinlik, mesleki bağlılık ve sorumluluk alma gibi içsel, liderlik ve etkin yönetim gibi dışsal faktörlerden etkilenir (Karahan ve Kav, 2018). Hemşirelerin eğitim düzeyi, yetkinliği belirleyen ana faktörlerden biridir (Jing ve diğ., 2019). Aiken ve diğ. (2003) tarafından yapılan çalışmada lisans mezunu hemşire sayısını %10 artırmanın ölüm riskini %5 azalttığı bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin bakım vermesi, daha düşük ölüm oranıyla ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada %80 oranında lisans mezunu hemşirelerden bakım alan hastaların tekrar yatış oranının daha düşük ve hastanede kalma sürelerinin %1,9 daha düşük olduğu bulunmuştur (Yakusheva ve diğ., 2014). Eğitim düzeyi ile birlikte deneyimin artması da yetkinliği artırır (Karahan ve Kav, 2018). Benner, hemşirelerin beceri edinme sürecini acemi, ileri düzey yeni başlayan, yetkili, yetkin (usta) ve uzman olmak üzere beş aşamaya ayırmış ve acemilikten uzmanlığa doğru hemşire yeterliliğinin geliştiğini savunmuştur (Koç ve diğ., 2018).

Yeni mezun hemşirelerden klinik bakım, liderlik, kişilerarası ilişkiler, yasal/etik uygulama, mesleki gelişim, eleştirel düşünme ve araştırma yeteneği gibi mesleki yeterlilikler beklenmektedir (Chen ve diğ.,2021).

Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşılaşması, hastalara güvenli, kaliteli bakım sunmayı ve olumsuz hasta sonuçlarını azaltmayı zorunlu hale getirmektedir. Hemşire yetkinliği bakım kalitesini etkilemektedir. Hemşire kadrosundaki yeterlilik seviyelerinin dikkate alınmaması, bakım kalitesi ve güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırmalar bakım kalitesinin iyileşmesi, daha yüksek standartta bakım verilmesi ve güvenli uygulamaların, yetkinliğin bir sonucu olduğunu göstermektedir (Church, 2016).

Hemşireleri hastalar için görevlendirirken, hemşirenin sahip olduğu bilgi ve becerinin hastanın ihtiyaçlarına uygun olmasına dikkat edilmelidir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Bunun için hemşire yetkinliğinin yanı sıra hastaların bakım ihtiyaçlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir (Allen, 2015). Hastaların hemşirelik bakımı ihtiyaçları mevcut hastalıkları, hastalığın dönemi (akut dönem, remisyon dönemi vb.), yatağa bağımlı olma gibi durumlardan etkilenir. Bazı hastalar ise, beslenme ve hijyenik bakım ihtiyacının giderilmesine yardım edilmesi, yatak içi pozisyon verilmesi, aspirasyon, trakeostomi ve kateter bakımı, monitörizasyon, gibi yoğun hemşirelik bakımına ihtiyaç duyabilirler (Ekici, 2013). Hastaların hemşirelik bakımı ihtiyaçlarının belirlenmesi için “hasta sınıflandırma sistemleri” kullanılır. Bu sistemler ile hastalar, hastalık şiddeti ve hemşirelik bakımı ihtiyaçlarına göre gruplandırılır. Böylece benzer ihtiyaçlara sahip hastaların belirlenerek, her grupta yer alan hastaların ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımına bir puan vermek amaçlanmaktadır (Ekici, 2013; Marquis ve Huston, 2017). Bu tez çalışmasında yönetici hemşirelerin çoğunun hasta sınıflandırma sistemi kullanmadıkları, hastaların bakım ihtiyacını aldığı IV tedavi, bağımlılık düzeyi, yakın takip ihtiyacı vb. kriterlere göre değerlendirilerek hastalar için uygun yetkinlikte olduğunu düşündükleri hemşireleri görevlendirdikleri görülmüştür.

Yönetici hemşirelerin ifadelerine göre hemşireleri hastalar için görevlendirirken göz önünde bulundurulacak kriterlerden bir diğeri servisin fiziki yapısıdır. Kullanılacak hemşirelik bakım sunum yöntemini belirlemenin ilk aşaması durum analizidir ve bu aşamada birimin fiziksel yapısı, mimarisi, boyutları ve hizmet sunumu için yeterliliğinin belirlenmesi gerekmektedir. Fiziksel yapı hasta izlemi ve bakım için harcanan süreyi etkilemektedir (Parreira ve diğ., 2021). Sorumlu hemşireler bakımı organize ederken zaman ve maliyet unsurlarını göz önünde bulundurmalıdır (Marquis ve Huston, 2017). Hall ve diğ. (2012)

tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin hastalara bakım verme becerisinin, servisin altyapısı ve fiziksel düzeninden etkilendiği sonucuna varılmıştır. Farklı kat planlarına sahip olan hasta servislerinin verimliliği üzerine yapılan analitik bir çalışmada ise, servis mimarisinin hemşirelerin verimliliğini artırabileceği, hasta yatış süresini kısaltabileceği, tıbbi hataları azaltabileceği ve hasta memnuniyetini artırabileceği, dolayısıyla hastanede sunulan tıbbi hizmetlerin performansını iyileştirebileceği belirtilmektedir. Farklı mimari özelliklere sahip servislerin, hasta izleme kolaylığı, hasta mahremiyetini sağlama, hemşirelerin servis içinde kat ettikleri mesafe, destekleyici bir iyileşme ortamı sağlama ve gürültü açısından farklı sonuçlarının olduğu bildirilmektedir (İbrahim ve diğ., 2022). Bu tez çalışmasında katılımcıların çoğunun, servisin uzun bir koridordan oluşması nedeniyle servisi bölümlere ayırdıkları ve her bölümdeki hasta grubu için bir hemşire görevlendirdikleri, katılımcıların bir kısmının bakım yükü fazla olan ya da durumu daha kritik olan hastaları hemşire bankosuna yakın olan odalara kabul ettikleri ve böylece hemşirelerin hastalara bakım sağlarken servis içinde kat ettikleri mesafeyi ve süreyi azaltmaya çalıştıkları belirlenmiştir.

Yönetici hemşirelerin ifadelerine göre hemşireleri hastalar için görevlendirirken göz önünde bulundurulan kriterlerden biri de hasta/hasta yakını- hemşire iletişimidir. Bu tez çalışmasında yönetici hemşirelerin bazılarının hasta/hasta yakını ile iletişim sorunu yaşanması durumunda hemşireleri aynı hasta için görevlendirmedikleri belirlenmiştir. Sorumlu hemşireler, birim içi ve birimler arasında iletişim ve koordinasyonu kolaylaştırmak durumundadır. Birimde hangi hemşirelik bakım sunum yöntemi kullanılırsa kullanılsın, hasta ve ailesinin bakımın odağında olması sağlanmalıdır (Marquis ve Huston, 2017). Bu tez çalışması ile benzer şekilde Allen (2015) çalışmasında hemşire-hasta ilişkisinin (aynı hastayı aynı hemşireye verme, hemşire-hasta ilişkisi iyi değilse hemşireyi aynı hasta için görevlendirmeme), hasta-hemşire eşleştirmesi için bir kriter olduğu sonucuna varmıştır.

Hemşireler, hastalar için görevlendirilirken iş yükü göz önünde bulundurulmalı ve iş yükü hemşireler arasında olabildiğince eşit dağıtılmalıdır (Allen, 2015). Bu tez çalışmasında yönetici hemşirelerin bazılarının hemşire-hasta eşleştirme sürecinde pasif rol aldıkları ya da hiç rol almadıkları görülmüştür. Bazı yönetici hemşireler, hemşireleri hastalar için görevlendirirken hemşirelerin isteklerini göz önünde bulundurduklarını, bazı katılımcılar da bu sürecin hemşireler tarafından yürütüldüğünü belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise hemşirelerin sorumlu olacakları hastaları kura çekerek belirlediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum hemşire yetkinliği ile hasta bakım ihtiyaçlarının eşleştirilmesinin önüne geçebilir. Diğer yandan hemşireler arasında iş yükünün eşit dağılmamasına neden olabilir.

Katılımcıların ifadelerinden hemşireleri hastalar için görevlendirme sürecinde, kullandıkları bakım sunum yönteminin etkili olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğu direkt herhangi bir bakım sunum yönteminden bahsetmese de yaptıkları açıklamalar servislerinde fonksiyonel hemşirelik veya vaka yönteminin kullanıldığına işaret etmektedir. Bu tez çalışması ile kısmen benzer şekilde, yapılan bir çalışmada dahili ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin vaka yöntemi ve ekip hemşireliği yöntemini tanımladıkları, hemşirelerin eğitim durumu, deneyimi, iş yükü ve servise ait faktörlerin kullanılan bakım sunum yöntemini etkilediği ve yeterli sayıda deneyimli hemşire bulunması durumunda vaka yönteminin tercih edildiği bildirilmektedir (Duffield ve diğ., 2010). Fonksiyonel hemşirelik, hemşirelerin yetersizliği ve ekonomik baskılara yanıt olarak gelişmiştir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Bu tez çalışmasında da vardiyadaki hemşire sayısının yetersiz olması ya da yeterli deneyimli hemşire olmaması durumunda fonksiyonel hemşirelik yönteminin tercih edildiği saptanmıştır. Literatürde birçok bakım sunum yöntemi tanımlanmış (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Lookinland ve diğ., 2005; Parreira ve diğ., 2021) olmasına rağmen, yönetici hemşirelerin sadece fonksiyonel yöntem ve vaka yöntemini kullanmalarının nedeni bilgi eksikliği olabilir. Vaka yönteminin yaygın olarak tercih edilmesi, bu yöntemin çoğu hemşirelik lisans müfredatında öğretilen bir bakım sunum yöntemi olmasından kaynaklanıyor olabilir (Duffield ve diğ., 2010). Katılımcıların bazılarının servislerinde kullandıkları bakım sunum yöntemi sorulduğunda kullandıkları hasta tanılama, hemşirelik (bakım) süreci vb. formları bakım sunum yöntemi olarak ifade etmeleri de bakım sunum yöntemleri hakkında bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde çalışmada katılımcıların primer hemşirelik ile vaka yöntemini karıştırdığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar Hall ve diğ. (2012) tarafından yapılan çalışmanın serviste “buddy sistemi (bakım ikilisi)” kullanılmasına rağmen, bu yöntemin hemşireler tarafından “ekip hemşireliği” olarak tanımlanması sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu tez çalışmasından farklı olarak, Akbal (1999) çalışmasında yönetici hemşirelerin %90’ının bakım sunum yöntemleri hakkında bilgisi olduğunu bildirmektedir. Hall ve Doran (2004) tarafından yapılan çalışmada da hemşireler, diğer bakım sunum modellerinin (örneğin, primer veya ekip hemşireliği) kaliteli hemşirelik bakımı elde etmek için daha etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Allen (2015)’in hemşire-hasta atama sürecinin amaçlarını ve karar faktörlerini belirlemek amacıyla sorumlu hemşirelerle yaptığı niteliksel çalışmada katılımcılar, hasta-hemşire eşleştirmesinde amacın hastaların güvenliğini sağlamak ve hemşirelerin tükenmelerini önleyerek en iyi bakımı sağlamak olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada eşleştirmenin

hemşireler açısından amaçları iş yükünün adil olması, personel refahı ve hemşirelerin gelişimi olarak belirtilmiştir. Çevresel amaçlar olarak ise ünite koşulları ve iş akışı ile ilgili kriterler (güvenlik, iş akışını sürdürme, taburcu planlaması, bakım koordinasyonu ve işlerin tamamlanması) tanımlanmıştır. Eşleştirmenin hastalar açısından en sık belirtilen amacı ise en iyi bakımın sağlanmasıdır. Diğer hasta amaçları bakım kalitesi/hasta memnuniyeti, hemşire/hasta uyumu, bakımın sürekliliği ve hasta savunuculuğudur. Hemşire hasta eşleştirmesi yaparken etkili olan hasta faktörleri demografik özellikler, bakım yükü ve yatış gün süresi olarak belirtilmiştir. Sorumlu hemşirelerin, bu çalışmadakine benzer şekilde hasta bakım yükünü “tedavilerin fazla olması, bağımlılık, hastanın durumu, hasta ne kadar hasta...” şeklinde tanımladıklarını ve hemşireleri hastalar için görevlendirirken bu kriteri göz önünde bulunduklarını bildirmektedir. Hasta hemşire eşleştirmesinde hemşire ile ilgili faktörler yeterlilik (sertifika, eğitim durumu, oryantasyon, verimlilik, deneyim, bilgi/beceri eksikliği, beceriler ve hız), hemşire-hasta ilişkisi (aynı hastayı aynı hemşireye verme ya da hemşire-hasta ilişkisi iyi değilse hemşireyi aynı hasta için görevlendirmeme), yaş, ek görevler, tercih ve vardiya özellikleridir. Çevresel faktörler ise, mevcut personel sayısı, hemşire-hasta oranı, hastaların ve ünitenin fiziki konumu, meslektaş dayanışması, destek personeli mevcudiyeti, günün/haftanın saati (iş yükü değişebildiği için) olarak belirtilmiştir. Allen (2015)’in çalışmasının sonuçları bu tez çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Kramer ve Schmalenberg (2005) çalışmalarında, personelin az ya da yetersiz olması durumunda hemşirelerin kaliteli bakım vermesini sağlayan etmenleri araştırmışlar ve bu etmenlerin; ekip çalışması, birlikte çalışılacak yetenekli, deneyimli, bilgili hemşireler, otonomi, dijital kayıt sistemi, iyi multidisipliner çalışma ilişkileri, işbirlikçi hemşire-hekim ilişkileri, hemşirelik uygulamaları ve uygulama ortamı üzerinde kontrol, ek eğitim ve "ekip tutumu" ile motive edilmiş yardımcı personel (teknisyenler), atanan hastaların coğrafi yakınlığı, hastanın bakım yükü, yeterli destek hizmetleri olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Kramer ve Schmalenberg (2005)’in nitel çalışmasının sonuçları bu tez çalışması ile benzerlik göstermektedir.

5.1.3. Uygulanan Görevlendirme Yöntemini Seçme Nedenleri

Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri ana teması, “hasta/hemşire oranı”, “yönetici tercihi”, “bakım kalitesini geliştirme” ve “hemşirelerin özellikleri” alt temaları altında incelenmiş, bulgular da aynı başlıklar altında tartışılmıştır.

