

**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI**

**VERİMLİ BİR İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ İÇİN
ÖNERİLER**

Banu EROĞLU

T 91398

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman:
Doç.Dr.Hande HARMANCI

TC YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İstanbul, 1999

İÇİNDEKİLER:

ÖNSÖZ.....	1
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	1
GİRİŞ.....	2
1. HASTANE KAVRAMI.....	4
2. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ.....	10
2.1. TOPLUMSAL GELİŞME SÜRECİNDE İNSAN KAYNAKLARI.....	10
2.2. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN TANIMI GELİŞİMİ VE AMAÇLAR.....	12
2.2.1. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN YETKİLERİ.....	18
3. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ.....	20
3.1. HEMŞİRELİĞİNİN TANIMI VE FELSEFESİ.....	21
3.2. HEMŞİRELİK İŞ GÜCÜNÜN NİTEL VE NİCEL DURUMU.....	21
3.3. HEMŞİRENİN GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI.....	22
3.4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ VE ÖNEMİ.....	25
4. İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI.....	27
4.1. İNSAN KAYNAKLARININ PLANLAMASININ HEDEFLERİ.....	29
4.2. İNSAN KAYNAKLARI PLANININ OLUŞTURULMASINDA ÖNEMLİ HUSUSLAR VE ORGANİZASYONDAKİ DİĞER SÜREÇLERLE İLİŞKİLERİ	30
4.3. İNSAN KAYNAKLARI PLANLANMASININ ORGANİZASYON İÇİNDEKİ YERİ.....	30
4.3.1. İNSAN GÜCÜ PLANLAMASININ ÖNEMİ.....	31
4.3.2. HEMŞİRELİK VE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI.....	33
4.3.3. İŞ ÖLÇÜMÜ TANIMI VE YARARLARI.....	34
5. VERİMLİLİK.....	36
5.1. VERİMLİLİK VE ETKİNLİK.....	36
5.2. HEMŞİRELİK VE VERİMLİLİK.....	36
6. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
6.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	38
6.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	38
6.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	38
6.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ	40
6.5. BAĞIMLI - BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	42
6.6. UYGULAMA.....	43
6.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
7. BULGULAR.....	45
8. TARTIŞMA.....	62
9. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
9.1. SONUÇLAR.....	68
9.2. ÖNERİLER.....	71

EKLER.....	75
EK-1: BASİT RASTGELE SAYILAR TABLOSU.....	75
EK-2: ÖRNEKLEME TABLOSU.....	76
EK-3: BECERİ ENVANTER FORMU.....	77
EK-4: HEMŞİRE AKTİVİTELERİ İŞ ÖRNEKLEME FORMU.....	79
EK-5: HEMŞİRE AKTİVİTE KATEGORİLERİ.....	82
EK-6: TEDAVİ GİRİŞİMLERİ SKORLAMA SİSTEMİ.....	84
EK-7: HEMŞİRE AKTİVİTELERİ DEĞERLENDİRME FORMU.....	85
KAYNAKÇA.....	91
BİYOGRAFİ.....	96



ÖNSÖZ

İnsan Kaynakları Yönetimi 21. yüzyıla girerken ülkelerin ve kurumların en dikkatli olarak kullanması gereken kaynaklarından birisidir.Çünkü İnsan Kaynağı doğru kullanıldığında her türlü araç ve teçhizattan daha değerli etkin bir güçtür. Bu gücün uygun kullanılması ülkeler arası ve kurumlar arası başarıyı tayin eden en önemli etkidir.

Bu nedenle bu tezin konusu İnsan Kaynaklarının daha iyi yönetimi için öneriler belirlemek olmuştur. Bu amaçla GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi sağlık hizmetlerinde hemşirelik ve yönetim konuları incelenmiş ve bazı önerilerde bulunulmuştur.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca büyük destek ve ilgisini her zaman yanında hissettiğim ve bölümümüzün kurucusu olmakla ülkemize sağlık yöneticiliği kaynağını kazandıran sayın Hocam Prof. Dr. Atıf AKDAŞ'a teşekkür ve şükranlarımı arzederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve görgülerinden yararlandığım sayın hocalarıma ve tezimin tüm aşamalarında titizlikle her tür yardımını esirgemeyen danışmanım Doç.Dr. Hande HARMANCI'ya teşekkürlerimi sunarım. Yine bu süre içerisinde arkadaşlık, dostluk ve dayanışmaları ile huzurlu bir sınıf ortamı yaratan sevgili arkadaşlarıma ve bizleri yönlendiren araştırma görevlisi sayın Yücel GÜRBÜZ'e, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde görevli Sağ.Kd.Ütğm. Yasemin YILMAZ'a, ayrıca istatistik çalışmalarım sırasında fedakar çaba ve desteklerini esirgemeyen GATA Çamlıca Asker Hastanesi İstatistik Uzmanı Sevgili Özlem KÖKSAL'a teşekkürü bir borç bilirim.

Bu günlere gelmemi sağlayan beni yönlendiren, benden sevgi ve desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

ÖZET

Bu araştırma, hastanelerin kaynaklarını maksimum nitelikte ve minimum nicelikte, topluma nasıl sunabileceklerinin belirlenmesini araştırmak ve yönetime bilgi oluşturabilmek amacı ile yapılmıştır.

Bu yaklaşım ile proje 3 parametre kullanılarak yapılmıştır. Bu parametreler; nitelik saptama, iş gücü planlaması ve hastane hizmetlerinin değerlendirilmesidir. Bu parametreler aşağıda açıklanmaktadır.

- Nitelik saptama: Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup GATA Haydarpaşa Eğt.Hst. Komutanlığı'nda görevli 173 hemşireden 106 hemşire üzerinde Beceri Envanter Formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir.
- İş gücü ihtiyacı tanımlama: Bu da tanımlayıcı bir çalışmadır. GATA Haydarpaşa Eğt.Hst. KDCYB ünitesinde çalışan 6 hemşire üzerinde Hemşirelik Girişimleri İş Örneklem Formu uygulanmıştır.
- Hastane hizmetlerini değerlendirme: Bu retrospektif bir araştırma olup GATA Haydarpaşa Eğt Hst'de 1994-1997 yılları arasında verilen sağlık hizmetlerini değerlendirmeye yöneliktir.

Araştırma sonucunda; hemşirelerin mesleki eğitimi ile yaş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bilgisayar ve yabancı dil bilen ve bilmeyen hemşireler arasında bu bilginin mesleklerinin daha iyi yapılması konusunda gerekliliği açısından görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin hasta ile geçirdikleri süre arttıkça yapılan işin süresinde bir değişme olmadığı, KDCYB ünitesinde hasta bakımı için gerekli hemşire sayısının 10 olduğu saptanmıştır. Yıllara göre hemşire ve doktor sayısında %7 oranda artış, yatan hasta sayısında %5, poliklinik hasta sayısında %2'lik artış, yatak işgal oranında ve ortalama yatış süresinde %8'lik azalma, yatak devir hızında %0,2' lik artış olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak eğitim seviyesi ne kadar yüksek olursa olsun önemli olan meslek ruhunun oluşturulmasıdır. Bu çalışmaya dayanarak aşağıdaki maddeler önerilmektedir;

- Hastanelerde verilen hizmet içi eğitim programlarının nicelik ve niteliklerinin artırılması,
- Hemşire aktivitelerine harcanan zamanın ölçülmesinde teknikler geliştirilmesi, bu tekniklerin pilot servisler veya hastanelerde belirli aralıklarla yapılması,
- Hastane istatistiklerinin servis bazına indirgenerek yöneticiler tarafından denetlenerek takip edilmesi,
- Artış/azalışların sebeplerinin araştırılması için ayrıntılı çalışmaların yapılması,



SUMMARY

This study is performed to search how to present the sources of hospitals to the public with a minimum quantity and maximum quality and to obtain data for the use of management.

With this aspect, the search was done by using three parameters. These parameters were to determine the quality, to define the need to working force and to evaluate the hospital services. These parameters were explained below;

- Quality determination: This search is a descriptive study and was done by applying the Ability-Inventory Form to 106 nurses out of 173 nurses, working at the Gülhane Military Medical Academy (GMMA) Haydarpaşa Training Hospital (HTH).
- Definition of working force need: This is again a descriptive study. Here, Nurse Activities Work Sampling Form was applied to six nurses working at the GMMA, HTH, Cardiovascular Surgery Service (CVSS).
- Evaluation of hospital services: This is a retrospective search to evaluate the health services between 1994 and 1997 at the GMMA, HTH.