Katılımcıların ifadelerine göre, uygulanan bakım sunum yöntemini seçme nedenlerinden biri hasta/hemşire oranıdır. Çalışmalar, hemşire sayısının hemşirelik bakım sunum yöntemi için önemli bir kriter olduğunu ve bakım sonuçlarını etkilediğini göstermektedir. Hemşirelik bakım sunum yöntemlerinin ortak amacı yüksek kaliteli bakımı verimli ve etkili bir şekilde sağlamaktır. Hemşirelik bakımı gibi emek yoğun bir sektörde, etkili personel seviyelerinin sürdürülmesi temel bir gerekliliktir (Dubois ve diğ., 2012). Hemşirelerin yetersiz sayıda olması, mali kısıtlılıklar, hasta bakımında kalite ve güvenlik sağlama gerekliliği, hemşire insan gücünün etkin bir şekilde planlanmasını gerektirmektedir (Abusamra ve diğ., 2022). Kullanılacak bakım sunum yöntemini etkileyen unsurlardan biri hemşire sayı ve niteliğidir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Lookinland ve diğ., 2005; Parreira ve diğ., 2021). Fonksiyonel hemşirelik, hemşire hasta oranının düşük olduğu durumlarda tercih edilebilir (Archibong, 1999; Türkmen, 2014b; Ekici, 2013). Vaka yöntemi ise, nitelikli hemşireler tarafından sağlanır (Wagner ve Bear 2009, Wolf ve diğ. 2008) ve sağlık kurumları için fonksiyonel hemşirelik yöntemine göre daha fazla ve daha nitelikli personel gerektirir (Duffield ve diğ., 2010; Parreira ve diğ., 2021). Bu tez çalışmasında literatürle uyumlu olarak, birimdeki hemşire sayısının yetersiz olmasının iş paylaşımı (fonksiyonel yöntem), yeterli olmasının ise hasta paylaşımı (vaka yöntemi) yapılmasının nedeni olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bazı yönetici hemşirelerin ifadelerine göre kullandıkları bakım sunum yönteminin kendi tercihleri olduğu belirlenmiştir. Hasta bakımının yönetilmesinde yönetici hemşirelerin liderlik rolleri ve yönetim işlevleri arasında; kurumun misyon ve felsefesi ile uyumlu bakım sunum yönteminin seçilmesi ve hasta ve ailesinin bakımın odağında olmasının sağlanması bulunmaktadır (Marquis ve Huston, 2017). Yönetici hemşirelerin kurum/birimde kullanılacak bakım sunum yöntemine karar verirken hastaların bakım gereksinimleri, mevcut kaynaklar ve hemşire insan gücünün beceri ve yetkinliklerini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Parreira ve diğ., 2021). Bu çalışmada uyguladıkları bakım sunum yönteminin kendi tercihi olduğunu ifade eden yönetici hemşireler, alışageldikleri bir yöntem olması ve iş paylaşımı (fonksiyonel yöntem) yönteminin dezavantajlarını deneyimlemeleri nedeniyle hasta paylaşımı yöntemini (vaka yöntemi) tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Duffield ve diğ. (2010), Avustralya'da bir serviste kullanılan hemşirelik bakım sunum yönteminin, o servisin yöneticisi tarafından belirlendiği yönündeki hakim görüşe rağmen, çalışmalarının sonucunda aynı serviste, hatta aynı serviste aynı vardiyada çalışan hemşirelerin farklı bakım sunum yöntemi kullandıklarını tespit ettiklerini bildirmektedir. Bu tez

çalışmasında da aynı kurumda çalışan üst düzey yönetici hemşireler ile bazı alt düzey yönetici hemşirelerin tanımladıkları bakım sunum yönteminin farklı olduğu tespit edilmiştir. Üst düzey yönetici hemşireler vaka yöntemini tanımlarken, bazı alt düzey yönetici hemşireler ise fonksiyonel yöntemi tanımlamıştır. Bu durumun nedeni denetim eksikliği olabilir.

Katılımcıların ifadelerine göre uyguladıkları bakım sunum yöntemi seçme nedenlerinden bir diğeri birimlerindeki hemşirelerin özellikleridir. Uygun çalışma ortamı, yeterli düzeyde hemşire istihdamı ve daha eğitimli hemşire insan gücüne sahip olan kurumlarda, görevlerin hemşirelere uygun bir şekilde dağıtılması üretkenliğin artması ve tamamlanmamış bakım miktarının azalması ile sonuçlanmaktadır (Bruynel ve diğ., 2015). Fonksiyonel hemşirelik modeli, bakımın karmaşıklığına göre, bakım sunumu için gerekli bilgi ve becerilere göre hemşirelik personeli arasındaki görev dağılımından oluşur (Cardenas ve diğ.,2022). Vaka yöntemi yalnız çalışmayı gerektirdiği için deneyimsiz hemşirelerin deneyim kazanmaları için uygun bir yöntem olmayabilir. Birim yöneticileri bakım sunum yöntemini seçerken hasta güvenliğini (Duffield ve diğ., 2010; Parreira ve diğ., 2021) ve etkili hemşirelik bakımının sağlanmasını göz önünde bulundurmalıdır (Parreira ve diğ., 2021). Benzer şekilde bu tez çalışmasında da bazı katılımcıların kliniklerinde kıdemsiz veya yetkin olmayan ya da kliniğe yeni başlayan hemşireler bulunması durumunda iş paylaşımı yaptıkları (fonksiyonel yöntem) belirlenmiştir. Bazı katılımcıların ise genç ve tecrübesiz hemşirelerle çalışmaları durumunda, hemşirelerin tecrübe kazanması ve hastanın sorumluluğunu almaları için hasta paylaşımını (vaka yöntemi) tercih ettikleri saptanmıştır.

Katılımcıların ifadelerine göre uyguladıkları bakım sunum yöntemini seçme nedenlerinin bir diğeri bakım kalitesini geliştirmektir. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, toplumun eğitim seviyesinin yükselmesi ve toplumun sağlık hizmetlerinden kalite beklentilerinin artması gibi etkenler toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde önemli bir kavram haline gelmesine neden olmuştur (Tamer ve Çetinkaya, 2018). Sağlık hizmetlerinde kalite, “hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak verilmesidir” (Kömürcü ve diğ., 2014). Sağlık hizmet sunumunun kalitesini etkileyen unsurlar; verimlilik, etkililik, üretkenlik, optimizasyon, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik, süreklilik, katılım, erişilebilirlik ve zamanında hizmet sunumudur (Tamer ve Çetinkaya, 2018).

Bakım kalitesi ve hasta güvenliği sağlık kuruluşu yöneticilerinin öncelikleri arasındadır (Moura ve diğ., 2020). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü sağlık hizmet

sunumu için hastaneler, diyaliz merkezleri, ağız diş sağlığı hizmetleri, 112 acil sağlık hizmetleri ve tıp merkezleri için standartlar belirlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html> Erişim tarihi: 01.10.2024). Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet sunumunun çıktıları olan göstergeleri de belirleyerek, gösterge yönetimi ile ilgili bir rehber hazırlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023). Rehberde hasta düşme oranı, basınç yarası oranı, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon oranları gibi sağlık bakım hizmeti sunumunun çıktılarını içeren göstergeler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumlarının gösterge yönetim rehberine göre gerekli izlem ve faaliyetleri yerine getirmesini beklemektedir. Sağlık kurumlarında verilen hemşirelik bakımı, sağlık kurumlarının çıktıları ve maliyetlerini doğrudan etkilemektedir (Arslan Yürümezoğlu ve Kocaman, 2022). Araştırmalar, hemşirelik bakımının, enfeksiyon oranları, mortalite, basınç yaralanmaları, hasta düşmeleri, hastanede kalış süresi, olumsuz olaylar, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hasta memnuniyetini etkilediğini göstermektedir (Kalisch, 2006). Hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen unsurlardan biri, hemşirelik bakım sunum yöntemleridir (Havaei ve diğ., 2019b). Yönetici hemşirelerin, bakım kalitesini düzenli olarak değerlendirmeleri; mevcut durum ile hedef değer arasındaki uyumsuzlukları belirlemeleri ve bu doğrultuda bakım sunum rehberleri ve yöntemlerinde gerekli iyileştirmeleri gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Parreira ve diğ., 2021). Bu tez çalışmasında yönetici hemşirelerin bazılarının bakım kalitesini artırmak, yatış süresini kısaltmak, uzun süreli hastane yatışına bağlı komplikasyonları azaltmak, etkili bir taburculuk süreci yürütmek, bütüncül bakımı ve hasta güvenliğini sağlamak gibi amaçlarla vaka yöntemini tercih ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuçtan farklı olarak, vaka yöntemi ile ekip hemşireliği yöntemini karşılaştıran bir çalışmada hemşireler vaka yönteminin bakım kalitesine katkı sağlamadığını belirtmişlerdir (Hall ve Doran, 2004). Bu çalışmadaki yönetici hemşirelerin bakım kalitesini artırmak için vaka yöntemini tercih etmelerinin nedeni, vaka yöntemini fonksiyonel hemşirelik ile kıyaslamaları olabilir.

5.1.4. Uygulanan Görevlendirme Yönteminin Sonuçları

Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları ana teması, “iletişim ve iş birliği”, “takım çalışması”, “çalışan doyumu”, “hemşireye karşı güven” ve “hasta güvenliği” alt temaları altında incelenmiş, bulgular da aynı başlıklar altında tartışılmıştır.

Yönetici hemşirelerin ifadelerine göre uygulanan görevlendirme yöntemi hekim-hemşire, hemşire-hemşire ve hasta/hasta yakını-hemşire arasındaki ilişkiyi, hemşireye duyulan

güveni, hasta güvenliğini ve takım çalışmasını etkilemektedir. Fonksiyonel hemşirelik yöntemi sağlık hizmet sunumunda görev alan ekip üyeleri arasındaki iletişimi ve etkileşimi azaltmaktadır (Parreira ve diğ., 2021). Etkili disiplinler arası iş birliği, sağlık hizmet sunumunun verimli ve başarılı olması ile hasta güvenliğinin sağlanması açısından çok önemlidir (Fernandez ve diğ., 2010). Hemşirelerin hastalar yerine belli görevlere atanması hastalar için kişiselleştirilmiş bakımın verilmesini engellemektedir. Fonksiyonel hemşirelik yönteminde hastalar için belli bir hemşire bulunmaması ve hastanın hemşiresini tanımaması sağlıklı bir hasta-hemşire ilişkisi kurulmasını engeller. Bu durum hastanın hemşireye ve hemşirelik bakımına güvensizliğine neden olur (Parreira ve diğ., 2021; Tiedemen ve Lookinland, 2004). Vaka yöntemi ise ekip üyeleri arasındaki iletişim süresini azaltması, hemşirelerin görevlerini tamamlamaları ile ilgili denetim ihtiyacını azaltması ve bir hemşirenin birden fazla görevi yerine getirmesine olanak sağlaması nedeniyle etkili bir bakım sunum modelidir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Vaka yönteminde hastanın ihtiyaçlarına uygun, bireyselleştirilmiş bakım verilmesi hemşire ile hasta arasındaki ilişkiyi güçlendirir. Dolayısıyla hastanın hemşireye karşı duyduğu güvene olumlu katkı sağlar (Parreira ve diğ., 2021; Tiedemen ve Lookinland, 2004).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetini sunarken hataların önlenmesinin yanında hasta için gerekli ve yararlı bakımın sağlanmasını da gerektirir. Karşılanmayan hemşirelik bakımı bir hasta güvenliği sorunudur (Bruynel ve diğ., 2015; Kalisch ve diğ., 2009a). Vaka yönteminde hastanın bakım gereksinimlerinin tamamlanması vardiyadaki hemşiresinin sorumluluğundadır ve bu yöntemdeki bakım kalitesi fonksiyonel hemşirelik yönteminden daha yüksektir (Tiedeman ve Lookinland, 2004; Parreira ve diğ., 2021). Fonksiyonel hemşirelikte yapılan hatalar görevlerin atlanmasına bağlı ihmal hatalarıdır (Moura ve diğ., 2020). Fonksiyonel hemşirelikte bakım kalitesi, hastalar ile ilgili bilgi eksikliği, bakımın parçalanması ve hasta gereksinimlerinin gözden kaçırılması nedeniyle düşüktür (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Yapılan bir çalışmada bireyselleştirilmiş bakıma geçişin ortalama hastanede kalış süresini kısaltarak verimlilikte artışa, hastaneye yeniden yatış oranlarını azaltarak etkililiğe katkı sağladığı bildirilmiştir (Fiorio ve diğ., 2018). Bu tez çalışmasında katılımcıların çoğunluğu vaka yönteminin hekimler ile hemşireler arasındaki iletişim ve iş birliğini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Diğer bir kısmı ise fonksiyonel hemşirelik yönteminden vaka yöntemine geçişin sonucu olarak, hemşireler arasında yaşanan çatışma ve iletişim problemleri ile hasta güvenliğini tehdit eden iletişim eksikliklerinin giderildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların bazıları da vaka

yönteminin, hemşire ile hasta ve hasta yakını arasındaki iletişimi kolaylaştırıp, güçlendirdiğini, hemşire ile hasta arasında bağ kurulmasını ve hemşirelerin hastaları daha iyi tanımalarını sağladığını belirtmişlerdir. Vaka yöntemi ve aynı hasta için aynı hemşirelerin görevlendirilmesinin hem hemşirenin hasta hakimiyetini artırdığı hem de hastanın kendini güvende hissetmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Yönetici hemşirelerin bir kısmı, vaka yöntemi ve fonksiyonel hemşirelik yöntemlerinin her ikisinin de takım çalışması üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Vaka yönteminde hemşirelerin bir grup hasta için görevlendirilmeleri, fonksiyonel hemşirelikte ise hemşirelerin bir grup hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamak için görevli olmaları nedeniyle vardiyadaki hemşirelerin birbiriyle iletişim kurma ihtiyacı farklılaşabilir. Bu nedenle vaka yönteminde hemşireler fonksiyonel hemşireliğe göre birbiriyle daha az iletişim kurmak durumunda olabilirler. Diğer yandan fonksiyonel hemşirelik yönteminde ise multidisipliner sağlık bakım ekibinin iletişim ve koordinasyonunu sağlama görevinin sorumlu hemşirelere ait olması, takım çalışmasını olumsuz etkileyebilir.

Katılımcıların ifadelerine göre uygulanan bakım sunum yönteminin bir diğer sonucu çalışan doyumdur. İş doyumu, “kişinin mesleki gelişimini, güvenliğini, ücretini, meslektaşlarını ve üstlerini öğrenme ve deneyimleme olanaklarına yönelik olumlu bir deneyim ve tutumdur” (Rantanen ve diğ., 2016). Araştırmalar, bakım kalitesinin düşük olmasının hemşirelerin duygusal tükenmelerine neden olduğunu göstermektedir; enfeksiyon oranları, ilaç hataları ve düşen hasta oranının artması iş doyumunun azalmasına, işten ayrılma niyetinin artmasına ve hemşirelerin duygusal olarak tükenmelerine yol açmaktadır (Abusamra ve diğ., 2022). Hemşirelerin kendi işleri üzerinde özerklik sahibi olmaları ve hasta bakımına ilişkin sorumlulukların tanımlanması hemşireler için önemlidir ve bu nedenle vaka yönteminden daha memnun olma eğilimindedirler (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Bu tez çalışmasında da yönetici hemşirelerin bazıları vaka yöntemini uygulayan hemşirelerin yaptıkları işten daha fazla doyum aldıklarını belirtmişlerdir.

5.2. Araştırmanın İkinci Bölümüne İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hemşireler Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1.1. Hemşirelerin KHBA Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1. test ve 2. test KHBA değerlendirmeleri karşılaştırıldı. Karşılaştırmada deney ve kontrol grubu hemşirelerin, ön test ve 1. test KHBA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, kontrol grubundaki hemşirelerin KHBA 2. test puanlarının deney grubundaki hemşirelere göre

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulundu. Ayrıca deney grubu hemşirelerin 2. test puanlarının, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı. Kontrol grubu hemşirelerin ise ön test, 1. test ve 2. test KHBA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. KHBA puanlarının artması bakımın daha fazla karşılanmadığını ifade etmektedir. Bu bulgulara göre “Deney grubundaki hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımına ilişkin primer hemşirelik uygulaması öncesi ile uygulamanın 3. ve 6. ay değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır” şeklinde oluşturulan H1 hipotezi 3. ay değerlendirmeleri istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı için kısmen kabul edildi.

Karşılanmayan hemşirelik bakımı kavramı Kalisch tarafından 2006 yılında yapılan nitel bir çalışma ile ortaya atılmıştır. Çalışmada hemşireler dokuz hemşirelik bakım unsurunun (mobilizasyon, pozisyon verme, beslenme, hasta eğitimi, taburcu planlaması, duygusal destek, hijyen, dokümantasyon ve gözetim) sadece kriz anlarında değil düzenli olarak atlandığını belirtmişlerdir (Kalisch, 2006). Karşılanmayan hemşirelik bakımı “hastalar için gerekli olan bakımın, kısmen veya tamamen atlanan ya da geciken herhangi bir bölümü” olarak tanımlanmaktadır (Kalisch ve Williams, 2009; Kalisch ve diğ., 2009b) ve hastaneler arasında benzer seviyelerde gözlemlenen önemli bir hasta güvenliği sorunudur (Kalisch ve diğ., 2014).

Primer hemşirelik uygulamasının karşılanmayan hasta bakımı üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, bir üniversite hastanesinin yataklı dört kliniğinde primer hemşirelik uygulamasının 4. ve 7. ayında karşılanmayan hemşirelik bakımındaki değişim değerlendirilmiştir. Uygulamanın 4. ayında yapılan değerlendirmede karşılanmayan hemşirelik bakımının arttığı ancak 7. ayda yapılan değerlendirmede karşılanmayan hemşirelik bakımının %78,5 oranında azaldığı belirlenmiştir (Moura ve diğ., 2020). Başka bir çalışmada primer hemşirelik uygulaması öncesi ve uygulamanın 6. ayı karşılanmayan hemşirelik bakımı puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve karşılanmayan hemşirelik bakımının azaldığı bildirilmektedir (Ventura-Silva ve diğ., 2024). Bu tez çalışmasında da benzer şekilde deney grubundaki hemşirelerin bildirdiği karşılanmayan hemşirelik bakımı uygulamanın 6. ayında anlamlı olarak azalmıştır.

Primer hemşirelik uygulaması “sorumluluk, savunuculuk, atılganlık, otorite, özerklik, iş birliği, süreklilik, iletişim, bağlılık ve koordinasyon” unsurlarını içermektedir (Fawcett, 2021b; Pontin, 1999; Akbal, 1999). Primer hemşirelerin, görevlendirildiği hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca aldıkları hemşirelik bakımından sorumlu olma ve hesap verme

zorunluluğu bulunmaktadır. Vaka yönteminde ise hemşireler vardiya boyunca bir grup hastanın bakımından sorumludur. Diğer vardiyalarda aynı grup hastaya bakım vereceklerinin garantisi bulunmamaktadır. Bu durum bakımın sürekliliğini olumsuz etkilemektedir (Tiedeman ve Lookinland, 2004). Bu çalışmada primer hemşirelik uygulamasının ardından karşılanmayan hemşirelik bakımının azalmasının nedeni bakımın tek bir kişi tarafından planlanarak takibinin yapılması ve böylece bakımın denetim ve sürekliliğinin sağlanmış olması olabilir. Tiedeman ve Lookinland (2004) ayrıca primer hemşireliğin hata ve/veya ihmallerin sayısını azalttığını ve bakım kalitesini artırdığını bildirmektedir. Yapılan bir çalışmada primer hemşirelik uygulamasının ardından, yatan hastalarda düşme, basınç yaralanması, idrar kateteri ile ilişkili enfeksiyon ile periferik ve venöz kateter enfeksiyonlarında önemli oranda azalma olduğu gösterilmiştir (Dal Molin ve diğ., 2018). Gardner (1991) ise çalışmasında primer hemşireliğin ekip hemşireliğinden daha yüksek kalitede hemşirelik bakımıyla sonuçlandığını raporlamıştır. Bir diğer çalışmada ise primer hemşirelik uygulayan hemşirelerden bakım alan hipertansif intraserebral kanama geçiren hastaların yaşam kalitesi ve prognoz skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Wu ve diğ., 2021). Primer hemşirelik, olumsuz olayları azaltmakta (Gonçalves ve diğ., 2023; Chen ve diğ., 2020) ve hasta yatış gün süresini kısaltmaktadır (Chen ve diğ., 2020).

Ülkemizde primer hemşirelik ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Özmen (1996), çalışmasında fonksiyonel hemşirelik ile primer hemşireliğin hasta bakım kalitesi, hasta doyumunu ve IV komplikasyon oranlarına etkisi ile hemşire iş doyumuna etkisini değerlendirerek iki farklı bakım sunum modelinin (primer hemşirelik ve fonksiyonel hemşirelik) hasta ve hemşire sonuçlarını göstermeye çalışmıştır. Çalışmanın sonucunda primer hemşirelik uygulaması ile hizmet alan hastaların hasta bakım kalitesinin arttığı, IV komplikasyon oranlarının ise azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise bir yoğun bakım ünitesinde, primer hemşirelik ile fonksiyonel hemşirelik yönteminin sonuçları karşılaştırılmış ve primer hemşirelik uygulayan hemşirelerin bakım niteliğinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Olgun, 1994).

Bu çalışmada katılımcıların gruplar arası ve grupların kendi içlerinde karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri ve alt boyutları (insan kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim) ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bu durumun nedeni çalışmada insan kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim ile ilgili müdahalede bulunulmamış olması olabilir.

Yapılan çalışmalarda hemşireler tarafından belirtilen karşılanmayan hemşirelik bakımının en önemli nedenleri “çalışan personel sayısının yetersizliği (İlaslan ve Yıldırım Şişman, 2019; Hammad ve diğ., 2021; Lima ve diğ., 2020; Al Muharraq ve diğ., 2022; Nahasaram ve diğ., 2020), maddi kaynakların yetersizliği (Moura ve diğ., 2020; Cho ve diğ., 2020; Haftu ve diğ., 2019), hemşire eksikliği ve hemşire memnuniyetsizliği gibi hemşire kaynaklı nedenler (Janatolmakan ve Khatony, 2022), çalışma ortamının uygunsuzluğu ve yüksek hemşire/hasta oranı (Ausserhofer vd., 2014) şeklinde farklılıklar göstermektedir. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ve hasta ile ilgili olumsuz olayların, hemşire sayısı ile negatif ilişkisini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Dabney ve Kalisch, 2015; Kalisch ve diğ., 2014; Albsoul ve diğ., 2023; Al-Faouri ve diğ., 2021; Bragadóttir ve diğ., 2017; Bruynel ve diğ., 2015). Dursun Ergezen ve diğ. (2023) tarafından yapılan çalışmada, hasta sayısının öngörülenden fazla olması ile yetersiz hemşire ve yardımcı personel sayısının, karşılanmayan hemşirelik bakımının en önemli nedeni olduğu ve ünite türü, hemşirelerin deneyim süresi, vardiyada bakılan hasta sayısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde Taşkiran Eskici ve Baykal’ın (2022) çalışmalarında, hemşirelerin deneyim süresi, hemşire/hasta oranı ve işe devamsızlık gün sayısının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada deney ve kontrol grubu hemşirelerin demografik özellikleri homojenlik göstermekte ve yine deney ve kontrol grubunda yer alan servislerin, yatak sayısı, fiziki yapısı, hasta profili ve hemşire/hasta oranı da benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak, araştırma süresince hemşire insan gücü ve çalışma ortamı özellikleri benzer olmasına rağmen deney grubundaki hemşirelerin bildirdiği karşılanmayan hemşirelik bakımının azalmasının primer hemşirelik uygulamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.2.1.2. Hemşirelerin KHİDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1. test ve 2. test KHİDÖ değerlendirmeleri karşılaştırıldığında, ön test, 1. test ve 2.test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve kontrol grubu hemşirelerin KHİDÖ ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptandı. Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde KHİDÖ ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu. KHİDÖ puanlarının yüksek olması hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre “Deney grubundaki hemşirelerin primer hemşirelik uygulaması öncesi ile uygulamanın 3. ve 6. ay iş

doymu değerlendirilmeleri arasında anlamlı farklılık vardır” şeklinde oluşturulan H2 hipotezi kabul edilmedi.

Bu çalışmanın bulguları kontrol grubunda yer alan hemşirelerin çalışma öncesi ve süresince deney grubu hemşirelerden daha doyumlu olduğunu ancak çalışma süresince kontrol grubunda yer alan hemşirelerin iş doyumlarında anlamlı bir değişim olmadığı yönünde yorumlanabilir. Aynı zamanda primer hemşirelik yöntemini uygulayan hemşirelerin iş doyumlarında anlamlı bir değişim olmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da primer hemşirelik yönteminin hemşirelerin iş doyumunda artışa neden olmadığı gösterilmiştir (Fernandez ve diğ., 2012; Boumans ve Landeweerd, 1999; McPhail ve diğ., 1990; Alexander ve diğ., 1981; McCormack,1992;). Bu tez çalışmasının sonuçlarından farklı olarak, primer hemşireliğin hemşirelerin iş doymu ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (Moura ve diğ., 2020; Reed, 1988; Makinen ve diğ., 2003; Sellick ve diğ., 2003; Kivimaki ve diğ., 1995; Ventura-Silva ve diğ., 2024). Ülkemizde primer hemşirelik ile ilgili yapılan bir çalışmada, primer hemşirelik uygulayan hemşirelerin iş doyumunun arttığı, ancak artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Özmen, 1996). Diğer bir çalışmada ise primer hemşirelik uygulayan hemşirelerin fonksiyonel hemşirelik uygulayan hemşirelere göre iş doyumları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Olgun, 1994).

Bu tez çalışması süresince primer hemşirelik uygulamasının değerlendirilmesi amacıyla yapılan toplantılarda birim sorumluları tarafından hemşirelerin yöntemden bazı memnuniyetsizlikleri olduğu belirtilmiştir. Hemşireler tarafından uygulama boyunca bakım sürekliliğini sağlamak amacıyla çalışma çizelgelerinde yapılan değişikliklerle ilgili (bir hemşirenin üç gün üst üste 08-17 mesaisine yazılması) esneklik talep edilmiştir ve zaruri durumlarda esneme yapılmıştır. Diğer yandan hastanın servise kabulünden taburculuğuna kadar hastanın bakımdan sorumlu olmanın yorucu olduğunu belirtilmiştir. Özellikle bakım yükü fazla olan ya da genel durumu bozuk olan hastaların hemşireleri fiziksel ve psikolojik olarak yorduğu ifade edilmiştir. Bazı hasta ve yakınları tarafından primer hemşirelerin özel hemşire gibi algılandığı ve bu durumun hemşire-hasta iletişimini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Diğer yandan primer hemşirelerin hastalarının farklı nedenlerle serviste birbirinden uzak konumda bulunmaları yöntemin bir diğer zorluğu olarak değerlendirilmiştir. Belirtilen bu ve benzeri olumsuzluklar nedeniyle hemşirelerin iş doyumlarında artış görülmemiş olabilir.

İş doyumunu çalışma ortamı, örgütsel ve mesleki bağlılık, iş stresi, hasta memnuniyeti, hasta-hemşire oranı, ücret (Lu ve diğ., 2019), yapısal güçlendirme (Lu ve diğ., 2019; İspir ve diğ., 2023) ve özerklik (İspir ve diğ., 2023) ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada vaka yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasında hemşire iş doyumunda bir fark olmadığı ve primer hemşirelerin iş kaynaklı streslerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rantanen ve diğ., 2016). Primer hemşirelikle ilgili yapılan nitel bir çalışmada ise hemşireler hasta ve yakınları ile uzun süreli yakınlıklarına bağlı stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Goode ve Rowe, 2001). Diğer yandan iş stresinin, iş doyumunu ile negatif yönde ilişkisini tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır (Söyler, 2018; Erşan ve diğ., 2013; Tatar ve Çamkerten, 2021; Nur, 2011). Primer hemşirelik yöntemini uygulayan hemşirelerle yapılan nitel bir çalışmada, hemşire hasta ilişkisinin hasta kabulünde başladığı ancak kurulan duygusal bağın taburculuktan sonra da devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Korhonen ve Kangasniemi, 2013). Bu çalışmada deney grubunda yer alan hemşirelerin iş doyumunda artış olmamasının bir diğer sebebi, primer hemşireliğin doğasından kaynaklanan sorumluluk duygusu ile ilişkili iş stresi olabilir.

Alan yazında iş doyumunu ile karşılanmayan hemşirelik bakımının negatif yönde ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Blackman ve diğ., 2014; Bragadóttir ve diğ., 2020; Janatolmakan ve Khatony, 2022; Jones ve diğ., 2015; Al Muharraq ve diğ., 2022). Bu çalışmada ise deney grubunda yer alan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımını daha az bildirmelerine rağmen iş doyumlarında bir değişiklik olmamıştır. Benzer şekilde kontrol grubunda yer alan hemşirelerin 1. testte bildirdikleri karşılanmayan hemşirelik bakımı, ön test ve 2. test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olmasına rağmen, iş doyum puanlarında anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Bu sonuçlar hemşirelerin iş doyumunda diğer faktörlerin daha etkili olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

5.2.1.3. Hemşirelerin HRYÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1. test ve 2. test HRYÖ değerlendirmeleri karşılaştırıldı. Hemşirelerin gruplar arası HRYÖ ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu. Deney grubu hemşirelerin HRYÖ 2. test puanlarının, kontrol grubu hemşirelerin ise HRYÖ 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. HRYÖ puanlarının yüksek olması hemşirelerin rol ve yetkinlik algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre “Deney grubundaki hemşirelerin primer hemşirelik uygulaması öncesi ile uygulamanın 3. ve 6. ay rol ve yetkinlik değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır” şeklinde oluşturulan H3 hipotezi kabul edilmedi.

Alan yazında modern hemşirelik rolleri; “Bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, savunucu, iletişim ve koordinatörlük, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma ve danışman” şeklinde sıralanmaktadır (Aydemir Gedük, 2018). Hemşirelerin rollerine yönelik tutum ve inançları, rollerine ilişkin farkındalık düzeyini ve yetkinliklerini etkilemektedir (Kalisch ve diğ., 2009a; Gündüzoğlu ve diğ., 2017). Yeterli mesleki eğitim almış hemşirelerin, mesleki yeterliliklerini üst düzeyde kullanmaları için özerkliğe ihtiyaçları vardır (Aiken ve diğ., 2011). Primer hemşirelik yöntemi, hemşirelerin özerkliğini (Parreira ve diğ., 2021; Akbal, 1999; Tiedeman ve Lookinland, 2004) ve mesleki uygulamalarını en çok destekleyen yöntemdir (Parreira ve diğ., 2021). Ayrıca primer hemşirelik, hemşirelerin mesleki rollerini geliştirme fırsatı yaratır. Diğer yandan hemşirelerin beceri ve yeteneklerinin gelişmesini sağlar (Parreira ve diğ., 2021). Hemşirelik bakım sunum yöntemleri hemşirelerin rollerinin tasarlanması için kullanılan bir araçtır (Gabr ve Mohamed, 2012).