At the end of the research, a statistically significant correlation was found between the professional education and age status of the nurses ($p < 0.005$). There was not a statistically significant correlation between nurses who have the knowledge on computer and foreign language and those who do not, with respect to the opinion of the necessity of these abilities to improve the quality of their profession ($p > 0.05$). The increase of time which nurses spent with their patients did not show any significant affect on the quality of the work. It was found that, CVSS needed 10 nurses for their patient care. From 1994 to 1997, 7%, 5% and 2% increase was found in the number of nurse/doctor, hospitalized patients and outpatient clinic patients, respectively. In the same period, a 8% decrease was found in the occupation rate of bed. Average bed occupation time was decrease 8%. A 0.2% increase was found in the bed turnover rate.

In conclusion; no matter how high the education level of nurses, the most important issue is to give them the spirit of profession. Based on this study, the following items are recommended;

- to increase the quality and quantity of the professional education programs,
- to develop the new techniques to measure the time to spent for nurse activities, and to use these techniques in pilot clinics and hospitals in certain periods,
- to make the hospital statistics at the level of services and to follow them by managers,
- to conduct detailed studies to investigate the reasons of these increases and decreases.



ABLÖLÄR DİZİNİ:

ablo-1.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (GATA 1998).....	46
ablo-1.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Yaş Grupları ve Bilgisayar Bilip- Bilmeme durumlarına Göre Dağılımı (GATA 1998).....	47
ablo-1.3. Hemşirelerin Öğrenim ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımları (GATA 1998).....	47
ablo-1.4. Hemşirelerin Yaş Gruplarına ve Yabancı Dil Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (GATA 1998).....	48
ablo-1.5. Hemşirelerin Yaş Gruplarına ve Yaptıkları İşte Yabancı Dilin Gerekliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı (GATA 1998).....	48
ablo-1.6. Hemşirelerin Yabancı Dil Bilme Durumlarına ve Yaptıkları İşte Yabancı Dilin Gereklik Gerekmediği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı (GATA 1998).....	49
ablo-1.7. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına ve Yabancı Dil Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (GATA 1998).....	49
ablo 2.1. KDCYB Ünitesinde Yürütölen Postoperatif 0. 1. ve 2. gün Hemşirelik Bakım Aktiviteleri için Ayrılan Süreler (GATA 1997).....	51
ablo 3.1. Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (GATA 1997).....	56
ablo 3.2. Yıllara Göre Yatak Etkinliği (GATA 1997).....	57
ablo 3.3. Yıllara Göre Hemşire Etkinliği (GATA 1997).....	60
ablo 3.4. Yıllara Göre Doktor Etkinliği (GATA 1997).....	60

EKİLLER DİZİNİ:

Ekil 1: İş Dizaynı ve İş Analizine Dayanan Planlama.....	33
Ekil 2: Hemşirelik Hizmetlerinde Kaynaklar.....	37
Ekil 3: Postoperatif dönemlerde Hemşirelerin Kategorilere Göre Hasta İle Geçirdikleri Zamanların Yüzdeleri.....	52
Ekil 4: Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı.....	57
Ekil 5: Yıllara Göre Yatak Etkinliği.....	59
Ekil 6: Yıllara Göre Yatak Etkinliği.....	59
Ekil 7: Yıllara Göre Hemşire Etkinliği.....	61
Ekil 8: Yıllara Göre Doktor Etkinliği.....	61

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ :

GATA HAYDARPAŞA EĞT. HST.:Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

KDCYB :Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım

TMK :Teşkilat Malzeme Kadro

TSK : Türk Silahlı Kuvvetler

TKY :Toplam Kalite Yönetimi



GİRİŞ

Günümüzde oldukça sertleşen rekabet ortamı, toplumları etkilediği kadar, organizasyonları da etkilemektedir. Organizasyonlar bu rekabet savaşından galip çıkabilmek için modern yönetim tekniklerini uygulamaya çalışmaktadır. Bu hızlı değişim sağlık işletmelerini de etkilemektedir.

Dünyada gelişmiş ve üretken toplumlar yaratmayı amaçlayan ülkeler, bu amaca ulaşmada insan gücünün önemini kavramış bulunmaktadır. Bu nedenle insan yaşamında en önemli konuların başında gelen sağlık ile ilgili hizmetlere ayrılan kaynaklar, bu öneme paralel olarak artmıştır.

Kaynakların kıtlığına karşın artan nüfus buna paralel olarak sağlık bakım hizmetlerine artan talep ve yükselen maliyet verilen hizmetlerin bir defada sıfır hata ile karşılanması yolu ile mevcut kaynakların düşük maliyetlerle verimli kullanımını zorunlu hale getirmiştir.

Günümüzde tüm dünyada bedenen ruhen ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlık konusu; hem kişisel, hem toplumsal hem de özel ve kamu sektörü açısından duyarlılık kazanmıştır. Bu duyarlılığın kazanılması sonucunda kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirmek yolunda bazı çabaların gösterilmesi artık bir zorunluluk haline gelmiştir.

Talep edilen hizmetin verimli ve kaliteli bir şekilde hızlı, hatasız ve sürekli; örgütün bir bütün olarak etkinliğinin sağlanması ile hizmetin rekabet ortamında sunulması olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinde toplam kalite kavramı, işletme içinde çalışan herkesin yönetime katkıda bulunmasını ve çalışanlardan azami ölçüde yararlanılarak düşük maliyetle yüksek verimlilik ve yüksek gelir getirmeyi amaç edinmiştir.

Toplam Kalite Yönetiminin sağlık alanına büyük bir hızla giriş yapması, bir çok özel hastane başta olmak üzere Türk Silahlı Kuvvetleri Hastanelerinde de büyük bir gayretle yürütülmeye çalışılması, insanların örgüt içinde büyük bir güç olduğunun farkına varılmasını sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin kaynaklarını eğitilmiş insan gücü, binalar, araç, gereç, ve finansman oluşturmaktadır. Bu kaynaklar içinde insan gücü olmazsa sağlık hizmetinin üretimi, sunumu ve olumlu tanıtımı diye bir kavram söz konusu olamazdı. Sağlık insan gücü, hastane maliyetinin %30-70'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte akılcı bir insan gücü planlamasının olmaması hizmeti veren personelin niteliği ve niceliği ile elde edilen performans arasında rasyonel bir ilişkinin kurulamamasıyla sonuçlanmakta ve insan gücü verimliliği soruşturulamamaktadır.

Verimlilik ve kaliteli bir hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi için insan gücünün iyi yönetimi; verimli bir insan kaynakları yönetimi için ise yetişmiş insan gücünün doğru yerde ve doğru zamanda kullanılması, tatminkar bir iş ortamının sağlanması, devamlı olarak eğitimlerle, bilgi ve beceri düzeylerinin geliştirilmesi gerekir. Bu amaçla hastanelerde insan kaynakları ya da her mesleğin bağlı bulunduğu yönetim departmanlarında fonksiyonel ve etkin bir işbölümü ile uzmanlaşmaya gerekli önemin verilmesi, hizmetlerin yürütülmesine ilişkin gerekli yönetim modelinin oluşturulması gerekmektedir.

Bu araştırmada, yataklı tedavi kurumlarının minimum nicelikteki kaynakları kullanarak oluşturulacak olan maksimum nitelikteki hizmetleri, topluma nasıl sunabileceklerinin planlanmasında, gerçekleştirilen çalışmaların kontrol edilmesinde ve insan gücü planlaması yapılmasında yönetime veri sağlanması amaçlanmıştır.

Bu amaçla, eğitilmiş insan gücünün %50-60'ını oluşturan ve oldukça karmaşık sağlık sistemi içerisinde sağlığın korunup geliştirilmesi, sürdürülmesi yeniden kazandırılması amacıyla hizmet veren, aynı zamanda sağlık meslekleri içerisinde insan gücü açığının en yüksek oranda olduğu hemşirelik hizmetleri yönetimi üzerinde durulacaktır. Çünkü hemşirelik hizmetlerinin ana konusu, insan hayatı ve sağlıktır. Nicelik olarak kıt olan bu kaynağın etkin ve verimli kullanımı, niteliğinin artırılması iyi yönetilmesi hastanelerin etkinlik ve verimliliğini doğrudan etkileyecektir. Hizmetteki yetersizlik ve aksamalar, düşük verimle çalışmanın, insan sağlığı açısından büyük önem taşıdığı düşüncesiyle yapılan bu araştırmanın amaçları

1. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili niteliklerini saptamak,

2. Hastane istatistiklerinden yıllara göre mevcut durumu tespit ederek önerilerde bulunmak,

3. Hemşirelerin Hasta başı bakım sürelerini saptayarak Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Servisinde etkin bir hemşirelik insan gücü planlamak,

1. HASTANE KAVRAMI

Bugünkü hastane anlayışımızla bağdaştırdığımız "hastane" teriminin kökeni latince "hastel", "hotel" ve "hospice" kelimeleridir. Bütün bu kelimelerde ortak olan kavram misafir severliktir. Hastaneler hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin, sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya kısa yahut uzun zaman yatarak müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri ve aynı zamanda doğum yapılan yerlerdir (1). Sistem yaklaşımı olarak hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri hastalar, insangücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklar, çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, bilimsel araştırma geliştirme faaliyetleri, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır (2,3). Hastanelerde pek çok çeşit hizmet birimleri vardır. Bu hizmet birimleri işlevlerini yerine getirebilmek için organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulundurmaktadır. Organize edilmiş elemanlar. hastanenin esas işlevi olan hasta tedavi faaliyetlerini sürdüren (tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik hizmetleri) ile bir kısım destekleyici personeldir.

Hastaneler yatak adetlerine, eğitim yapıp yapmadıklarına, hastalarının yaşına, cinsiyetine, mutlak olarak ilgilendikleri konu veya konulara ilgilendikleri hastalık veya hastalıklara, ilgilendikleri organ veya organ gruplarına veya ait oldukları müesseselere göre sınıflandırılabilirler. Hastane, misafirleri hasta olan bir otel olarak da tarif edilebilir. Hastalar günün 24 saati bakım ve ilgiye muhtaç kimselerdir ve hastanede kaldıkları sürece ailelerinden ayrı yaşamaya mecbur tutulmaları nedeniyle

hassas olup en ufak konulara büyük reaksiyon gösterebilirler. Bu sebeple hastane idaresi güç bir iştir. Hastanenin hizmet alan kimseleri memnun etmek için fonksiyonlarını en iyi şekilde düzenlemesi ve kontrolünü sağlaması gerekir.

Hastane fonksiyonlarını önemine göre şöyle sıralayabiliriz.

1. Tıbbi fonksiyonlar,
2. İdari fonksiyonlar,
3. Mali fonksiyonlar,
4. Teknik fonksiyonlar (Bina ve malzeme bakım onarım),
5. Eğitim ve Araştırma fonksiyonları,
6. Sosyal fonksiyonlar,

Tıbbi fonksiyonlar hasta tedavisi ile ilgili bütün hizmetleri kapsar. (Poliklinikler, üniteler, tıbbi hastalıklar bölümleri gibi).

İdari fonksiyonları başında personel idaresi gelmektedir. Bundan sonra otel idaresi ile ilgili konular bu fonksiyona girer.

Mali fonksiyonlar genel giderleri ile gelirlerle ilgili bütün mali işleri içine almaktadır. Hastanelerde ayrıca döner sermaye ve buna bağlı tam zamanlı işler de mali fonksiyonlarla ilgilidir (1).

Teknik fonksiyonlar, hastane temizliği, onarım, ısıtma, çamaşırhane, bahçe, bina ve malzeme bakımı ve mekanik hizmetleri kapsar.

Eğitim ve araştırma fonksiyonu. hastanelerde verilen yada hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi hastanın ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, diğer hastane personelinin hizmet içi eğitimi ile sağlık konularında toplumun eğitimini içerir.

Araştırma fonksiyonu, biri tıbbi diğeri idari olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi araştırma, klinik araştırma ve geçmişe dönük araştırma olarak ikiye ayrılır. Klinik araştırma hasta ya da deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmadır. Geçmişe dönük araştırma ise, hasta dosyalarına dayanarak yapılan araştırmadır(3,5).

İdari araştırma ise hastanelerdeki işletmecilik sorunlarının çözümlenmesine yönelik araştırma olarak tarif edilebilir. Hastane kuruluşlarının en önemli özelliği verilen tedavi hizmetlerinin türü, niceliği ve kalitesini önceden tahmin etme şansına sahip olamamasıdır. Bu husus hastaneleri diğer organizasyonlardan ayıran önemli bir özelliktir. Hasta kendisi için gerekli olan işlemleri bilmediği için, hastanecilik faaliyetleri istismara açık bir alandır. Bu nedenle hastanın menfaatlerinin korunması hastanenin görevidir. Buda hastane görevlilerinin hasta sağlığını ön planda tutması ile mümkün olabilir (1).

Hastane benzer büyüklükteki diğer organizasyon yapılarının en karmaşık olanıdır. Nedenlerden biri hastane dışındaki etmenlerin yani çevrenin çok karışık oluşudur. Çeşitli kamu sigorta, emekli sandığı gibi kuruluşların hastane üzerine önemli etkileri vardır. Ayrıca hastanede çalışan kimselerin karmaşıklığı çeşitliliği, çok sayıda farklı hastalıklardan şikayetçi olan hastaların gelişindeki düzensizliktir. Bu yüzden herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir.

Hastanelerde aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, çalışan personelin çeşitliliği yapısal karmaşıklıkla neden olan önemli problemlerdendir. 20. yüzyılda tıpta ve teknolojiye gelişmeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması hastanede hem personel hizmet birimlerinin sayısının artmasına ayrıca aşırı iş bölümünün ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu derece ayrı dallara bölünmüş olan personel, birbirlerine göre çok farklı seviyelerde ve farklı alanlarda eğitim görmüştür. Yine bu personel kendi içinde çok farklı ihtiyaçlara, değerlere, eğilimlere ve tutumlara sahiptir. Bu nedenle personel sayısının fazlalığı görevlilerle hastalar arasında sürtüşmelerin, yanlış anlamaların ve gerginliklerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Çünkü farklı yapıda ve özellikteki personelin faaliyetleri arasında koordinasyon sağlanması da bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hastane organizasyonunda koordinasyonu ve haberleşmeyi sağlayacak sistemin ve araçların oluşturulması ve yeniden düzenlenmesi organizasyonun başarısı için önem taşıyan hususlardır (2).

Hastane içindeki birimler arasında ve hastaneyle hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkinin sürdürülmesi ve koordinasyonun sağlanması

konusunun hastanelerde önem kazanması, hastane içindeki gücün hekimlerden, tıp kökenli olmayan ve hastane idareciliği alanında formal eğitim görmüş idarecilere kaymasında etkili olmuştur. ABD gibi bazı ülkelerde söz konusu olan bu gelişme, hekimlerin tamamıyla güçsüzlükleri anlamına gelmemektedir. Pek çok yerde formal yetkileri olmasa da hekimler güçlerini muhafaza etmektedir. Bu sebepten hastaneler güç ve statünün ayrı kişiliklerde toplandığı bir organizasyon türü haline gelmiştir.

Hastanelerde yönetim güçlüğü yaratan nedenlerden biri de yüksek teknolojinin kullanılması ve bu teknolojinin hızlı gelişimi, burada kullanılan cihazların sayısının artması, ve bunların kullanımının uzmanlık gerektirmesidir. Bu da beraberinde büyük ölçüde ilave eğitim ve uzmanlaşma gereği göstermektedir. Bu denli hızlı gelişime ayak uyduramayan hastaneler, yönetim problemleri yaşamaktadırlar.

Hastaneler hem çevreyle ilişkili olan hem de organizasyon içersinde bilimsel ve bilimsel olmayan ilişkileri içine alan sosyo-teknik bir sistemdir. Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. Matriks organizasyonda iki tür yönetici vardır. Fonksiyonel yönetici ve Proje yöneticisi, Fonksiyonel yönetici işin kimler tarafından nerede (hangi proje) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konusuyla ilgilenmekte proje yöneticisi ise neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi, hizmetler, hemşirelik hizmetleri vb. şeklinde gruplaşması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir. Tıbbi hizmetlerinden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin kendi içinde dahiliye, hariciye, göz, KBB vb. şeklinde gruplandırılması ise, hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır.

Yöneticilik bu yüzyılın başlarında teoriler ve ilkelerden oluşan, yeni çalışmalar ve deneyimlerle zenginleşen çok kodlanmış bilgi bütününe dayanmış bilimsel tabiatını yansıtır. Yönetici (zamanlama ve ikna taktikleri gibi faktörleri) değerlendirme yaparken karmaşık analitik karar araçları kullansa da insan faktörü ile ilgili bir çok değişkenin varlığı nedeniyle sezgi ve deneyime ihtiyaç duyar (3).

Günümüzde gelişmiş ve üretken toplumlar yaratmayı amaçlayan ilkeler, bu amaca ulaşmada insan gücünün önemini kavramış bulunmaktadır. Bu nedenle insan

yaşamı için önemli konuların başında gelen sağlık ile ilgili hizmetlere ayrılan kaynaklar bu öneme paralel olarak artmaktadır. Sağlık hizmetlerine verilen önem bir ülkenin gelişmişlik ve kalkınmışlık düzeyinin göstergesidir. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının (GSMH) içindeki payı % 10-15 oranındadır (12).