Primer hemşirelikle ilgili yapılan çalışmalar, bu yöntemin hemşirelerin rol ve yetkinlikleri üzerindeki etkisinin olumlu olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada primer hemşirelik uygulamasının, özerklik ve hesap verme özelliklerinin en etkili olduğu kültürel değişkenin hemşirelik mesleğine yönelik algı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışma primer hemşirelik uygulamasına bağlı düzenlemelerin, hemşirelik faaliyetlerini mesleki rollerle daha uygun hale getirdiğini bildirmektedir. Hemşireler, primer hemşirelik uygulaması sonrası, primer hemşirelik uygulaması öncesinden farklı olarak; özerklikleri ile ilgili olarak hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması ve uygulanmasını öncelikli olarak belirtmişlerdir (Ferrua ve diğ., 2016). Bir diğer çalışmada, primer hemşirelik uygulaması sonrası hemşirelerin yardımcı rol, tanısal işlevler, kalite sağlama, hasta eğitimi-koçluğu, aile eğitimi-koçluğu, öğrenci eğitimi-koçluğu, eğitim programının değerlendirilmesi için öğretim koçluğu yeterliliklerinde artış bildirilmektedir (Dal Molin ve diğ., 2018). Primer hemşirelikle ilgili yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin; işlerinde daha fazla özerklik ve daha az karmaşıklık deneyimledikleri (Melchior ve diğ., 1999), hemşirelik yeterlilik puanlarının daha yüksek (Felton, 1975), bilgi ve beceri kullanımı, inisiyatif kullanma ve iş kontrolünün daha fazla (Olgun, 1994), hemşirelik müdahalelerinin niteliklerinin daha yüksek (Naef ve diğ., 2019) olduğu sonucuna varılmıştır. Pediatrik onkolojide yapılan bir çalışmada ise hemşirenin koordinatörlük rolü hem hemşireler hem de hastalar tarafından tanımlanmıştır. Aynı çalışmada tanımlanan diğer hemşirelik rolleri ise; bakımın sağlanması, bakımın evde ve hastanede

kolaylaştırılması, rehberlik, savunuculuk ve diğer disiplinlerle iş birliğidir (Korhonen ve Kangasniemi, 2013). Bu çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin kendi içlerinde HYRÖ ve bazı alt boyutlarında anlamlı artış olmuştur. HRYÖ puanlarındaki bu anlamlı değişim her iki grupta da gerçekleştiği için primer hemşirelik uygulaması ile ilişkilendirilememiştir. Bu durumun nedeni kurumda yürütülen hizmet içi eğitimler ve hemşirelerin bu süreçte kazanmış oldukları deneyim olabilir.

5.2.2. Primer Hemşirelik Uygulamasının Hastalar Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.2.1. Hastaların NHBMÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol grubu hemşirelerden ön test, 1. test ve 2. test zamanında bakım alan hastaların NHBMÖ değerlendirmeleri karşılaştırıldı. Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında **NHBMÖ**, ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu. Bu bulgulara göre “Deney grubundaki hemşirelerden primer hemşirelik uygulamasının 3. ve 6. ayında bakım alan hastalar ile aynı dönemlerde kontrol grubundaki hemşirelerden bakım alan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerine ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.” şeklinde oluşturulan H4 hipotezi kabul edilmedi.

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmet sunumunun kalitesinin önemli bir göstergesidir. Son yıllarda sağlık kuruluşları, sundukları hizmetlerle ilişkili yüksek hasta memnuniyeti hedeflemektedir. Hemşirelik bakımının çıktılarında biri, hasta memnuniyetidir (Wagner ve Bear, 2009) ve hemşirelik bakımının uygunluğunu ve kabul edilebilirliğini değerlendirmek için ölçülmesi önemlidir (McCormack ve McCance, 2006). Alan yazında hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi raporlayan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hasta memnuniyetini artırmaktadır (Wagner ve Bear, 2009; Wolf ve diğ., 2008).

Primer hemşirelik yöntemi hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (Tiedemen ve Lookinland, 2004; Akbal, 1999; Parreira ve diğ., 2021). Alan yazında primer hemşireliğin hasta memnuniyetini artırdığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Dal Molin ve diğ., 2018; Sellick ve diğ., 2003; Chen ve diğ., 2020; Nadeau ve diğ., 2017; Spurgeon ve diğ., 2001; Wan ve diğ., 2014; Winslow ve diğ., 2019; Özmen, 1999). Yapılan bir çalışmada primer hemşirelik uygulanan servislerde yatan hastalar, ekip hemşireliği uygulanan servislerde yatan hastalara göre daha yüksek memnuniyet ve daha az bakım ihmali bildirmiştir (Daefler, 1975). Naef ve

diğ. (2019) tarafından yapılan çalışmada primer hemşirelik yöntemi ile bakım alan hastaların yüksek hemşirelik bakımı kalitesi bildirdiği raporlanmıştır. Olgun (1994)'un çalışmasında da primer hemşirelik uygulayan hemşirelerden bakım alan hastalar fonksiyonel hemşirelik uygulayan hemşirelerden bakım alan hastalara göre aldıkları bakımı daha nitelikli olarak tanımlamışlardır. Diğer yandan primer hemşireliğe benzer şekilde, planlı olarak hemşirelerin aynı hastalara atanmalarının hasta memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir (Tonkikh ve diğ., 2020; Duffy ve diğ., 2007). Bu sonuçlardan farklı olarak McPhail ve diğ., (1990) iki farklı hemşire grubunda dönüşümlü olarak primer hemşirelik ve ekip hemşireliği yöntemini rotasyonla uyguladıkları çalışmalarında hasta memnuniyetinde anlamlı bir değişiklik olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (McPhail ve diğ., 1990). Benzer şekilde bu tez çalışmasında da primer hemşirelik ile hasta memnuniyetinin ilişkisi gösterilememiştir.

Hasta memnuniyeti hastaların bireysel özellikleri ile de ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetini etkileyen bireysel özellikler arasında benzer ve çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir. Dönmez (2018)'in çalışmasında yaş, medeni durum, öğrenim durumunun hasta memnuniyetini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir çalışmada yaş, cinsiyet ve hizmet alınan kliniğin hasta memnuniyeti ile ilişkisi gösterilememiş, eğitimin ilişkisi ortaya konabilmiştir (Cerit, 2016). Bir diğer çalışmada cinsiyet, eğitim durumu, daha önce hastanede yatma deneyimi ve yatış gün süresinin etkili olmadığı ancak yaşın hasta memnuniyetini etkilediği bildirilmiştir (Khorshid ve diğ., 2011). Filiz ve Ateş (2020) ise hasta memnuniyeti ile demografik özellikler, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve refakatçi bulundurma durumunun ilişkili olmadığını, daha önce hastanede yatma deneyimi, bağımlılık düzeyi ve yatış gün süresinin ilişkili olduğunu raporlamıştır. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların farklı bireysel özellikleri, bakım beklentilerini ve aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyetliklerini etkilemiş olabilir.

5.2.2.2. Hastaların KHBA-H Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol grubu hemşirelerden ön test, 1. son test ve 2. son test zamanında bakım alan hastaların KHBA-H değerlendirmeleri karşılaştırıldı. Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında KHBA-H ön test ve 1. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H ön test ve 1. test puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu. Bu bulgulara göre “Deney grubundaki hemşirelerden primer hemşirelik uygulamasının 3. ve 6. ayında bakım alan hastalar ile aynı dönemlerde kontrol grubundaki hemşirelerden bakım alan hastaların

karşılanmayan hemşirelik bakımına ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık vardır.” şeklinde oluşturulan H5 hipotezi kısmen kabul edildi.

Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların **iletişim alt boyutu** 1. test puanlarının aynı dönemde deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin gruplarına göre **temel bakım alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplandı. Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların **zamanlama alt boyutu** ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek olduğu hesaplandı.

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hasta bakımının herhangi bir bölümünün atlanması veya gecikmesidir. Bu durum daha çok mevcut kaynaklar ile hastaların hemşirelik bakım ihtiyaçları arasındaki dengesizlikten kaynaklanmakta olup, hemşirelerin profesyonel ve ahlaki değerlerini zorlayan etik bir meseledir (Shubert ve diğ., 2013; Jones ve diğ., 2015). Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hemşirelerin bu dengesizlik nedeniyle işlerini önceliklendirmeleri sonucunda ortaya çıkar (Jones ve diğ., 2015). Karşılanmayan bakım ile hemşirelik çalışma ortamı ve hasta güvenliği kültürü ilişkilidir (Kim ve diğ., 2018). Karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ilişkili diğer faktörler, hastalar tarafından raporlanan olumsuz olaylar ile hastaların personel eksikliği ve yetersiz deneyim algısıdır (Shubert ve diğ., 2013). Hastaların hemşirelik bakımını değerlendirebilecekleri alanlar ile ilgili görüşlerinin alınması, hastanın kendi bakımına ilgisini ve katılımını artırır. Aynı zamanda yönetici hemşirelerin bakım ile ilgili sorunları belirlemeleri ve çözüm geliştirmeleri için yol gösterir (Turgut ve diğ., 2024).

Alan yazında karşılanmayan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yayla ve diğ. (2023) tarafından yapılan çalışmada hastalar en yüksek puan ortalamasını temel bakım boyutundan alırken, zamanında girişimde bulunma (müdahale) boyutundan ise en düşük puan ortalamasını almışlardır (Yayla ve diğ., 2023). Cho ve diğerleri (2017) de aynı bulgulara ulaşmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda hastalar tarafından en sık karşılanmadığı belirtilen hemşirelik bakımı unsurları değişiklik göstermektedir (Kalisch ve diğ. 2014; Gustafsson ve diğ., 2020).

Karşılanmayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin hasta ve hemşireler tarafından değerlendirildiği bir çalışmada, hemşireler ve hastalar tarafından belirtilen, en sık

karşılanmayan hemşirelik bakım unsurları farklılık gösterirken, hemşirelik bakımının belirli yönleri için algıları benzer bulunmuştur (Turgut ve diğ., 2024). Cerit ve Coşkun (2018) tarafından hemşirelik bakım kalitesi algısı ile ilgili yapılan çalışmada, hasta ve hemşirelerin sonuçları olumlu bulunmuş ancak hastaların hemşirelik bakım kalitesi algısı hemşirelerden düşük bulunmuştur. Bu tez çalışmasında ise hemşireler 2. son testte, hastalar ise 1. son testte daha düşük karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirmişlerdir.

Primer hemşirelik, hasta merkezli ve temelinde iletişim olan bir bakım sunum yöntemidir (Moura ve diğ., 2020). Baynton (2015) primer hemşirelik uygulaması ile iletişimin geliştiğini, hastaların önemsendiklerini hissettiklerini, ağrı yönetimi, erken ayağa kalkma ve kişisel ihtiyaçları ile ilgili kararlara katılabildiklerini, çağrı ışıklarının kullanım sıklığının azaldığını bildirmektedir. Alan yazında primer hemşireliğin, karşılanmayan hemşirelik bakımı gereksinimlerine etkisinin hastalar tarafından değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmaması bu bulgunun tartışılmasını sınırlandırmaktadır. Ancak karşılanmayan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesinde 1. testteki puan düşüşünün önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma iki bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümü alt ve üst düzey yönetici hemşirelerin hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji yöntemi kullanılarak tanımlayıcı, ikinci bölümü ise primer hemşirelik yöntemi uygulamasının hemşire ve hasta çıktıları üzerindeki etkilerinin saptanması amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden randomize olmayan gruplarda ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımda gerçekleştirildi.

Araştırmanın birinci bölümünde yönetici hemşirelerle yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler sonucunda;

- Çalışma çizelgelerinin oluşturulması, hemşire görevlendirme kriterleri, uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri ve uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları başlıklı dört ana tema,
- Çalışma çizelgelerinin oluşturulması ana teması altında; “Mevzuat”, “Birimdeki/kurumdaki hemşire insan gücü sayısı”, “Hizmet gereksinimleri”, “Hemşirelerin yetkinliği”, “Vardiyaaların özelliği” ve “Hemşirelerin isteği” başlıklı altı alt tema,
- Hemşire görevlendirme kriterleri ana teması altında; “Hemşirelerin yetkinliği ve deneyimi”, “Hastaların bakım yükü”, “Fiziki ortam”, “Bakım sunum yöntemi”, “Hasta-hemşire iletişimi”, “Hemşirelerin isteği” ve “Hemşirelerin kura çekmesi” başlıklı yedi alt tema,
- Uygulanan görevlendirme yöntemini seçme nedenleri ana teması altında; “Hasta/hemşire oranı”, “Yönetici tercihi”, “Bakım kalitesini geliştirme” ve “Hemşirelerin özellikleri” başlıklı dört alt tema,
- Uygulanan görevlendirme yönteminin sonuçları ana teması altında; “İletişim ve iş birliği”, “Takım çalışması”, “Çalışan doyumu”, “Hemşireye karşı güven” ve “Hasta güvenliği” başlıklı beş alt tema oluşturulmuş,
- Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde, vaka yöntemi daha yaygın olmakla birlikte sadece vaka ve fonksiyonel hemşirelik yöntemlerinin kullanıldığı,

- Yönetici hemşirelerin, hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğinin bulunduğu,
- Bazı kurumların üst düzey yöneticileri ile bazı astlarının tanımladıkları bakım sunum yönteminin farklı olduğu; üst düzey yönetici hemşirelerin vaka yöntemini, alt düzey yönetici hemşirelerin ise fonksiyonel yöntemi tanımladığı saptanmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde primer hemşirelik yönteminin hemşire ve hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla uygulanan KHBA, KHİDÖ, HRYÖ, NHBMÖ ve KHBA-H ön test, 1. test ve 2. test puanlarına ilişkin bulgular sonucunda;

- Deney ve kontrol grubu hemşirelerin, ön test ve 1. test KHBA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, kontrol grubundaki hemşirelerin KHBA 2. test puanlarının deney grubundaki hemşirelere göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Deney grubu hemşirelerin KHBA 2. test puanlarının, ön test puanlarına göre daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, deney grubundaki hemşirelerin karşılayamadığı hemşirelik bakımının azaldığı,
- Kontrol grubu hemşirelerin ön test, 1. test ve 2. test KHBA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Katılımcıların gruplar arası ön test, 1. test ve 2. test “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde ön test, 1. test ve 2. test “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin gruplar arası ön test, 1. test ve 2. test “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri İnsan Kaynakları, Malzeme Kaynakları ve İletişim” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde “İnsan Kaynakları, Malzeme Kaynakları ve İletişim” alt boyutları ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Kontrol grubu hemşirelerin KHİDÖ ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu katılımcılara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde KHİDÖ ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,

- Kontrol grubu hemşirelerin KHİDÖ kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu katılımcılara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde KHİDÖ kurumsal kabul görme ve mesleki başarı alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin gruplar arası KHİDÖ mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı, “mesleki sorumluluk bilincinde olma, mesleki yeterliğin görünürlüğü, mesleğe değer verme ile kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme” alt boyutları ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde KHİDÖ “mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı, mesleki sorumluluk bilincinde olma, mesleki yeterliğin görünürlüğü, mesleğe değer verme ile kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme” alt boyutları ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin gruplar arası HRYÖ ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu hemşirelerin HRYÖ 2. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kontrol grubu hemşirelerin HRYÖ 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin gruplar arası HRYÖ “profesyonellik, doğrudan bakım ve pratik rehberlik” alt boyutları ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin kendi içlerinde HRYÖ “profesyonellik, doğrudan bakım ve pratik rehberlik” alt boyutları ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin gruplar arası HYRÖ klinik araştırma alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu hemşirelerin HYRÖ klinik araştırma alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, kontrol grubu hemşirelerin ise 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,

- Hemşirelerin gruplar arası HYRÖ tıbbi yardım alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu hemşirelerin HYRÖ tıbbi yardım alt boyutu 1. test ve 2. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kontrol grubu hemşirelerin HYRÖ tıbbi yardım alt boyutu 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin gruplar arası HYRÖ liderlik ve reform alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu hemşirelerin HYRÖ liderlik ve reform alt boyutu 2. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kontrol grubu hemşirelerin HYRÖ liderlik ve reform alt boyutu 1. test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında NHBMÖ, ön test, 1. test ve 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H ön test ve 1. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hastaların bakım aldıkları hemşirelerin grupları arasında KHBA-H 2. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H 1. test puanlarının daha düşük ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H iletişim alt boyutu 1. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kontrol grubu hemşirelerden bakım alan hastaların KHBA-H zamanlama alt boyutu ön test, 1. test ve 2. test puanlarının deney grubu hemşirelerden bakım alan hastalara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşire ve yönetici hemşirelere, hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin eğitim programları düzenlenmesi,

- Kurum ya da birimlerde kullanılan bakım sunum yöntemlerinin sonuçlarının analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Yönetici hemşirelere, hemşire insan gücü planlama ile ilgili eğitim programları düzenlenmesi,
- Hastaların aldıkları hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerinin alınması, analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hemşirelerin yetkinliğini artırmak için mesleki eğitim sonrası etkin hizmet içi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi,
- Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin ve doyum kaynaklarının analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hemşirelerin, hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşlerini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- Ülkemizde yaygın olarak kullanılan vaka yöntemini daha etkin hale getirebilecek yöntemlerin belirlenmesi için çalışma yapılması,
- Gelecek araştırmalarda farklı bakım sunum yöntemlerinin hasta, hemşire ve kurumsal çıktılar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Abusamra, A., Rayan, A.H., Obeidat, R.F., Hamaideh, S.H., Bageas, M.H. and AlBashtawy, M., 2022, The relationship between nursing care delivery models, emotional exhaustion, and quality of nursing care among Jordanian registered nurses, *SAGE open nursing*, 8, 1–10. doi:10.1177/23779608221124292.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. and Silber, J.H., 2003, Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality, *JAMA*, 290(16), 1617-1623. doi:10.1097/01.sa.0000140535.84061.96.