Kaynakların kıtlığına karşın , sağlık bakım hizmetlerine artan talep ve yükselen maliyet, mevcut kaynakların verimli kullanımını zorunlu kılmıştır. Gerek finansal donanım ve gerekse insan gücü açısından kıt kaynaklara sahip olan sağlık hizmet sektörü bu kaynaklardan en üst düzeyde yararlanmakta hizmetin etkinlik ve verimliliğini etkileyici faktörleri soruşturmak ve planlamak ihtiyacı içindedir . Sağlık sektöründe kullanılan tüm kaynakların hangi ölçüde verimli kullanıldığının saptanması gerekmektedir. Kaynak israfının engellenmesi ve hizmetin etkinliğinin artırılması için öncelikle mevcut durumun belirlenmesi çözüme ulaştırıcı çabaların yönünü belirleyecek ilk adımı oluşturacaktır. Sağlık alanında kaynakların etkin kullanılması hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalitenin sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistemin finansman yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu mevzuat ve enformasyon boyutu itibarıyla yeniden yapılandırılması günümüzün vizyonu olan toplam kalite yönetimi ile insan kaynakları yönetiminin paralel ilerlemesi ile olur (7,8,61).

Hastanelerin kaynaklarını, eğitilmiş insan gücü, binalar, araç-gereç ve finansman oluşturur (7,8). Bu kaynaklar içerisinde insan gücü hastane maliyetinin %30-70'ini oluşturması nedeni ile önem taşımaktadır. Bununla beraber akılcı bir insan gücü planlamasının olmaması hizmeti veren personelin niceliği ve niteliği ile, elde edilen performans arasında rasyonel bir ilişkinin kurulamamasıyla sonuçlanmakta ve insan gücü verimliliği belirlenememektedir. Günümüzde başta Japonya olmak üzere tüm dünyada 2000'li yılların üretim araçları içerisinde insan gücünün birinci sırada yer aldığı kabul edilmiştir . Çünkü üretim süreci içerisinde insan gücü kaynağı verimliliği en çok etkileyen faktördür (22).

Türkiye’de sağlık alanında eğitilmiş insan gücü kaynağından uzman doktorların %90’ı, pratisyenlerin % 20’si, hemşirelerin %72’ si yataklı tedavi kurumlarında çalışmaktadır (10). Günümüzde sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına karşın kaynakların azalması ülkelerin bu artan talebi etkili bir şekilde karşılayarak ayakta

kalabilmek için çareler aramaya ve modern yönetim tekniklerini uygulamaya yöneltmiştir. Mücadele, yalnızca modern yönetim tekniklerinin getirilmesi ile bitmemekte, uygulamada da başarılı bir sistem modelinin oluşturulmasını zorunlu kılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin en ekonomik ve en verimli şekilde dağıtılması ve hizmetin etkili bir biçimde verilmesi için İNSAN faktörünün çok iyi kullanılması gerekmektedir (11). Hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin kazanılabilmesi tüm yatırımlara rağmen insanın iyi kullanılması ile mümkün olabilmektedir.

Modern ekonomimizin çevre şartları, hastanelerde öyle bir tehlike yaratır ki bunların oluşması halinde hastane işletmeleri, insan hayatını yok eden, yaşama ortamını ortadan kaldıran birer işletme haline gelirler (2). Bu nedenle hastaneler en küçük hatayı bile ihmal edemeyecek bir ortama sahip olmalıdırlar. Klasik personel yönetimi yerini çağdaş insan kaynakları yönetimine bırakmakta, verimliliğe ve etkinliğe bu şekilde çareler aranmaktadır. Çünkü doğru zamanda bir defada verilecek hizmet insan kaynaklarının doğru yönetilmesiyle ortaya çıktığı anlaşılmıştır. O nedenle hastaneler çalışanlarına ve onları yönetenlere yatırım yapılmalıdır. Çünkü işletmelerin amaçlarından en önemlisi etkinlik ve verimliliklerinin doğrultusunda kar elde etmektir.

Etkinlik, amaçlara ulaşma derecesidir. Diğer bir görüş ise etkinlik ölçüsünü; “çıktının planlanan çıktıya oranıdır” der (15). Verimlilik ise bir örgütün amaçlarını en düşük maliyet ile gerçekleştirmesidir ve ya daha az girdi ile daha fazla çıktı elde etme sanatıdır şeklinde açıklanabilir (12).

Hastanelerin amacı, milli gelirden ve hastalardan sağlanan gelirin en ekonomik şekilde kullanılarak (kar amacı gütmeksizin) hastalara daha nitelikli tedavi hizmeti üretmesidir.

Günümüzde hastanelerimizin başlıca sorunlarından biri, artan hasta talebini karşılayamamasıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinde varolan yetersiz sistemi kavrayamayan hastalar ya da sorunları olurlarına bırakmayı adet edinen kişilerin (politikacılar, yöneticiler vb.) mevcut olduğunu görmekteyiz. Özellikle araştırma ve

eğitim hizmeti veren üniversite hastanelerinde iyi bakılır düşüncesi ile sağlık ocakları atlanarak hastalar buralara gelmektedir ve bu hastanelerde aşırı yığılma olmaktadır. Çünkü hastaneye başvuran hemen hemen tüm hastalara gerekli veya gereksiz bir şekilde tetkikler yapılmaktadır (film, kan tetkikleri vs.). Örneğin ABD’de sağlık hizmeti giderlerinin %80’i hastaneye gereksiz yatırılmalardan, gereksiz laboratuvar testlerinden ve gereksiz ameliyatlardan kaynaklanmaktadır. Hastanelerde verilen hizmetin maliyeti çok yüksektir. Hastanelerde bir gün kalmanın bedeli, kişi başına ortalama milli günlük gelirin 4-5 katına eşittir. Çünkü hastanelerde kullanılan malzeme ve cihazların fiyatları ile istihdam edilen personelin ücretleri, diğer sektörlerle karşılaştırıldığında ortalama olarak çok yüksektir (8). Ülkemizde ise sağlık kuruluşlarımızın çoğu devlet güdümünde olup, kar amaçlamayan işletmelerdir. Bu durumda hastanelerin çoğu mali açıklarını devlet bütçesinden karşılamaktadır. Hastanelerin zarar etmeyen işletmeler haline gelebilmesi için uzun vadeli yatırımlar ve sağlık politikaları geliştirmesi gerekir. Çünkü nüfusun küçük bir azınlığı hariç insanların çoğunun sağlık sigortaları yoktur ve sağlık hizmetlerini devlet kendisi karşılamaktadır. Görülüyor ki bu şartlar altındaki hastanelerimizin çok daha etkili yönetim ve organizasyona ihtiyacı vardır.

Yukarda bahsedilen nedenlerden ötürü hastane hizmetlerinde verimliliğin ve etkinliğin artması zorunluluk haline gelmiştir. Amaç birincil olarak gerçekten tedavisi gerekli hastaların hastaneye yatırılması, ayaktan veya yatırılarak tedavi gören hastaların ayrıca gereksiz tetkik ve ameliyatların önüne geçilerek pahalı olan sarf malzemelerinin israfının engellenmesidir. Çünkü bu gün ülkemizin her zamankinden daha fazla tasarrufa ihtiyacı vardır (13).

2. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

2.1. TOPLUMSAL GELİŞME SÜRECİNDE İNSAN KAYNAKLARI

İnsan yeryüzünde görüldüğü günden itibaren sürekli olarak bir gelişme içindedir. İnsanoğlu bir yandan çevresine egemen olmaya ve bu yönde buluşlar

Bugün insanlığın bulunduğu gelişmişlik düzeyinden geriye dönüp bakıldığında, basit el araç-gereçlerinde uzay teknolojisine giden yoğun bir çabanın ve sürekli gelişmenin izleri görülmektedir. İnsanlık, toprağa egemen olmak için basit araç-gereçler geliştirmiş, diğer canlıların güçlerinden yararlanmış, basit makineler yapmış, topraklar ve makineler için savaşmış, ilerleyen teknoloji ile bilgisayarı keşfetmiş, kendisi yerine çalışacak makineler üretmiştir. “İnsanlık tarihi, sürekli bir gelişmeye ve ilerlemeye sahne olmuştur” (14).

Böylece toplumsal gelişme sürecinde insan kaynağının ekonomik değeri ve özellikle eğitimsel değeri tekrar gündeme gelmiş ve sorgulanmaya başlanmıştır.

En önemli sermaye olması nedeniyle bilgi, insan kaynağında aranan en önemli özellik olmuştur. İnsan kaynağının değerlendirilmesinde, fiziksel becerileri, mesleki eğitime göre bilgi düzeyi daha da önemlisi öğrenme düzeyi, öğrenme alışkanlığı, değişime ve gelişime yatkınlığı ön plana çıkmış ve tercih konusu olmaya başlamıştır, dolayısıyla insanın, çalışma hayatındaki rolü ve işlevi değişmiştir.

Modern çağımızda hızlı bir bilgi artışı, hızlı değişme ve hızlı gelişme söz konusudur. Mesleki eğitim kısa sürede yetersiz kalırken, bilgiler kısa sürede eskiyebilmektedir. Yeniden eğitimin sürekli organizasyon ihtiyacı, kalıcı bir şekilde gündeme gelmiştir. Böylece insan kaynağından aranan özellikler ve klasik yönetim anlayışı da değişmiştir. Bugün insan kaynağı “bir işi yapacak bir unsur” olmaktan çıkmış, işi yapacak, yaptıracak, geliştirecek ve daha da önemlisi işi yeniden düşünerek belirleyecek temel kaynak olarak rol oynamaya başlamıştır. Dolayısıyla insanın çalışma hayatındaki rolü değişmiştir (15).

Sonuç olarak, toplumsal gelişme bakımından insanlığın ulaştığı son nokta bilgi devrimiyle başlayan bilgi toplumudur. Burada temel güç ana sermaye olarak rol oynayan bilgi, insanın eseri olduğundan aslında önem kazanmaya başlayan şey insandır. Bu durum insanın gerek iş gerek sosyal hayat gerekse bireysel hayatındaki rolünün yeniden gözden geçirilmesini gerektirmiştir.

2.2. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN TANIMI GELİŞİMİ VE

AMAÇLARI

Günümüzde takip edilemeyen teknolojinin hızla ilerlediği bilgi çağımızda insan kaynaklarının fonksiyonu doğası ve rolü giderek karmaşık hale gelmeye başlamış, organizasyon içindeki rolünün artmasına neden olmuştur. Çok gelişmiş organizasyonlar, insan kaynakları kavramının, çalışanların üretkenliği ve sonuç olarak bütün organizasyonun verimliliği üzerindeki etkisini kabul etmişlerdir.

Günümüzde insan kaynakları yönetiminin gelişimiyle insan kaynakları yöneticiliği de heyecan verici, dinamik bir meslek olmaya başlamıştır. Ayrıca bir mesleğin karmaşıklığı ve yaşamsal önemi, insan kaynakları yöneticisinden çok şey beklemesine yol açmıştır. İnsan kaynakları yönetiminin stratejik önemi organizasyonu doğrudan etkilediği için insan kaynakları yöneticisinin stratejik görevler üretmesi de gerekli hale gelmiştir (16).

En iyi ve başarılı olmak isteyen ve olan organizasyonların özelliklerinin hepsi insan kaynaklarıyla ilişkilidir. Bu örgütlerin öncelikle üzerinde durdukları nokta; teknoloji, ürün ya da ekonomik kaygılar değil çalıştırdığı insanların nitelikleridir. İnsanların bir arada nasıl daha verimli ve mutlu çalışacaklarını saptamak bu örgütler için daha önemli hale gelmiştir. Çalışanlar kendilerini daha iyi işler yapmaya cesaretlendiren, kişisel gelişimi teşvik eden amaç ve görevlerini yerine getiren ve en yüksek ahlaki değerleri temsil eden bir örgütün üyesi olduklarında ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaktadırlar. Bunları örgütte insan kaynakları yönetimi koordine etmeli ve belirli bir düzene sokmalıdır (17,22). Böylece çalışma hayatının kalitesi organizasyona fayda sağladığı gibi çalışanların verimliliğini de artırmaktadır. İnsan Kaynakları Yönetiminin bu koordinasyonuna ilave olarak aşağıdaki faktörlerde İnsan Kaynakları Yönetiminin başarılı yönetimi için önem arz etmektedir:

- **İlişkilerde güven** : Güvene dayanmayan her insan ilişkisi yozlaşır ve çatışmalara yol açar.
- **Katılım** : Karar alma süreci işin yapıldığı en alt düzeyde başlar. İnsanlar katıldıkları sürece destek sağlar.

- **İletişim** : İnsanlar içinde çalıştıkları çevre hakkında her şeyi bilmek isterler.

Konuların dışında kalmak gururlarını incitir, korku uyandırır ve verim düşer.

- **Yüksek Beklentiler** : Sonuçta varılan hedefler zoru başarmanın ürünüdür.

İnsan ne kadar zor hedeflere yönelirse bunların başarılmasında o denli büyük tatmin duyar.

Tüm bu anlatılanlar doğrultusunda insan kaynakları yönetiminin iki temel hedefi vardır:

1. İnsan kaynaklarının organizasyonun hedefleri doğrultusunda en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak.
2. Çalışanların ihtiyaçlarının karşılanmasını ve mesleki bakımdan gelişmelerini sağlamaktır (16).

İnsan kaynakları yönetiminin etkili olabilmesi organizasyonun diğer fonksiyonları ile tam bir işbirliği içinde olmasına bağlıdır. Organizasyonun bütün bölümlerinin ortak üyesi insan olduğu için, insan kaynakları yöneticisinin vereceği kararlar, her birimi ilgilendirmektedir (18). Endüstrileşmenin ve teknolojik değişimlerin ortaya çıkardığı yeni ihtiyaçlar, örgütlerin kendilerini yenilemelerini, yeni çalışma ve üretim teknikleri kabul etmelerini, çağdaş işletme ve personel ilkeleri uygulamalarını zorunlu kılmıştır. Teknolojik ve bilimsel gelişmeler ve ilerlemeler sonucu, görülmekte olan işlerin biçim, nitelik, nicelik yönünden önemli değişimlere uğraması, yeni iş ve çalışma alanlarının ortaya çıkmasına, bu alanlarda değişik nitelikte personele gereksinme duyulmasına neden olmuştur. Bunun yanında, örgütler eldeki personeli değişen çevresel koşullara uyumlu kılabilmek için büyük çaba göstermişlerdir. Çağdaş yönetim ve çağdaş yönetici kavramları bu nedenle büyük önem kazanmıştır. İnsancıl ilişkiler akımına bağlı olarak da toplumsal ve endüstriyel psikoloji kuramlarının bu alanlardaki araştırma bulgularının ve kurallarının göz önünde bulundurulması ve uygulanması eğilimi giderek artmıştır. Bunun sonucunda, personel yönetimi: mekanik ve rutin yönlerinde çok dinamik ve yaratıcı yönlerine ağırlık verilen, “toplumun her kesimindeki insanların yaşamına yön ve biçim veren kapsamlı bir yönetsel etkinlik alanı” olarak algılanmıştır.

Personel yönetiminde hizmet kapsamının genişletilmesi “İnsan kaynağının yönetimi” yaklaşımına yönelmeyi gerektirmiştir. Günümüzde, geleneksel yönetim kültüründen çağdaş yönetim kültürüne başka bir deyişle işletme yönetimi kültürüne geçiş olgusu, aynı zamanda geleneksel personel yönetiminden çağdaş personel yönetimine (insan kaynağının yönetimi) doğru bir değişimi anlatmaktadır.

İnsan kaynakları yönetiminin örgüt içinde öneminin giderek artması çeşitli düşünceleri de beraberinde getirmekte ve vazgeçilmez hale dönüştürmektedir. Bu yeni düşünceler çerçevesinde toplam kalite ve insan kaynakları yönetimini iç içe düşünmek doğal olmaktadır. Bu gün işletme ve pazar şartlarında klasik yönetim tarzı artık yetersiz kalmaktadır. Dünyanın en ileri gelen imalat ve hizmet sektörünün öncüleri toplam kalite yönetimini işletmelerinde oluşturarak başarı elde etmiş olmalarına göre ve üstelik batıdaki birçok hastanelerde toplam kalite yönetiminin yaygınlaştırılması, bu modelin ülkemiz hastanelerinde de başarı gösterebileceğinin kanıtını düşündürmektedir. Şu anda devlet ve özel sağlık kuruluşlarının bazılarında, ileri ülkelerle rekabet edebilecek ölçüde düzenli, temiz ve kaliteli hizmet veren kuruluşlarda mevcuttur (16).

Günümüzde bu yoğun gelişmelere paralel olarak kalite de anlam değişmiştir. Önceleri ayrıcalıklı bir değeri belirlemekte kullanılan kalite deyimi günümüzde üretilen mal veya hizmetin müşterinin ihtiyaçlarına uygun olması ve onun beğenisini kazanması olarak tanımlanmaktadır(19).