Aiken, L.H., Cimmiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., and Neff D.F., 2011, Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments, *Medical care*, 49(12), 1047–53.

Akbal, E., 1999, *Primer hemşirelik sistemi organizasyon ve sistemin uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akin, S. and Erdogan, S., 2007, The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients, *Journal of clinical nursing*, 16(4), 646-653. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x.

Albsoul, R.A., Safadi, R.R., Alshyyab, M.A., FitzGerald, G., Hughes, J.A. and Ahmad, M., 2023, Missed nursing care in medical and surgical wards in Jordan: A cross-sectional study, *Policy, politics, & nursing practice*, 24(2), 140-150. doi:10.1177/15271544231155845.

Alexander, C.S., Weisman, C.S. ve Chase, G.A., 1981, Evaluating primary nursing in hospitals: Examination of effects on nursing staff, *Medical care*, 19(1), 80-89.

Al-Faouri, I., Obaidat, D.M. and AbuAlRub, R.F., 2021, Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses, *Nursing forum*, 56(2), 273-283. doi:10.1111/nuf.12537.

Allen, S.B., 2015, The nurse-patient assignment: purposes and decision factors, *The journal of nursing administration*, 45(12), 628-635. doi:10.1097/NNA.0000000000000276.

Allen, D.E. and Vitale-Nolen, R.A., 2005, Patient care delivery model improves nurse job satisfaction, *The journal of continuing education in nursing*, 36(6), 277-282. doi:10.3928/0022-0124-20051101-08.

Al Muharraq, E.H., Alallah, S.M., Alkhayrat S.A., and Jahlan, A.G., 2022, An overview of missed nursing care and its predictors in Saudi Arabia: A cross-sectional study, *Nursing research and practice*, 2022, 4971890. doi:10.1155/2022/4971890.

Archibong, U.E., 1999, Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study, *Journal of advanced nursing*, 29(3), 680-689, doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00937.x,

Arslan Yürümezoğlu, H. ve Kocaman, G., 2022, *İnsan kaynakları yönetimi*, Hemşirelikte yönetim, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 10, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, ISBN: 978-605-70825-1-0

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S. and Rafferty, A.M., 2013, Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study, *BMJ quality & safety*, 23(2), 126–135. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.

Aydemir Gedük, E., 2018, Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri, *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi*, 5(2), 253–258. doi:10.17681/hsp.358458.

Bae, S.H., 2021, Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review, *Journal of clinical nursing*, 30(15-16), 2202-2221. doi:10.1111/jocn.15728.

Bailyn, L., Collins, R. and Song, Y., 2007, Self-scheduling for hospital nurses: an attempt and its difficulties, *Journal of nursing management*, 15(1), 72-77. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00633.x.

Baykal, Ü., Türkmen, E., Alan, H., Başulaş, Ç.Y., Göktepe, N., Gümüş, E., Güngör, S., Serbest, Ş., Harmancı Seren, A.K., Tiryaki Şen, H. ve Şen, S., 2020, Türkiye’de COVID-19 salgını: Kriz yönetiminde yönetici hemşirelerin deneyimleri ve Yönetici Hemşireler Derneği’nin faaliyetleri, *Koç üniversitesi hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 17(3), 290-293. doi:10.5222/HEAD.2020.36024.

Baynton, J., 2015, Primary nursing in a short-stay unit, *Creative nursing*, 21(1), 26-29. doi:10.1891/1078-4535.21.1.26.

Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., Aberly, E. and Harvey, C., 2015, Factors influencing why nursing care is missed, *Journal of clinical nursing*, 24(1-2), 47-56. doi:10.1111/jocn.12688.

Boumans, N.P. and Landeweerd, J.A., 1999, Nurses' well-being in a primary nursing care setting in The Netherlands, *Scandinavian journal of caring sciences*, 13(2), 116-122.

Bourque, M., DeFilippis, D. and Adkins, L., 2021, Creating a new model of care by integrating case management nurses in a children's hospital, *Professional case management*, 26(5), 242-249. doi:10.1097/NCM.0000000000000494.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J. and Tryggvadóttir, G.B., 2017, Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals, *Journal of clinical nursing*, 26(11-12), 1524-1534. doi:10.1111/jocn.13449.

Bragadóttir, H., Burmeister, E.A., Terzioglu, F. and Kalisch, B.J., 2020, The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses-an international study, *Journal of nursing management*, 28(8), 1851-1860. doi:10.1111/jonm.13051.

Bruyneel, L., Li, B., Ausserhofer, D., Lesaffre, E., Dumitrescu, I., Smith, H.L., Sloane, D.M., Aiken, L.H. and Sermeus, W., 2015, Organization of hospital nursing, provision of nursing

care, and patient experiences with care in Europe, *Medical care research and review*, 72(6), 643-664. doi:10.1177/1077558715589188.

Butler, M., Schultz, T.J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., Beaumier, J., Kelly, R.G. and Drennan, J., 2019, Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes, *Cochrane Database of systematic reviews*, 4(4). doi:10.1002/14651858.CD007019.pub3.

Cerit, B., 2016, Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 27–36.

Cerit, B. ve Coşkun, S., 2018, Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları, *Turkish journal of clinics and laboratory*, 9(2), 103-109. doi:10.18663/tjcl.380674.

Chen, Q., Gottlieb, L., Liu, D., Tang, S. and Bai, Y., 2020, The nurse outcomes and patient outcomes following the High-Quality Care Project, *International nursing review*, 67(3), 362-371. doi:10.1111/inr.12587.

Chen, F., Liu, Y., Wang, X. and Dong, H., 2021, Transition shock, preceptor support and nursing competency among newly graduated registered nurses: a cross-sectional study, *Nurse education today*, 102, 104891. doi:10.1016/j.nedt.2021.104891.

Church, C.D., 2016, Defining competence in nursing and its relevance to quality care, *Journal for nurses in professional development*, 32(5), E9–E14. doi:10.1097/nnd.0000000000000289.

Cho, S.H., Mark, B.A., Knafl, G., Chang, H.E. and Yoon, H.J., 2017, Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care, *Journal of nursing scholarship*, 49(3), 347-355. doi: 10.1111/jnu.12292.

Cho, S.H., Lee, J.Y., You, S.J., Song, K.J. and Hong, K.J., 2020, Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes, *International journal of nursing practice*, 26 (1), doi: 10.1111/ijn.12803.

Cırık, V.A. ve Efe, E., 2019, Çocuk kliniklerinde primer hemşirelik bakım modelinin önemi, *Tıp ve sağlık bilimleri*, 39.

Cocchieri, A., Cesare, M., Anderson, G., Zega, M., Damiani, G. and D'Agostino, F., 2023, Effectiveness of the primary nursing model on nursing documentation accuracy: a quasi-experimental study, *Journal of clinical nursing*, 32(7-8), 1251-1261. doi:10.1111/jocn.16282.

Cocchieri, A., Magon, G., Cavalletti, M., Cristofori, E. and Zega, M., 2021, Exploring hospital compliance with the primary nursing care model: validating an inventory using the Delphi method, *BMC Nursing*, 20(1), 188. doi:10.1186/s12912-021-00712-1.

Colaizzi, P.F., 1978, *Psychological research as the phenomenologist views it*, in R.S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology*, Oxford University Press, New York.

Çağan, Ö. Ve Koca, B., 2020, Klinik hemşireler için iş doyumu ölçeği'nin türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi, *Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi*, 13 (2), 49-58.

- Dabney, B.W. and Kalisch, B.J., 2015, Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care, *Journal of nursing care quality*, 30 (4), 306-312. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000123.
- Dadich, A., Fisher, K.R. ve Muir, K., 2013, How can non-clinical case management complement clinical support for people with chronic mental illness residing in the community?, *Psychology, health & medicine*, 18 (4), 482-489. doi: 10.1080/13548506.2012.748207.
- Daeffler, R., 1975, Patients' perception of care under team and primary nursing, *Journal of nursing administration*, 3 (1), 20-26.
- Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M. and Croso, A., 2018, The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study, *Journal of clinical nursing*, 27 (5-6), 1094-1102. doi: 10.1111/jocn.14135.
- Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Phillips, J. and Graham, B., 2006, Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'?, *Australian journal of advanced nursing*, 23 (3), 47-55.
- Demir, Y., Gürol Arslan, G., Eşer, İ. ve Khorshid, L., 2011, Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi, *İ.Ü.F.N. hemşirelik dergisi*, 19(2), 68-76.
- Dubois, C.A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. and Blais, R., 2012, A taxonomy of nursing care organization models in hospitals, *BMC health services research*, 12, 286. doi: 10.1186/1472-6963-12-286.
- Duffield, C., Roche, M., Diers, D., Catling-Paull, C. and Blay, N., 2010, Staffing, skill mix and the model of care, *Journal of clinical nursing*, 19 (15-16), 2242-2251. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03225.x.
- Duffy, J.R., Baldwin, J. and Mastorovich, M.J., 2007, Using the quality-caring model to organize patient care delivery, *The Journal of Nursing Administration*, 37 (12) 546-551.
- Ergezen, F.D., Çiftçi, B., Yalın, H., Geçkil, E., Korkmaz Doğdu, A., Mihrap İlter, S., Terzi, B., Kol, E. and Kasıkçı, M., 2023, Missed nursing care: A cross-sectional and multi-centric study from Turkey, *International journal of nursing practice*, doi:10.1111/ijn.13187.
- Dönmez, G., 2018, *Hemşirelerin duygu durumları ile yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ekici, D., 2013, *Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi*, Sim Matbaacılık, Ankara, ISBN: 978-605-86352-1-0
- Erdogan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M.N., 2015, *Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Erşan, E.E., Yıldırım, G., Doğan, O. ve Doğan, S., 2013, Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi, *Anadolu psikiyatri dergisi*, 14, 115-121. doi: 10.5455/apd.34482.

- Fairbrother, G., Chiarella, M. and Braithwaite, J., 2015, Models of care choices in today's nursing workplace: where does team nursing sit?, *Australian health review*, 39 (5), 489-493. doi: 10.1071/AH14091.
- Fawcett, J., 2021a, Thoughts about models of nursing practice delivery, *Nursing science quarterly*, 34 (3), 328-330. doi: 10.1177/08943184211010460.
- Fawcett, J., 2021b, More thoughts about models of nursing practice delivery, *Nursing science quarterly*, 34 (4), 458-461. doi: 10.1177/08943184211031584.
- Felton, G., 1975, Increasing the quality of nursing care by introducing the concept of primary nursing: a model project, *Nursing research*, 24 (1), 27-32.
- Ferguson, L. and Cioffi, J., 2011, Team nursing: experiences of nurse managers in acute care settings, *Australian journal of advanced nursing*, 28 (4).
- Fernandez, R., Tran, D.T., Johnson, M. and Jones, S., 2010, Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery, *Journal of nursing management*, 18 (3), 265-274. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01058.x.
- Fernandez, R., Johnson, M., Tran, D.T. and Miranda, C., 2012, Models of care in nursing: a systematic review, *International journal of evidence-based healthcare*, 10 (4), 324-337. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00287.x.
- Ferrua, R., Nelson, J.W., Gatta, C., Croso, A., Gilot, C.B. and Dal Molin, A., 2016, The impact of the primary nursing model on cultural improvement: a mixed-method study, *Creative nursing*, 22 (4), 259-267. doi: 10.1891/1078-4535.22.4.259.
- Filiz, S. and Ateş, S., 2020, What are the factors affecting nursing care satisfaction of patients hospitalized in palliative care units? A cross-sectional study, *Journal of traditional medical complementary therapies*, 3(3), 285-92. doi: 10.5336/jtracom.2020-73410.
- Fiorio, C.V., Gorli, M. and Verzillo, S., 2018, Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model, *BMC health services research*, 18 (1), 95. doi: 10.1186/s12913-018-2877-4.
- Fowler, J., Hardy, J. and Howarth, T., 2006, Trialing collaborative nursing models of care: the impact of change, *Australian journal of advanced nursing*, 23(4), 40-46.
- Gabr, H. and Mohamed, N., 2012, Job characteristics model to redesign nursing care delivery system in general surgical units, *Academic Research International*, 2 (1).
- Gardner, K.G. and Tilbury, M., 1991, A longitudinal cost analysis of primary and team nursing, *Nursing economics*, 9 (2), 97-104.
- Gardner, K., 1991, A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing, *Nursing research*, 40 (2), 113-117.
- Gonçalves, I., Mendes, D.A., Caldeira, S., Jesus, É. and Nunes, E., 2023, The primary nursing care model and inpatients' nursing-sensitive outcomes: A systematic review and narrative synthesis of quantitative studies, *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2391. doi:10.3390/ijerph20032391.