Kalite geliştirilmek isteniyorsa insanların performanslarının da geliştirilmesi gerektiği anlaşılmış ve insanların yeteneklerinin, bağımlılıklarının ve çalışma koşullarının geliştirilmesi önem kazanmış dolayısıyla toplam kalite ve insan kaynakları yönetimi arasındaki fark da azalmıştır. Çünkü organizasyonlarda kaliteyi geliştirmek, aynı zamanda çalışan personelin niteliğini de geliştirmek anlamındadır. Bu süreçte yöneticilerin önemi de artmıştır. Çünkü hem (üretimi) Sağlık sektörüne hizmeti hem de çalışanları geliştirme bu sürece uygun nitelikte personel alma görevleri ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda geleneksel personel yönetimi, etkinliğini yitirmektedir (20).

İnsan kaynakları yönetimi için kalite göstergelerine örnekler (21):

<u>Kriterler</u>	<u>Göstergeler</u>
Çalışanların tatmini	- İnsan kaynakları politikaları hakkındaki düşünceler
İnsan kaynakları yönetiminin sürekli gelişmesi	- Elde edilen sonuçlar - Temin sürelerinin azaltılması - Müşteri şikayetlerinin azaltılması
Tecrübe ve niteliklerin geliştirilmesi	- Kişi ve yıl başına düşen eğitim saati - Eğitim verilen çalışanların yüzdesi - Yeni çalışanların oryantasyon programları - Eğitim düzeyi
Çalışanların özverisi	- Devamsızlık düzeyleri - Çalışma saatleri - Müşteri ihtiyaçlarından haberdar olma - Çalışma başına gelen öneri sayısı - Karar verme kabiliyeti - Geliştirme ve takım çalışma sayısı
Güvenlik	- Kişi başına kaza sayısı - Kazalardan dolayı kaybolan çalışma saatleri, çalışılan saatler

İnsan kaynakları yönetiminin rolü günümüzde beceri sahibi istekli ve verimli çalışanlarla artmaktadır. İnsan kaynakları yönetiminin gelişmeye açık olması ile çalışanların işlerindeki çabaları örgütü başarıya götürür. Buna karşılık gelişmeye açık olmayan bir insan kaynakları yönetimine de bütün örgüt katlanmak zorundadır. Bir

örgütteki insanlarla ilgilenmek, insanların nasıl çalıştıkları konusunda geniş bir bilgi ve beceri gerektirmektedir. Tekrar vurgulamak gerekirse insan kaynakları yönetimin verimli olabilmesi için organizasyonun diğer birimleri ile her zaman işbirliği içinde olmalıdır.

Çağdaş bir örgütte insan kaynakları yönetiminin tanımları ile yetinmek konuyu yeterince açıklığa kavuşturamayabilir. İşlevleri içerdiği görevleri yerine getirecek birimlerin, öncelikle birbiriyle, diğer taraftan örgütün diğer alt sistemleri, daha da önemlisi örgütün çevresi ile olan konumları ve ilişkileri personel yönetiminde çağdaş yaklaşımın göstergeleridir. İnsan Kaynakları Yönetiminin işlevleri altı başlık altında incelenebilir (22).

a. Çözümleme ve Belirleme

Çalışanlarla ilgili tüm eylemlerin, her aşamasında araştırma inceleme yolu ile bilgi üretmeyi; uzmanlar aracılığı ile var olan durumun çözümleme (Analiz) ve birleşimini (Sentez) içerir.

Bakom, “Bilgi Kuvvettir” sözüyle bilimsel bilginin etkililiğini ve geçerliliğini vurgulamak istemiştir. Bakom’un görüşü örgütsel yaşam içinde geçerlidir. Örgütlerin varlıklarını sürdürebilmesi, her düzeyde değişmesine, ürünlerini geliştirmesine bağlıdır. Personel yönetiminin bu işleve, bilgi üretme yolu ile sistemin çevresine ve kendini kontrol etmesini, ürettiği yeni bilgiler aracılığı ile değişmeye ortam hazırlamak, bu yolla sistemin değişmesini, çağdaşlaşmasını sağlayan bir düzenlemedir.

b. Bilgilendirme

Çağdaş personel yönetiminin üstlendiği önemli görevlerden biri örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi için uygun sayıda ve nitelikte iş gücünün, tam zamanında sağlanmasıdır. Bu görevin en önemli noktaları, sağlanan iş gücünün amaca göre nicel ve nitel yeterliliği ile zamanlamanın en uygun koordinasyonudur.

Günümüz organizasyonlarında bu işlevin amacı, örgütte gereksinim duyulan personelin sağlanmasına etkililik, akıcılık ve ivme kazandırmaktır.

c. Danışmanlık

Çağdaş yönetim yaklaşımlarından biri, örgütün tüm hiyerarşik kademelerinde danışmanların istihdam edilmesi ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmasıdır. “Kurmey Personel” kullanımı, özellikle asker örgütlerde çok eskiden beri izlenen bir yöntemdir. Ancak bürokratik havası, asker örgütlerden daha yumuşak olan kurumlarda danışma, bir yönetim biçimi, yönetim anlayışı olarak değerlendirilmektedir.

Örgütlerin giderek büyümesi, çalışanların sayılarını iş çeşitlerinin artması, yöneticilerin zamanlarının ve bilgilerinin daralmasına neden olmuştur. Büyüyen örgütlerde yönetici ile kurucunun birbirinden ayrılması ile başlayan süreç, özellikle üst kademelerde, profesyonel yöneticiler çağını açmıştır.

d. Seçme

Çalışmak amacı ile örgüte başvuranlar arasından önceden belirlenen ölçütlere uygun, en iyi potansiyele sahip ve varolan iş gereklerini en iyi karşılayabilecek adayı belirlemedir.

Örgütün ve işin özelliklerine göre, seçme işlevinin gerektirdiği yöntem, teknik, araç-gereçler farklılık gösterebilir. Bireyde aranan bilgi beceri ve tutumun ölçülmesi için geçerli güvenilir araçların ve uygulama ortamlarının hazırlanması, personel biriminin önemli somut görevlerindendir. Bu konuda uzman kişi ve kuruluşlardan, uygun mekan ve ortamlara sahip örgütlerden yararlanmak seçme işlevinin etkinliğini artırır.

e. Geliştirme

Yönetimin en yoğun işlevlerinden biridir. Çağdaş örgütlerde geliştirme işlevi, “Yaşam Boyu Eğitim” düşüncesine paralel olarak, çalışanını sadece örgütte bulunduğu süreyi değil tüm yaşamını kapsamayı amaçlamaktadır. Bu nedenle işlevin içerdiği görevleri, tür olarak bütünüyle saymak ve sınırlandırmak zordur. Çünkü, işleve ilişkin yaratıcı düşüncenin sınırsızlığı, bireysel farklılıkların varlığı, işlevin alanını da sınırsızlaştırmakta; her birey için geçerli, ortak eylemleri bulmayı olanaksız kılmaktadır.

f. Bütünleştirme

Örgüt üyelerinin yeterliliklerinin toplamından, daha yüksek düzeyde bir yeterliliğe sahiptir. Ulaşılması gereken örgütsel performans, tek tek çalışanların performansların yüksek olması ile sağlanamaz. Örgütsel performansın düzeyi, büyük ölçüde bireylerin birlikteliğine, birbirlerini tamamlamalarına bağlıdır. Bütünleştirme işlevine ilişkin girişimlerde önemli olan bireyin kendisine, örgüte, işe, başarıya ait bilinç altındaki algılama kalıplarını, örgütsel amaçlar doğrultusunda, tasarlanan çizginin olumlu yönünde değiştirilmesidir. Bütünleştirme işlevinde, örgüt ve yönetim açısından olumlu olarak nitelendirilecek sonuçlar; katılma, iş doyumu, performans yükselmesi kavramları ile açıklanabilir.

2.2.1. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN YETKİLERİ

Yetki, bütün yöneticilik konumlarının kilit ögesidir ve başkalarının yaptıklarını yönlendirip koordine etmeyi içerir. Başlıca 3 tip yetki vardır.

a. Uygulayıcı Yetki:

Bu yetki, asları yönlendirmeyi ve gerektiğinde ödüllendirmeyi ya da cezalandırmayı içerir. Düzey olarak, yeni emir komuta zincirinde daha alt kademelerde olanlara uygulanır; yatay olarak, yani diğer bölümlerde çalışanlara uygulanmaz.

b. Uzmanlık Yetkisi:

Bu yetki, diğer yönetim fonksiyonlarına yönetsel yardım, danışmanlık, tavsiye gibi hizmetler sağlamayı içerir. Yöneticinin sadece hiyerarşik konumundan değil, aynı zamanda bilgi ve uzmanlığından kaynaklanır. Bu yetkiye sahip yöneticiler başkalarını yönlendiremezler, bunun yerine, önerilerinin uygulanması için ikna güçlerini ve konunun uzmanı olmalarından gelen otoritelerini kullanırlar .

c. İşlevsel Yetki:

Bu yetki başkalarını kendi görevlerindeki performans ile ilgili konularda yönlendirmeyi içerir. İşlevsel yetkinin gücü ikna yeteneğine bağlı olmakla birlikte, uygulayıcı yetkinin gücüne benzemekte fakat ondan daha büyüktür.

İnsan Kaynakları Yöneticisi yukarıda değindiğimiz yetkilerin üçüne de sahiptir. İnsan kaynakları esasında bir kadro bölümü olduğundan yani uygulayıcılara yardım sağladığından insan kaynakları yöneticisi diğer bölümlerin yöneticileri karşısında uzmanlık yetkisine sahiptir. Organizasyonun fonksiyonuna göre, insan kaynakları bölümü bir tek kişi olabileceği gibi büyük bir grupta olabilir. Bu yüzden bu bölümde çalışan kişi veya kişilerin ikna yeteneğine sahip olmaları yeterli değildir. Yönetme yeteneğine de sahip olması gerekir. İnsan kaynakları yöneticisi, uygulayıcı ve uzmanlık yetkilerinin yanında, örgütsel politikayla ilgili konularda diğer yöneticiler karşısında işlevsel yetkiye de sahiptir (16).

■ Çalışanların moral, motivasyon ve verimlilik konularındaki sorunlarını teşhis eder ve sorunlarla ilgilenir.

■ Çalışanların performansını değerlendirir ve geliştirir.

■ Organizasyonun yönetim felsefesinin ve iş stratejilerinin oluşturulmasını sağlar.

Bir kadro uzmanı olarak insan kaynakları yöneticisi, emek gücü ile ilgili sorunları en aza indirebilmeli, böylece organizasyonun verimlilik düzeyini yükseltmelidir. İnsan Kaynakların fonksiyonunun etkililik derecesi bütün organizasyonun verimliliğe yaptığı katkıyla ölçülür.

İnsan Kaynakları personelinin başlıca görevi diğer bölümlerin yöneticilerine sorumluluklarını daha iyi yerine getirebilmeleri için yardım etmektir. Bu göreve yönelik etkinlikler şu alt fonksiyonlara ayrılabilir.

■ İnsan kaynaklarının stratejik ve işlemsel bakımdan planlanması

■ Politika oluşturulması

■ Elemanların seçimi, işe alınması ve işe alıştırılması

■ Ücret ve maaş konularındaki uygulamalar

■ Personel ve bordro kayıtlarının tutulması

■ Organizasyonun gelişmesi

- Yöneticilerin gelişimi ve eğitimi
- Eşit istihdam fırsatı ilkesine uygun davranış
- Çalışanlarla ilişkiler
- Organizasyon içi iletişim
- Güvenlik

Bu fonksiyonların her biri kendine özgü teknik beceriler gerektirir. İnsan Kaynakları Yöneticisi bu becerilerin hepsine sahip olmalıdır.

3. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

3.1. HEMŞİRELİĞİNİN TANIMI VE FELSEFESİ

Hemşirelik hasta ve düşkünlere yardımla başlamıştır. İç güdüsel sosyal ve dinsel etkiler ile yürütülen hemşirelik modern anlamda bir meslek olarak 1854 Kırım harbi sırasında Florance Nightingale tarafından dünyaya tanıtılmıştır. Hemşireliğin meslekleşme süreci bu tarihten itibaren başlamıştır (23).

Hemşirelik mesleği insan ihtiyaçlarını karşılaması nedeni ile bireylere ailelere ve topluma verilen bir hizmettir. hemşirelik mesleği toplumsal sorunlar ve yapılanmanın değişiminden etkilenir. Ancak günümüzde “İnsanın bireysel bir değer olduğu” inancı hemşirelik felsefesinin temel kavramıdır. Hemşirelik felsefesi bu temel kavramların yanı sıra şu kavramları içerir;

- Hemşirelik bireyin sağlıklı bir ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.
- Hemşirelik sağlıktan akut veya kronik sapma olduğunda, bireyin en yüksek düzeyde sağlık bakımı görmeye hakkı olduğunu savunur.
- Hemşirelik kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan bağımsız bir sağlık disiplini.
- Hemşirelik mesleği, topluma hizmet götürmede diğer sağlık meslekleri ile sıkı bir işbirliği yapılmasına inanır.

- Hemşirelik bireyin kendine özgü özelliği; kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygıyı içerir (24).

Hemşirelik felsefesi ışığı altında hemşirelik, bireylerin önce sağlık, daha sonra hastalık durumlarına yönelik hizmet veren, hizmetin sistematik bir biçimde gerçekleşmesini sağlayan hizmet kapsamında bireyin, bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında bakım planı yapan, planı uygulayan ve değerlendiren dinamik süreç olarak tanımlanmaktadır(25).

3.2. HEMŞİRELİK İŞ GÜCÜNÜN NİTEL VE NİCEL DURUMU

Ülkemizde Hemşirelik mesleğinin kurumlaşması Dr. Besim Ömer Paşanın öncülüğünde ilk kez 1911 yılında başlamıştır. İstanbul Kadırga da Hilal'i Ahmer derneği tarafından açılan, sonraları Dr. Besim Ömer Paşa tarafından Üniversitede yürütülen hemşirelik kurslarına katılan gönüllü hanımlar, Balkan Savaşı yaralılarına bakım vererek hemşireliğin yurdumuzdaki ilk temsilcileri olmuşlardır(26).

Hemşireliğe en büyük katkı 1925 yılında Kızılay yöneticileri tarafından Hemşirelik Okulunun açılmasıdır. Bu okulun öğretim süresi başlangıçta iki yıl ve adayları ilkokul mezunu iken, devlet hastaneleri ve uzmanlık hastanelerinin çoğalması ile hastanelerin hemşire gereksinimi Sağlık Bakanlığınca açılan sağlık kolejleri mezunları ile karşılanmaya çalışılmıştır. Kısa vadede bakım personeli kazanmak çabası ile yardımcı hemşirelik kursları bu dönemde açılmıştır. Hemşirelik hizmetlerinde sayısal çokluğun, hizmet niteliğini yükseltmede yeterli olmadığı düşüncesi çağdaş tıp gelişiminin getirdiği kavramları yeterli düzeyde bir bilgi birikimine oturtma gereksinimi, 1955 yılında hemşirelikte yüksek öğretimi başlatmıştır (27). 1985-1986 güz yarı yılında iki yıllık ön lisans eğitimi başlatılmış bu programdan mezun olanlara ön lisans diploması ve hemşire unvanı verilmesine karar verilmiştir. Böylece hemşirelik iki yıllık eğitim programına sığdırılmış, eğitim lise üstüne temellendirilmiştir.

Ülkemizde hemşireliğin sağlık sektöründeki kapsamını, sayısal yeterliliğini incelediğimizde hemşire sayısı dünya standartları bakımından alt sıralarda yer almaktadır.

Ülkemizde hemşirelik insan gücündeki sayısal noksanlığın ve gereksinime ulaşmadaki dengesizliğin yanı sıra çeşitli sağlık kurumlarında yürütülen hemşirelik hizmetlerinin de istenilen niteliğe ulaşmadığı görülmektedir (28).

1920'li yıllarda hemşirelik bakım bireyler ve topluma iş merkezli olarak götürülmekte bu da hemşirelik mesleğinin niteliğini etkilemekte idi. Günümüzde hemşirelik bakımında gerek yapısal, gerekse organizasyonel açıdan değişiklik olmuş ve hemşirelik bakımının kalitesini arttırarak en iyi bakım yöntemleri bulma konusunda pekçok çalışmalar yapılmıştır. Çünkü bakımın etkin planlanması, var olan personel ve diğer kaynaklardan en üst düzeyde yararlanılması ile sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların daha kısa sürede iyileşmesi gerçekleşecektir (25).

3.3. HEMŞİRENİN GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Hemşirelik dinamik bir süreçtir ve Uluslararası Hemşirelik Birliği hemşirenin dört temel sorumluluğunu şöyle sıralamıştır.