- Goode, D. and Rowe, K., 2001, Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach, *Intensive and critical care nursing*, 17 (5), 294-303. doi: 10.1054/iccn.2001.1600.
- Göktepe, N. ve Türkmen, E.E., 2022, *Hemşire insan gücünün planlanması*, Hemşirelikte yönetim, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 11, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, ISBN: 978-605-70825-1-0
- Gray, F.C. and White, A., 2012, Concept analysis: case management role confusion, *Nursing forum*, 47 (1), 3-8. doi: 10.1111/j.1744-6198.2011.00244.x.
- Gustafsson, N., Leino-Kilpi, H., Prga, I., Suhonen, R. and Stolt, M., 2020, Missed care from the patient's perspective-a scoping review, *Patient preference and adherence*, 14, 383-400. doi:10.2147/PPA.S238024.
- Gündüzoğlu, N.C., Korhan, E.A., Dilemek, H. and Uzelli Yılmaz, D., 2017, The validity and reliability of the Turkish form of the nurses' role and competencies scale, *International journal of caring sciences*, 10(3), 1240.
- Haftu, M., Girmay, A., Gebremeskel, M., Aregawi, G., Gebregziabher, D. and Robles, C., 2019, Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals; Northern Ethiopia, *PLoS ONE*, 14 (12), e0225814. doi: 10.1371/journal.pone.0225814.
- Hall, C., McCutcheon, H., Deuter, K. and Matricciani, L., 2012, Evaluating and improving a model of nursing care delivery: a process of partnership, *Collegian*, 19 (4), 203-210. doi: 10.1016/j.colegn.2012.07.003.
- Hall, L.M. and Doran, D., 2004, Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality, *Journal of nursing care quality*, 19 (1), 27-33. doi: 10.1097/00001786-200401000-00007.
- Hammad, M., Guirguis, W. and Mosallam, R., 2021, Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt, *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 96 (1), 22. doi: 10.1186/s42506-021-00083-0.
- Havaei, F., McPhee, M. and Dahinten, V.S., 2019a, The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross sectional survey study of medical-surgical nurses, *Journal of advanced nursing*. doi:10.1111/jan.13997.
- Havaei, F., MacPhee, M. and Dahinten, V.S., 2019b, The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses, *Journal of advanced nursing*, 75 (10), 2144-2155. doi: 10.1111/jan.13997.
- Houser, J., 2003, A model for evaluating the context of nursing care delivery, *Journal of nursing administration*, 33 (1), 39-47. doi: 10.1097/00005110-200301000-00008.
- Ibrahim, E., Sherif, A. and Serag Eldin, H., 2022, Improving the efficiency of hospital nursing unit design: an analytical study, *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 1056, 012013. Presented at the *International Conference on Civil and Architecture Engineering (ICCAE-14)*. doi: 10.1088/1755-1315/1056/1/012013.

- İlaslan, N. ve Yıldırım Şişman, N., 2019, Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri, *Cukurova medical journal*, 44(4), 1226-1236. doi:10.17826/cumj.509488.
- İncedere, A. ve Yıldız, M., 2019, Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde olgu yöneticiliği: 24 aylık uygulama sonuçları, *Türk psikiyatri dergisi*, 30 (4), 245-252. doi: 10.5080/u23532.
- İnkaya, B., 2014, *Vaka yönetiminin hemodiyaliz hastalarındaki riskleri azaltmadaki etkisi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- İspir Demir, Ö., Yıldırım, A., Sönmez, B. and Duygulu, S., 2023, Relationship between structural empowerment and nurse and patient-reported outcomes: the mediating role of control over nursing practices, *Western journal of nursing research*, 45 (7), 634-645. doi: 10.1177/01939459231169146.
- Janatolmakan, M. and Khatony, A., 2022, Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran, *BMC nursing*, 21 (1), 59. doi: 10.1186/s12912-022-00839-9.
- Jin, J. and Yi, Y.J., 2019, Patient safety competency and the new nursing care delivery model, *Journal of nursing management*, 27 (6), 1167-1175. doi: 10.1111/jonm.12788.
- Jing, W., Zhang, X., Chi, R., Sun, X. and Lv, S., 2019, Exploration of factors influencing nurse competence through nursing profile analysis, *Journal of continuing education in nursing*, 50(12), 572-580. doi:10.3928/00220124-20191115-09.
- Jones, T., Hamilton, P. and Murry, N., 2015, Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review, *International journal of nursing studies*, 52, 1121–1137. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J.A. & Bambra, C., 2010, Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing, *Cochrane database of systematic reviews*, 2010 (2), CD008009. doi: 10.1002/14651858.CD008009.pub2.
- Kalaycı, Ş., 2009, *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kalisch, B.J., 2006, Missed nursing care: a qualitative study, *Journal of nursing care quality*, 21 (4), 306-313; quiz 314-315. doi: 10.1097/00001786-200610000-00006.
- Kalisch, B.J., Weaver, S.J. and Salas, E., 2009a, What does nursing teamwork look like? A qualitative study, *Journal of nursing care quality*, 24 (4), 298-307. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181a001c0.
- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L. and Hinshaw, A.S., 2009b, Missed nursing care: a concept analysis, *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
- Kalisch, B.J., Terzioğlu, F. and Duygulu, S., 2012, The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings, *Nursing economics*, 30 (1), 29-37.

- Kalisch, B.J., Xie, B. and Waller Dabney, B., 2014, Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events, *American journal of medical quality*, 29(5), 415-422. doi:10.1177/1062860613501715.
- Kalisch, B.J. and Williams, R.A., 2009, Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care, *Journal of nursing administration*, 39 (5), 211-219. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.
- Karahan, A. ve Kav, S., 2018, Hemşirelikte mesleki yetkinlik, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 5(2), 160-168.
- Khorshid, L., Demir, Y., Gürol Arslan, G. ve Eşer, İ., 2011, Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi, *Florence Nightingale journal of nursing*, 19(2), 68-76.
- Kim, K.J., Yoo, M.S. and Seo, E.J., 2018, Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea, *Asian nursing research*, 12 (2), 121-126. doi: 10.1016/j.anr.2018.03.001.
- Kimball, B., Joynt, J., Cherner, D. and O'Neil, E., 2007, The quest for new innovative care delivery models, *Journal of nursing administration*, 37 (9), 392-398. doi: 10.1097/01.NNA.0000285142.57118.56.
- Kivimäki, M., Voutilainen, P. and Koskinen, P., 1995, Job enrichment, work motivation, and job satisfaction in hospital wards: testing the job characteristics model, *Journal of nursing management*, 3 (2), 87-91. doi: 10.1111/j.1365-2834.1995.tb00086.x.
- Koç, Z., Çınarlı, T., Şener, A. ve Kızıltepe, S.K., 2018, Patricia Benner: hemşirelik uygulamalarında klinik bilgelik ve beceri edinimi, *ACU sağlık bilimleri dergisi*, 9(1), 1-12.
- Koçel, T., 2015, *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım, Ankara, ISBN:978-605-333-416-3
- Korhonen, A. and Kangasniemi, M., 2013, It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents, *European journal of oncology nursing*, 17 (6), 732-738. doi: 10.1016/j.ejon.2013.04.001.
- Kömürcü, N., Durmaz, A., Bayram, N., Genç Koyucu, R. ve Karaman, Ö.E., 2014, Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve modelleri, *Sağlıkta performans ve kalite dergisi*, 7(1), 95-114.
- Kramer, M. and Schmalenberg, C., 2005, Revising the essentials of magnetism tool: there is more to adequate staffing than numbers, *Journal of nursing administration*, 35 (4), 188-198. doi: 10.1097/00005110-200504000-00008.
- Kullberg, A., Bergenmar, M. and Sharp, L., 2016, Changed nursing scheduling for improved safety culture and working conditions – patients' and nurses' perspectives, *Journal of nursing management*, 24, 524–532. doi:10.1111/jonm.12352.
- Kwok, A., 2015, The evolution of management theories: a literature review, *Nang Yan business journal*, 3, 28–40.

- Lee, B.S., Eo, Y.S. and Lee, M.A., 2018, Development of job satisfaction scale for clinical nurses, *J Korean Acad Nurs*, 48(1), 12-25. doi: 10.4040/jkan.2018.48.1.12.
- Lima, J.C., Silva, A.E.B.C. and Caliri, M.H.L., 2020, Omission of nursing care in hospitalization units, *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3233. doi:10.1590/1518-8345.3138.3233.
- Lin, L.C., Lee, S., Ueng, S.W. ve Tang, W.R., 2016, Reliability and validity of the Nurse Practitioners' Roles and Competencies Scale, *Journal of clinical nursing*, 25 (1-2), 99-108. doi: 10.1111/jocn.13001.
- Lincoln, Y. S. and Guba, E. G., 1986, But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation, *New directions for evaluation*, (30), 73-84.
- Lookinland, S., Tiedeman, M.E. and Crosson, A.E., 2005, Nontraditional models of care delivery: have they solved the problems? *Journal of nursing administration*, 35(2), 74-80. doi: 10.1097/00005110-200502000-00006.
- López Cárdenas, W.I., Gil Vidal, E., Altamirano Ceron, R.M., Henao Murillo, N.A., Santa Mejía, Y.A. and Jurado Jiménez, A.C., 2022, Care perceptions in two ICU nursing care delivery models: A qualitative-comparative approach, *Invest educ enferm*, 40(3), doi:10.17533/udea.iee.v40n3e15.
- Lu, H., Zhao, Y., and While, A., 2019, Job satisfaction among hospital nurses: a literature review, *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21-31. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011.
- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. and Bond, S., 2003, Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses, *Journal of nursing management*, 11(5), 299-306. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00399.x.
- Manthey, M., 2009, The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight, *Creative nursing*, 15(1), 36-8. doi: 10.1891/1078-4535.15.1.36.
- Marquis, B.L. ve Huston, C.J., 2017, *Hemşirelikte liderlik rolleri ve yönetim işlevleri*, Bahçecik, A.N. ve Öztürk, H. (Çev. Ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ISBN:978-605-335-347-8
- Mattila, E., Pitkänen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A. and Aalto, P., 2014, The effects of the primary nursing care model: a systematic review, *Journal of nursing and care*, 3(6). doi: 10.4172/2167-1168.1000205.
- McCormack, B., 1992, A case study identifying nursing staffs' perception of the delivery method of nursing care in practice on a particular ward, *Journal of advanced nursing*, 17(2), 187–197. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01873.x.
- McCormack, B. and McCance, T.V., 2006, Development of a framework for person-centred nursing, *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472–479.
- McCullough, L., 2009, The case manager: an essential link in quality care, *Creative nursing*, 15(3), 124-126. doi: 10.1891/1078-4535.15.3.124.

- McPhail, A., Pikula, H., Roberts, J., Browne, G., Harper, D., Cormier O'Connor, A.M. and Gardner, D.L., 1990, Primary nursing, *Western journal of nursing research*, 12(2), 188–200. doi:10.1177/019394599001200205.
- Meehan, T.C., 2003, Careful nursing: a model for contemporary nursing practice, *Journal of advanced nursing*, 44(1), 99-107. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02772.x.
- Melchior, M.E., Halfens, R.J., Abu-Saad, H.H., Philipsen, H., van den Berg, A.A. and Gassman P., 1999, The effects of primary nursing on work-related factors, *Journal of Advanced Nursing*, 29, 88-96.
- Merriam, S. B. and Tisdell, E. J., 2015, *Qualitative research: A guide to design and Implementation*, John Wiley & Sons.
- Morrow, R., Rodriguez, A. and King, N., 2015, Colaizzi's descriptive phenomenological method, *The psychologist*, 28 (8), ss. 643-644.
- Moura, E.C.C., Lima, M.B., Peres, A.M., Lopez, V., Batista, M.E.M. and Braga, F.D.C.S.A.G., 2020, Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care, *Journal of nursing management*, 28(8), 2103-2112. doi:10.1111/jonm.12846.
- Nadeau, K., Pinner, K., Murphy, K. and Belderson, K.M., 2017, Perceptions of a primary nursing care model in a pediatric hematology/oncology unit, *Journal of pediatric oncology nursing*, 34(1), 28-34. doi: 10.1177/1043454216631472.
- Naef, R., Ernst, J. and Petry, H., 2019, Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: a cross-sectional descriptive study, *Journal of advanced nursing*, 75(10), 2133-2143. doi: 10.1111/jan.13995.
- Nahasaram, S.T., Ramoo, V. and Lee, W.L., 2021, Missed nursing care in the Malaysian context: a cross-sectional study from nurses' perspective, *Journal of nursing management*, 29(6), 1848-1856. doi: 10.1111/jonm.13281.
- Nur, D., 2011, Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumu ve stres ilişkisi, *Klinik psikiyatri*, 14, 230–240.
- Olgun, N., 1994, *Primer hemşirelik yönteminin hasta bakımı ve hemşirelerin iş doyumuna etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özer, M.A. ve Çiftçi, A., 2022, Klasik Yönetim Teorisi'nin iki öncü ismi Fayol ve Weber'in yönetime katkısı üzerine bir değerlendirme, *Fenerbahçe üniversitesi sosyal bilimler dergisi*, 2(1), 133-152.
- Özmen, D., 1996, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi hemşirelik departmanında kalite geliştirme çalışması: primer hemşirelik*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Pagano, R.R., 2009, *Understanding statistics in the behavioral sciences*, Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.

- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. and Salgueiro-Oliveira, A., 2021, Work methods for nursing care delivery, *International journal of environmental research and public health*, 18 (4), 2088. doi: 10.3390/ijerph18042088.
- Payne, R. and Steakley, B., 2015, Establishing a primary nursing model of care, *Nursing management*, 46(12), 11-13. doi: 10.1097/01.NUMA.0000473510.53926.99.
- Pitney, W. A. and Parker, J., 2009, *Qualitative research in physical activity and the health professions*, Champaign, IL: Human Kinetics.
- Polit, D.F. ve Beck, C.T., 2012, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Pontin, D., 1999, Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing?, *Journal of advanced nursing*, 29(3), 584-91. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00926.x.
- Pugh, L.C., Havens, D.S., Xie, S., Robinson, J.M. and Blaha, C., 2001, Case management for elderly persons with heart failure: The quality of life and cost outcomes, *Medsurg nursing*, 10(2), 71.
- Rantanen, A., Pitkänen, A., Paimensalo-Karell, I., Elovainio, M. and Aalto, P., 2016, Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress, *Journal of nursing management*, 24(2), 261-270. doi:10.1111/jonm.12313.
- Reed, S.E., 1988, A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing, *Journal of advanced nursing*, 13(3), 383-395. doi:10.1111/j.1365-2648.1988.tb01433.x.
- Sagherian, K., Clinton, M.E., Abu-Saad Huijter, H. and Geiger-Brown, J., 2017, Fatigue, work schedules, and perceived performance in bedside care nurses, *Workplace health & safety*, 65(7), 304-312. doi: 10.1177/2165079916665398.
- Sellick, K.J., Russell, S. and Beckmann, J.L., 2003, Primary nursing: An evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction, *International journal of nursing studies*, 40, 545-551. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00064-6.
- Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B. and De Geest, S., 2013, Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—a cross sectional study, *International journal of nursing studies*, 50(2), 230-239. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016.
- Shenton, A. K., 2004, Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects, *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Shukla, R.K., 1981, Structure vs people in primary nursing; an inquiry, *Nursing research*, 30, 236-241.
- Smith, A.C., 2011, Role ambiguity and role conflict in nurse case managers: an integrative review, *Professional case management*, 16(4), 182-196.

Sönmez, B., İspir, Ö., Türkmen, B., Duygulu, S. and Yıldırım, A., 2020, The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient, *Journal of nursing management*, 28(8), 2072-2080. doi: 10.1111/jonm.12865.

Söyler, S., 2018, Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları iş stresi ile iş doyumunu ilişkisinin incelenmesi: bir meta-analiz çalışması, *Online Türk sağlık bilimleri dergisi*, 3(4), 190-205. doi:10.26453/otjhs.407771.

Spurgeon, P., Hicks, C. and Barwell, F., 2001, Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care, *Midwifery*, 17(2), 123-132. doi:10.1054/midw.2001.0255.

Tahan, H.A. ve Campagna, V., 2010, Case management roles and functions across various settings and professional disciplines, *Professional case management*, 15(5), 245-277. doi: 10.1097/NCM.0b013e3181e94452.

Tamer, G. ve Çetinkaya, H., 2018, Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına etkisi, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 5(2), 97-101. doi:10.5455/sad.13-1525267367.

Çamkerten, S. ve Tatar, A., 2021, Hemşirelerde iş performansı, iş doyumunu ve yaşam doyumunu arası ilişkilerde iş stresinin rolü, *Organizasyon ve yönetim bilimleri dergisi*, 13(1), 20-39.

Taşkıran Eskici, G. and Baykal, U., 2022, Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: a multi-hospital cross-sectional study, *International journal of nursing practice*, 28(5), e13050. doi: 10.1111/ijn.13050.

Taştan, S., Hatipoğlu, S., İyigün, E. and Kılıç, S., 2012, Implementation of a clinical pathway in breast cancer patients undergoing breast surgery, *European journal of oncology nursing*, 16(4), 368-74. doi: 10.1016/j.ejon.2011.07.003.

Tavşancıl, E., 2005, *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı <https://www.saglik.gov.tr/TR-10358/kanunlar.html> Erişim tarihi: 27.09.2024

T.C. Sağlık Bakanlığı <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4498/0/nobet-hizmetlerinden-muafiyetpdf.pdf> Erişim tarihi: 27.09.2024

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022, Sağlık İstatistikleri Yıllığı

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> Erişim Tarihi: 27.09.2024

Türk Dil Kurumu, <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 27.09.2024

Teksöz, E. ve Ocakçı, A. F., 2014, Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları, *Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi*, 7 (2) 119-123 .

Thomas, P., 2009, Case management delivery models: the impact of indirect care givers on organizational outcomes, *Journal of nursing administration*, 39(1), 30-37. doi: 10.1097/NNA.0b013e31818fe7c6.

Thomas, L.H., McColl, E., Priest, J., Bond, S. and Boys, R.J., 1996, *Newcastle satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessments of nursing care*, *Quality in Health Care*, 5 (2), 67-72.

Tiedeman, M.E. and Lookinland, S., 2004, Traditional models of care delivery: what have we learned?, *Journal of nursing administration*, 34(6), 291-297. doi:10.1097/00005110-200406000-00008.

Tonkikh, O., Zisberg, A. and Shadmi, E., 2020, Association between continuity of nursing care and older adults' hospitalization outcomes: A retrospective observational study, *Journal of nursing management*, 28, 1062–1069. doi:10.1111/jonm.13031.

Törüner, E.K., Büyükgönenç, L.(2012). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*. Ankara: Gökçe Ofset.

Turgut, M., Öztürk, N., Işıkeçelik, F. and Ağırbaş, İ., 2024, *Levels of and reasons for missed nursing care from the patient and nurse perspective*, *Journal of Health Sciences*, 33(2), 199-207. doi: 10.34108/eujhs.1391670.

Türk Dil Kurumu-TDK, 2024, Güncel Türkçe sözlük. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 27.09.2024).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı <https://www.saglik.gov.tr/TR-10358/kanunlar.html> Erişim tarihi: 27.09.2024

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4498/0/nobet-hizmetlerinden-muafiyetpdf.pdf> Erişim tarihi: 27.09.2024

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Güncel standartlar*, Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html>, Erişim tarihi: 01.10.2024.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023, *Gösterge yönetimi rehberi*, Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45961/0/1-sks-gosterge-yonetimi-rehberi-rev02304072023-1pdf.pdf>, Erişim tarihi: 01.10.2024.

Türkmen, E.E., 2014a, *Hemşire insan gücünün planlanması*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-2, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, ISBN: 978-605-64411-2-7

Türkmen, E.E., 2014b, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 2-3, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, ISBN: 978-605-64411-2-7

Türkmen, E., 1997, *Hemşirelikte Vaka Yönetimi Yöntemi ve Hasta Bakımı Üzerine Etkileri*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Türkmen, E.E., Aslan, M. ve Bayer, N., 2022, *Hemşirelik bakım sunum yöntemleri*, Hemşirelikte yönetim, İçinde: Baykal Ü.T., Türkmen, E.E. (ed.), Bölüm 12, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, ISBN: 978-605-70825-1-0

- Vatan, F. and Çamveren, H., 2020, Nurse managers' experience in preparing a computerized work schedule, *CIN: computers, informatics, nursing*, 38(3), 111–115. doi:10.1097/cin.0000000000000621.
- Ventura-Silva, J.M., Martins, M.M., Trindade, L.L., Faria, A.C., Barros, S.C., Castro, S.F., Rocha, C.G., Mendes, M. and Ribeiro, O.M., 2024, Implementation of the primary nursing care model in a hospital service: a quasi-experimental study, *Wiley nursing forum*, Volume 2024, Article ID 5549115. doi:10.1155/2024/5549115.
- Wagner, D. and Bear, M., 2009, Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework, *Journal of advanced nursing*, 65(3), 692–701. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x.
- Wagner, E.H., 2019, Organizing care for patients with chronic illness revisited, *Milbank quarterly*, 97(3), 659-664. doi: 10.1111/1468-0009.12416.
- Wan, H., Hu, S., Thobaben, M., Hou, Y. and Yin, T., 2011, Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women, *Contemporary nurse*, 37(2), 149-159. doi:10.5172/conu.2011.37.2.149.
- White, P. and Hall, M.E., 2006, Mapping the literature of case management nursing, *Journal of Medical Library Association*, 94(2 Suppl), E99-106.
- Winslow, S., Cook, C., Wendy, E., Hahn, D., Maduro, R. and Morgan, K., 2019, Care delivery models: challenge to change, *Journal of nursing management*. doi:10.1111/jonm.12827.
- Wolf, D.M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T. and Hoffman, L., 2008, Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care, *Journal of nursing care quality*, 23(4), 316-321. doi:10.1097/01.NCQ.0000336672.02725.a5.
- Wu, L., Liu, J., Lai, J. and Meng, L., 2021, Primary nursing intervention can improve the prognosis and postoperative quality of life of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage undergoing minimally invasive surgery, *American Journal of Translational Research*, 13(4), 2955-2961. doi: 10.3892/ol.2020.11880.
- Yakusheva, O., Lindrooth, R. and Weiss, M., 2014, Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis, *Medical Care*, 52(10), 864-869. doi: 10.1097/MLR.0000000000000189.
- Yayla, A., Eskici, V., Karaman Özlü, Z., Kılınç, T. ve Yılmaz, B., 2023, Ameliyat sonrası dönemde hastaların karşılanmayan bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 10(2), 163-171. doi:10.54304/SHYD.2023.67944.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H., 2018, *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*, 10. baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

EKLER

EK 1- Yönetici Hemşireler İçin Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

- 1) Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Yaşınız, bitirdiğiniz okul, mesleki deneyiminiz, çalıştığınız kurumlar, pozisyonlarınız vb.)
- 2) Kurum/servisinizin yatak sayısı, hasta özellikleri/hasta sınıflandırma, hemşire sayısı, hemşirelerin hastalara dağıtımı vb açısından tanıtabilir misiniz?
- 3) Hemşire nöbet listesi hazırlarken neleri göz önünde bulunduruyorsunuz?
 - Gece, hafta sonu, resmi tatiller
 - Hemşire yetkinliği, hasta bakım yükü, (hasta ve hemşire açısından)
- 4) Kurumunuzda/servisinizde hastalara hemşire ataması yaparken hangi kriterleri göz önüne alıyorsunuz?
 - Hasta ile ilgili
 - Hemşire ile ilgili
 - Ünite ile ilgili
- 5) Servisinizde hangi bakım sunum sistemini kullandığınızı ve nedenlerini açıklar mısınız?
- 6) Kullandığınız bakım sunum yönteminin sonuçlarına /etkilerine ilişkin neler söyleyebilirsiniz?
 - Hasta ile ilgili sonuçlar
 - Hemşire ile ilgili sonuçlar
 - Ünite ile ilgili sonuçlar
- 7) Kurum/servisinizin koşulları uygun olsaydı, hangi bakım sunum yöntemini kullanmak isterdiniz? Niçin?
- 8) Konuya ilişkin eklemek istediğiniz başka görüş ve öneriniz var mı?

EK 2- Araştırmanın İkinci Bölümünde Kullanılan Veri Toplama Araçları- Hemşire

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma “Primer Hemşirelik Uygulamasının Etkisinin Belirlenmesi” amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için yanıtlarınızı gerçek olması ile kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtmaları çok önemlidir. Soruları size en yakın olan seçeneği işaretleyerek eksiksiz ve doğru şekilde yanıtlamanızı bekliyorum, çalışmaya olan değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyorum.

Saygılarımla.

Demet YURTSEVER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz:() Kadın () Erkek

3) Medeni Durumunuz:() Evli () Bekar

4) Öğrenim Düzeyiniz:

()Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü (Yüksek

Lisans/Doktora)

5) Mesleki deneyim süreniz:.....

6) Çalıştığınız servisteki deneyim süreniz:

7) Çalıştığınız Birim:

() Genel Cerrahi 1 Servisi

() Genel Cerrahi 2 Servisi

() İç Hastalıkları 1 Servisi

() İç Hastalıkları 2 Servisi

() Ortopedi 1 Servisi

() Ortopedi 2 Servis

KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ ANKETİ (KHBA)

Bölüm A- Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri: Hemşirelik bakım hizmetleri çoğunlukla öncelikler oluşturmayı, birçok talebin zamanında karşılanmasını gerektirmesine karşın, hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı veremeyebilmektedir. Size göre, biriminizdeki hemşirelik personeli tarafından, aşağıdaki hemşirelik bakım unsurları (siz de dahil) hangi sıklıkta verilemiyor? Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. Örneğin; “hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa” bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir. Servisinizde hiç yapılmayan (gerek olmayan) hemşirelik bakım aktiviteleri için “Uygun Değil” seçeneğini işaretlemelisiniz.

Karşılanmayan hemşirelik bakımı: Hemşirenin hastaya vermesi gereken bakımı (Örneğin: ağız bakımı) yoğunluk, malzeme olmaması ya da herhangi başka bir nedenle zamanında veya hiç verememesi, hastanın gereken bakımı zamanında veya hiç alamamasıdır.	Hiçbir zaman Verilmeyor	Sıklıkla Verilmeyor	Bazen Verilmeyor	Nadiren Verilmeyor	Uygun değil
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolandırma					
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi					
3. Hastanın yemek hemiz azakken beslenmesi					
4. Kendilen beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi					
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi					
6. Hastanın hayatı bulgularının istemi edildiği şekilde değerlendirilmesi					
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi					
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi					
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi					
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi					
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi					
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi					
13. Ellerin yıkanması					
14. Tabureculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve tabureculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme					
15. İzeme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması					
16. Her şifte hastanın değerlendirilmesi					
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirilmesi					
18. Çağrı sinyali/zili ne 5 dakika içinde yanıt verilmesi					
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması					
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi					
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi					

Bölüm B-Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri: Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin A bölümünde işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin VERİLEMEME NEDENLERİNİ aşağıda belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz. Şu anda çalışmakta olduğunuz servisi düşünerek cevaplayınız.

Hemşirelik bakımının verilememesi için nedenler Bu nedenler sizin çalıştığınız servis için nasıl?	Önemli bir neden	Orta bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği				
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)				
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışan birimde yoğunluk				
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, triage sekreterleri vb.)				
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması				
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik				
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması				
8. Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi				
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)				
10. Gerekliğinde malzeme/cihazların mevcut olamaması				
11. Gerekliğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması				
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması				
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik				
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu				
15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu				
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması				

Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği (KH-İDÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastalar bana inanır ve güvenirlir.					
2. Becerilerim kurumum tarafından onaylanır					
3. Mesleki becerilerim konusunda üstün başarı sergilerim					
4. Yönetici ve meslektaşlarım beni anlar ve teşvik ederler					
5. Meslektaşlarımla yakın ilişkiler kurarım					
6. Hemşirelik toplum tarafından tanınan bir meslektir					
7. Görev süresine ilişkin düzenlemeler uygundur					
8. Kurumum, hemşirelik mesleğini özerk ve bağımsız bir şekilde icra etmeye olanak sağlar					
9. Hastalar yaptığım hemşireliği takdir ederler					
10. Yöneticilerim iş performansımı takdir ederler					
11. Birlikte çalıştığım meslektaşlarımla ve hekimler iş performansımı takdir ederler					
12. Kişiliğimi, profesyonel bir hemşire olarak olgunlaştırdım					
13. Hastalara bakmak zor bir iştir ancak hemşirelik mesleği erdemli bir birey olmaya yardımcı oluyor					
14. Mesleğimin değerini biliyorum					
15. Hemşirelik mesleği sayesinde cesaretimi ve kendime güvenimi geliştiriyorum					
16. Profesyonel hemşireliğe ilişkin yetkinliğim gelişiyor					
17. Hastaların sağlıklarına kavuşmalarında önemli bir rol oynuyorum					
18. Kıdemli benden düşük hemşirelerin yetiştirilmesine yardımcı oluyorum					
19. Profesyonel bir hemşire olarak çalışmak hayatımın ayrılmaz bir parçası haline geliyor					
20. Profesyonel bir hemşire olarak elimden gelenin en iyisini yapıyorum					
21. Profesyonel bir hemşire olarak sorumluluk bilinciyle çalışıyorum					
22. Profesyonel bir hemşireliğe doğru takip ettiğim mesleki değerler farkındayım					
23. Belli bir gelir kaynağına sahip olmak iyi bir şey					
24. Sabit bir işimin olması iyi bir şey					
25. Mesleğimin diğer insanlara yardım edebilmesinden gurur duyuyorum					
26. İyi bir hastanede çalışıyor olmaktan gurur duyuyorum					

27. Başarılı üstlerim sayesinde kendimle gurur duyuyorum					
28. Kurumda önemli bir rol oynuyorum					
29. Mesleğe yeni başlayan hemşireler tarafından saygı duyulan birisiyim					
30. Profesyonel bir iş olarak hemşireliğin geleceği teminat altındadır					
31. Profesyonel hemşirelik, benim eğilimlerime uygundur					
32. Önemli kararlar alınırken benim fikirlerim göz önünde bulundurulur					
33. Bir bakım ünitesinde veya kurumunda liderlik becerilerimi sergiliyorum					

HEMŞİRELERİN ROL VE YETKİNLİKLERİ ÖLÇEĞİ (HRYO)						
Sizce aşağıda yer alan maddelerden hangisi hemşirelerin rollerini tanımlar ? Lütfen, tanımlama düzeyine göre size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Tamir tıbbi öykü elde etmek için gözlemsel bulgulara dayalı, gelişmiş tanımlama becerilerini kullanma					
2	Muayene ve test sonuçlarını takip etme ve istemde bulunulan tedavileri hekimlerle tartışma					
3	Hastaların gereksinimlerine uygun olarak, zamanında sağlık profesyonellerine danışma					
4	Hastaların muayene, test ve klinik sonuçlarını birleştirerek klinik karar verme sürecine katılma					
5	Klinik bakım problemlerini çözmek için eleştirel düşünceyi kullanma					
6	Güncel hemşirelik bilgilerini birleştirme ve güvenli bakımı sağlama					
7	Sağlık ekibi ile birlikte, hastalar için bütüncül bakım planları hazırlama					
8	Klinik yol haritasının oluşturulması ve uygulanmasına katılma					
9	Aktif olarak hastaların sorunlarını belirleme ve eksiksiz bir hastalık süreci kaydı oluşturmaya yardımcı olma					
10	Hastaların hastalık sürecini bilme ve sağlık ekibi üyeleri ile birlikte, hastaneye yatış/taburculuk planı oluşturma ve uygulama					
11	Hastaların hastalığa ilişkin olası ve mevcut risk faktörlerini tanımlama, uygun önlemleri alma, tedavi sonuçlarını/sağlık eğitimlerini aktif olarak sunma					
12	Hastaların, tanımlarının konulmasına ve doğrulanmasına yardımcı olma					
13	İnvaziv test ve tedavileri bağımsız olarak uygulama veya bunların uygulanmasında bekime yardımcı olma					
14	Çeşitli invaziv girişim ve operasyonlara (ameliyatlara) yardımcı olma					
15	Hemşirelik uygulamalarının izin verdiği kapsamda reçete yazılmasını sağlama					
16	Tetkik ve muayenelerin istemlerini sağlama					

17	Oksijen tedavisinin istemini sağlama					
Sizce aşağıda yer alan maddelerden hangisi hemşirelerin rollerini tanımlar ? Lütfen, tanımlama düzeyine göre size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
18	Hastalar ve aileleri ile olumlu bir etkileşim sağlamada iletişim becerilerini kullanma					
19	Hasta veya hasta yakınlarının hekimler ile iletişimde köprü olma					
20	Hekim ile hasta veya hemşireler arasındaki iletişimde köprü olma					
21	Diğer sağlık profesyonelleri ile uyum ve işbirliği içinde çalışma					
22	Hemşirelere hizmet içi eğitim kurslarında rehberlik etme					
23	Deneyimsiz sağlık ekibi ve hemşirelere rehberlik etme					
24	Hemşirelik öğrencilerine klinik uygulamalarında rehberlik etme					
25	Hastalara ve ailelerine bakuma ilişkin sağlık eğitimi verme					
26	Tıp ve hemşirelik ile ilgili mesleki yayınları okuma ve uygulama					
27	İlgili akademik sempozyumlara katılma					
28	Akademik sempozyumlarda posterler aracılığı ile makaleler yayımlama ve sözel sunum yapma					
29	Bağımsız olarak bir araştırma projesi yürütme					
30	Araştırma projesinin yürütülmesinde diğer bireylerle işbirliği yapma					
31	Hastalara ve ailelerine, yatış süreci ve evde bakım ile ilişkili danışmanlık/rehberlik yapma					
32	Hastalık süreci ile ilgili hasta yada gruplarla(sağlık çalışanları) tartışmalara katılma, ilgili konularda danışmanlık desteği verme					
33	Kişisel mesleki gelişim ve sürekli öğrenmede karşılaşılan sınırlılıkları anlama					

34	Kişisel mesleki gelişimi gerçekleştirebilmek için gerekli yükümlülükleri ve görevleri anlama ve bunlara katılım sağlama					
	Sizce aşağıda yer alan maddelerden hangisi hemşirelerin rollerini tanımlar ? Lütfen, tanımlama düzeyine göre size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
35	Hastayı hastalık durumu ile ilgili bilgilendirme					
36	Hastalara en iyi bakım ortamını sağlamada etik ilkelere uyma					
37	Hastaların test sonuçlarını klinik test sonuçlarıyla birleştirme, tıbbi ve etik karar verme sürecine katılma					
38	Hastaların değer ve mahremiyetine saygı gösterme ve koruma					
39	Sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi için kurum politikaları işbirliği yapma					
40	Sağlık bakım uygulamalarına ve tıbbi politikalara ait güncel bilgiler hakkında farkındalık gösterme ve işleyişini geliştirme					
41	Maliyet etkili bir bakım planı oluşturma					
42	Klinik uygulamada yenilik ve gelişimi destekleme					
43	Hemşirelik ile ilgili hastane içi görevlere katılma ve geliştirme					
44	Mesleki derneklere üye olma					
45	Örgütsel davranışların geliştirilmesine katkı sağlama					
46	Çeşitli kültür ve toplumlar için tıbbi korunmada aktif görev alma ve gönüllü danışmanlık yapma					
47	Hasta ve yakınlarının kültürel yapısı, değerleri ve sağlık inançlarına göre bakım planı hazırlama					
48	Hastalara hizmet sunarken humanistik (insancıl) ve altruistik (fedakarlık) ruhu koruma					
49	Etkileşim yoluyla hasta ve ailesinde güven ve umut oluşturmaya yardım etme hasta ve ailesi ile etkileşim sağlayarak güven ve umudu destekliyor olma					
50	Hastalar ve aileleri ile güven ve profesyonel bakım ilişkisi geliştirme					
51	Hasta ve ailesinin alternatif tedavilere yönelik düşüncelerini ve gereksinimlerini kabul etme					

EK 3- Araştırmanın İkinci Bölümünde Kullanılan Veri Toplama Araçları- Hasta

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma "Primer Hemşirelik Uygulamasının Etkisinin Belirlenmesi" amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için yanıtlarınızı gerçek olması ile kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Verdiğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak olup, üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır. Soruları size en yakın olan seçeneği işaretleyerek eksiksiz ve doğru şekilde yanıtlamanızı bekliyorum, çalışmaya olan değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyorum. Saygılarımla.

Demet YURTSEVER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz:() Kadın () Erkek

3) Medeni Durumunuz:() Evli () Bekar

4) Öğrenim Düzeyiniz:

() Okur yazar değil () Okur yazar () İlk okul () Orta okul () Lise

() Üniversite () Lisansüstü (Yüksek Lisans/Doktora)

5) Mesleğiniz:.....

6) Sosyal Güvenceniz:

() Var () Yok

7) Yatarak Tedavi Gördüğünüz Birim:

() Genel Cerrahi 1 Servisi

() Genel Cerrahi 2 Servisi

() İç Hastalıkları 1 Servisi

() İç Hastalıkları 2 Servisi

() Ortopedi 1 Servisi

() Ortopedi 2 Servisi

8)Hastanede kaç gece kaldınız?.....

9)Hastanede kaldığınız süre boyunca refakatçiniz var mıydı?

() Evet () Hayır

10)Daha önce hastanede kalma deneyiminiz var mı?

() Hayır

() Evet, refakatçi olarak bulundum.

() Evet, daha önce yatarak ilaç tedavisi aldım.

() Evet, daha önce ameliyat oldum.

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır.** Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz. Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunuzum</i>	<i>Oldukça Memnunuzum</i>	<i>Çok Memnunuzum</i>	<i>Fazlasıyla Memnunuzum</i>
1	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3	Birine ihtiyaç duyduğumuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavrıdan	1	2	3	4	5
13	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

MISSCARE (KARŞILANAMAYAN BAKIM) ANKETİ-HASTA

Lütfen, hastanede yattığınız süreyi değerlendirerek, aşağıdaki soruları hatırlayabildiğiniz kadarıyla yanıtlayın; hatırlayamıyorsanız, cevabı boş bırakın.

1. Vardiyada size bakmak için görevlendirilen **hemşirenin** kim olduğunu ne sıklıkla bilirsiniz?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

2. Hemşireniz **tedavi ve bakımınız hakkında** sizinle ne sıklıkta konuştu?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

3. Hemşireniz hastaneye bu yatışınız sırasında size uygulanan **testler** (örneğin röntgen, Manyetik Rezonans, Tomografi taraması) ve / veya **işlemler** (zamanlama, bunlara dâhil olacak eylemler vb.) hakkında size ne sıklıkta bilgi verdi?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

4. Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da bir sorunuz olduğunda, hemşireniz sizi **dinledi mi?**

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

5. Bakımınızla ilgili yapılması gerekenler hakkında bir görüş veya fikriniz olduğunda, hemşire bu görüş ve fikirlerinizi **dikkate aldı mı?**

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

6. Hemşire dişlerinizi fırçalayıp fırçalamadığınızı ve ağızınızı çalkalayıp çalkalamadığınızı ne sıklıkta **kontrol etti** (veya sizin bunu gerçekleştiremediğiniz durumda hemşire ağız bakımınızı ne sıklıkta yaptı)?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

7. Hastanede yattığınız süre boyunca, hemşire **banyo yaptığınızdan** ya da vücudunuzun **temiz olduğundan** emin olmak için ne sıklıkta sizi kontrol etti?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

8.Ortalama olarak, hemşire yataktan kalkıp bir sandalyeye oturmanıza, ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman
☐ Yataktan Kalkmıyordum.

9.Ortalama olarak, hemşire yürümenize ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman
☐ Yürüyemiyordum.

10. Bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardığında, hemşirenin müdahale etmesi genellikle ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5 -10 Dakika
☐ 11 - 20 Dakika
☐ 21 - 30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Daha Fazla
☐ Hiç Bir Makine Uyarı Sesi Çıkarmadı.

11. Çağrı ışığınıza/zilinize bastığınızda (ya da hemşireyi çağırdığınızda), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5-10 Dakika
☐ 11-20 Dakika
☐ 21-30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Fazla
☐ Çağrı Işığuma Hiç Basmadım.

12. Çağrı ışığınıza/zilinize (ya da çağrınıza) yanıt verildiğinde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5-10 Dakika
☐ 11-20 Dakika
☐ 21-30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Fazla
☐ Çağrı Işığuma Hiç Basmadım

13. Tualete gitmek için yardıma ihtiyacınız olduğunda, hemşirenin yardım etmek için odanıza gelmesi ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5-10 Dakika
☐ 11-20 Dakika
☐ 21-30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Fazla
☐ Yardım İstemedim veya İhtiyacım Olmadı.

Hastanedeki bu yatışınız süresince aşağıdaki sorunlardan herhangi birisini yaşadınız mı?			
	EVET	HAYIR	EMİN DEĞİLİM
Düşme			
Deri Bütünlüğünde Bozulma /Yatak Yarası			
İlaç Uygulama Hatası			
Yeni Enfeksiyon Gelişmesi			
Damar Yolu Tıkanması			
Damar Yolundan Cilt Altına Sızıntı Olması			
Başka bir sorun yaşadıysanız belirtiniz:			

EK 4- Primer Hemşirelik Eğitim Programı

Primer Hemşirelik Eğitim Programı						
EĞİTİM KONUSU	HEDEF GRUP	EĞİTİMCİ	TARİH	SAAT	EĞİTİM YÖNTEMİ	EĞİTİMİN HEDEFLERİ
Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri ve Primer Hemşirelik Yöntemi	Uygulama Grubundaki Kliniklerde Çalışan Hemşire ve Sorumlu Hemşireler	Doç. Dr. Emine TÜRKMEN	20-21.04.2022	13.00-15.00	Çevrim İçi	Katılımcılar; Bakım sunum yöntemlerini karşılaştırır. Vaka yönteminin üstün ve zayıf yönlerini tartışır Primer hemşirelik yönteminin zayıf ve üstün yönlerini tartışır Primer hemşirelik uygulamasında elde edilecek hasta, hemşire sonuçları ile organizasyonel sonuçların farkına varır Primer hemşirelik yönteminin uygulamaya aktarılmasında ortaya çıkabilecek sorunları tartışır Hemşirelik bakımından beklentileri tartışır.
Primer Hemşirelik Modelinin Uygulanması	Uygulama Grubundaki Kliniklerde Çalışan Hemşire ve Sorumlu Hemşireler	Demet YURTSEVER	27-28-29.04.2022	14.30-16.30	Yüz Yüze	Katılımcılar; Vaka yöntemi ile primer hemşirelik yöntemlerini karşılaştırır Primer hemşirelik yönteminin felsefesini kavrar Primer hemşirelik sisteminin özellikleri ile hedeflerini bilir ve tartışır. Primer hemşirelik sisteminin uygulama şeklini kavrar. Primer hemşirenin nitelikleri ile görev, yetki ve sorumluluklarını bilir ve tartışır. Yardımcı hemşirenin nitelikleri ile görev yetki ve sorumluluklarını bilir ve tartışır Sorumlu hemşirenin nitelikleri ile görev yetki ve sorumluluklarını bilir ve tartışır Primer hemşirelik koordinatörünün görev yetki ve sorumluluklarını bilir ve tartışır Primer hemşirelik yöntemi uygulanırken yaşanabilecek zorlukları tartışabilir. Primer hemşirelik uygulamasının olumlu ve olumsuz çıktıları tartışır.

EK 5-Ölçek İzinleri





EK 6- Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları

PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ UYGULANMASININ ETKİSİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Demet YURTSEVER tarafından yürütülen “Primer Hemşirelik Uygulamasının Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; primer hemşirelik uygulamasının hemşireler üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcı olarak sizden beklenen çalışmanın amacına ulaşması için, kimsenin baskısı ve telkini olmadan size en uygun gelen cevapları vermenizdir. Formları atlamadan doldurmanız çalışmanın amacına ulaşması için önemli olan bir diğer unsurdur. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışmada “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Hemşirelerin Rol ve Yetkinlikleri Ölçeği”, “Karşılansınmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği” ve “Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği” ni içeren anket formu kullanılacaktır. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda anket formunu doldurmanız 20-25 dakikayı kapsayan bir zaman alacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, verdiğiniz bilgiler yalnızca akademik çalışma ve bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ‘dan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceğim ve herhangi bir ödeme talep etmeyeceğimi belirtildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

() Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. Katılımcının Adı – Soyadı İmza

() Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum. Adı – Soyadı

PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ UYGULANMASININ ETKİSİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Demet YURTSEVER tarafından yürütülen “Primer Hemşirelik Uygulamasının Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; primer hemşirelik uygulamasının hastalar üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcı olarak sizden beklenen çalışmanın amacına ulaşması için, kimsenin baskısı ve telkini olmadan size en uygun gelen cevapları vermenizdir. Formları atlamadan doldurmanız çalışmanın amacına ulaşması için önemli olan bir diğer unsurdur. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışmada “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta” ve “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği”ni içeren anket formu kullanılacaktır. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda anket formunu doldurmanız yaklaşık 10 dakikayı kapsayan bir zaman alacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, verdiğiniz bilgiler yalnızca akademik çalışma ve bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ‘dan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceğim ve herhangi bir ödeme talep etmeyeceğim belirtildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

() Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. Katılımcının Adı – Soyadı İmza

() Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum. Adı – Soyadı

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Demet YURTSEVER tarafından yürütülen “Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmaya davet ediyoruz. Araştırma için sizden tahminen 30-60 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil yaklaşık 30 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcı olarak sizden beklenen çalışmanın amacına ulaşması için, kimsenin baskısı ve telkini olmadan size en uygun gelen cevapları vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmada yönetici hemşirelerin hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ilişkin görüşleri derinlemesine bireysel görüşmeler yapılarak belirlenmeye çalışılacaktır. Yapılacak görüşmede ses kaydı alınacak ve görüşmeden sonra yazıya dökülecektir. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından hard diskte çalışma sonlanana kadar saklanacaktır. Çalışmanın sonlanması durumunda kalıcı olarak silinerek imha edilecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, verdiğiniz bilgiler yalnızca akademik çalışma ve bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ‘dan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerine düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceğim ve herhangi bir ödeme talep etmeyeceğim belirtildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

() Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. Katılımcının Adı – Soyadı İmza

() Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum. Adı – Soyadı

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM SUNUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ VE PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ UYGULANMASININ ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 12	% 10	% 8	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	% 1
7	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Duran, Songul. "Zihinsel Engelli Bireylerin Ebeveynlerine Verilen psikoegitimin oznel Iyi	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

Öğrenci Adı SOYADI
Demet YURTSEVER











KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Öğrenci Adı SOYADI
Demet YURTSEVER











ÖZGEÇMİŞ