1. Sağlığı geliştirmek
2. Hastalığı önlemek
3. Sağlığı kazandırmak
4. Acıları hafifletmek

Bu sorumluluğu yerine getirirken hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için bireylere, ailelere ve toplumlara yardımcı olurlar. Tedavi edilemeyen hastalıklarda ise hastalıklar ile baş etmede rahatlık ve destek sağlayarak, hastanın gereksinimlerini gidermede yardımcı olurlar. Bütün bunları yaparken hemşireler diğer sağlık disiplinleri ile yakın bir iş birliği içinde çalışır (29). Hasta bakımında hemşire, hastanın normalde kendi kendine yapabildiği aktiviteleri yerine getirmede yardımcı olur. Su, gıda, beslenme ve uyku gereksinimlerinin giderilmesine ve normal beden işlevlerinin sürdürülmesine yardım, hastaya bakımda hemşirenin birinci görev alanıdır. Ayrıca bakım işlevlerinin bir bölümü hasta ve ailesine rahatlık ve destek sağlamaktır. Hemşire hastanın sadece fiziksel rahatlığını sağlamakla kalmaz,

ona sağlık sorunu ile nasıl başa çıkacağını öğretir ve yardımcı olurken hastanın bakım planının bir parçası olan terapötik önlemlerin bir çoğunu yerine getirir (30).

Yataklı kurumlarda haftanın yedi günü 24 saat hizmet veren tek görev hemşirelik hizmetidir. Diğer görevliler genellikle gündüzleri gelir hafta sonları gelmezler. Bu nedenle tüm aktivitelerin koordinasyonunda hemşirenin önemli rolü vardır. Hemşire hasta, hekim ve ekibin diğer üyeleri ile iş birliği içinde çalışır.

Hemşirelerin bu rollerini kabaca iki alt grupta toplayabiliriz.

1. Direkt olarak hastaya yatak başında uygulanan aktiviteler. Buna direkt bakım aktiviteleri denir.

2. Yönetim; yapılacak işlere ilişkin hazırlık, planlanma gibi işlemleri içeren ve hastadan uzakta yapılan aktivitelerdir. Buna indirekt bakım aktiviteleri denir (31).

Hemşirelik bakımında direkt bakım en önemli bakım gruplarını kapsar. Hastanın beslenmesi, boşaltımı, vücut hijyeninin sağlanması, vital takiplerinin alınması, kaydedilmesi, hastanın hareket ettirilmesi, pozisyonu, dekübitüs oluşumunun engellenmesi, laboratuvar numunelerinin alınması hastanın tedavisinin zamanında yapılması, mayi takibi, solunuma yardım, izalasyon gibi bakım kriterlerini içerir (32).

Hemşireler bakım aktivitelerin yerine getirebilmek için iş ya da hasta merkezli çalışmaktadır. Hasta merkezli bakımda hasta ve onun gereksinimleri ön plandadır. İş merkezli bakım ise rutin işlerin bitirilmesine yönelik olup, birinci planda yapılması gereken işler vardır. İkinci planda ise hasta ve onun gereksinimlerinin karşılanması gelir. Nüfusun devamlı artması ile birlikte artan hasta sayısı, araç gereç noksanlığı, diğer yardımcı personellerin yetersizliği hemşireleri hasta merkezli bakımdan çekip iş merkezli bakıma itmektedir. Bu da gerek hasta gerekse hasta ailesi üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (26,65,66).

Eksik malzeme ve yetersiz personel olması, başta hemşirelik mesleği olmak üzere pek çok meslek dalında elimizdeki kaynakları en iyi nasıl kullanabileceğimiz konusunda daha dikkatli olmaya zorlamaktadır (24).

“İnsanlar hizmetin en iyisini ve en kalitesini almaya layıktır”düşüncesi ile hasta bakımının planlanması ve yöneltilmesi ve koordine edilmesi amacıyla Türk Hemşireler

Derneği 1980 yılından bu yana hemşirelik standartlarını belirlemek için yoğun bir çaba içine girmişlerdir.

Sağlık göstergelerinin kalkınmışlık olarak gösterilmesi, tüm dünya ülkelerinin sağlık düzeylerini artırma ve politika geliştirme çabalarını hızlandırmıştır. İnsanla iç içe olan hemşirelik mesleği de bu çalışmalardan etkilenecek son yıllarda kaliteli bakım sunabilmek, politikalar geliştirmek çabası içersine girmiştir. Dolayısıyla kalite, kalite güvenliği, kaliteli bakım gibi kavramlar üzerinde durulmaya başlanmıştır. Standart, kaliteli bakıma götüren grup çalışmalarından sadece biridir. Standartların yapılmasında amaç sadece belgelendirmeye gitmek değil aynı zamanda sağlık garantisini sağlamak ve devam ettirmektir. Standart çalışmalarında ele alınan ve aşağıda belirtilen dört temel amaç hemşirelik çalışmalarında da göz önünde bulundurulur.

- Üretimde ve malların değişiminde iş gücü, malzeme güç kaynakları gibi faktörlerden en yüksek seviyede ekonomi sağlamak
- İyi kaliteli mal ve hizmet üretimi sağlayarak tüketici çıkarını gözetmek
- İnsan hayatının sağlık ve güvenliğini korumak
- Tüm ilgili grupların birbiri arasındaki bilgi alışverişini ve anlaşmasını kolaylaştırmak

Böylece standardize edilmiş bir hemşirelik hizmetinin sunulmasının hem hizmeti alan birey hem de hizmeti veren açısından faydaları vardır (33). Diğer meslek gruplarının kendi alanları içine giren aktiviteleri tanımlamaları ve kayıt altında tutmalarında büyük ölçüde bağımsız olmalarına karşın, hemşirelik mesleğinde düzeyini yükseltme ve bağımlı bağımsız fonksiyonların savaşımı verilmektedir. Türk Hemşireler Derneği tarafından 1980 yılında başlatılan bu tür çalışmalar yurt dışında çok daha önce başlamış ve çalışmaların sonucunda hemşirelik uygulamaları BAKIM, EĞİTİM, YÖNETİM ve ARAŞTIRMA olmak üzere dört grupta toplanmıştır. Yapılacak standart çalışmaların bu gruplarla ilgili yapılmasının yarar sağlayacağı belirtilmektedir (29).

Sağlığın geliştirilmesi ve niteliğinin yükseltilmesinde, hemşirelik hizmetlerinin niceliği kadar niteliği de önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşirelik mesleği

üyelerinin, mesleğin yeterli ve etkili duruma getirilmesi için bu standartların temelini teşkil eden yeterli sayı ve nitelikte çalışan personele ve bunun gerekliliği için de iş gücü planlamasına gereksinimi vardır.

3.4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ VE ÖNEMİ

İnsanların belirli mal ya da hizmet üretmek üzere oluşturdukları örgüt denilen toplumsal sistemlerde işbirliğini sağlamak ve çalışanları ortak bir amaca yönleltmek için yönetim süreci daima var olmuştur.

Sears'e göre yönetim; " bir atılımın amaçlarını gerçekleştirmek için, o atılıma en uygun insan ve maddi kaynakların sağlanması ve bunların en etkin kullanıldığı süreçtir." Başkaları ya da grup çabası aracılığı ile iş başarma sanatı olarak da tanımlanan yönetim sürecinin var olduğu yerde daima, iş gören-iş gördüren/memur-amir/ast-üst/emir alan-emir veren/yönetilen-yöneten vardır (34).

Günümüzde yönetim, salt yöneticilerin işi olmaktan çıkmış, yönetilenlerin de planlamaya ve kararlara katıldığı yeni bir boyut kazanmıştır. Bu çağdaş yaklaşımla yönetilen kurumlarda planların daha işlerlik kazandığı, alınan kararların bir çok kişinin katılımı ve katkısı ile alınması nedeni ile daha gerçekçi uygulanabilir ve personel tarafından kabul edilebilir olduğu ve personelin daha çok katkı için güdüldüğü ve yaratıcılık kapasitesini zorladığı ve doğal olarak bu ortamda daha mutlu olduğu görülmektedir (35).

Bilindiği gibi hemşirelik hizmetleri hastane şartlarında 24 saat kesintisiz hastalara kaliteli sağlık bakım hizmeti vermektedir. Dünya ve Türk hemşirelerinin amaçları bu doğrultuda olup bu amaçları çerçevesinde hizmetleri organize edilmekte ve yönetilmektedir.

Hemşirelik hizmetlerinin yönetim şekilleri tarih boyunca değişiklikler göstermiştir. Önceleri doktorların emirlerini yerine getiren ve bu emirlerin hasta yararına olduğu bilinciyle hareket eden hemşireler yönetimde de doktorun hep yanında ve onun emirleri doğrultusunda hareket etmişlerdir. Doktor yönetimine olan bu bağımlılık, bilim ve teknolojiye ilerlemeler ve hemşirelik bilimindeki gelişmeler

doğrultusunda bağımsız yönetim şekillerine dönüşmüştür. Bilindiği üzere tüm dünyayı etkileyen İnsan Kaynakları Yönetimi günümüzde yeni bir vizyonla ele alınmıştır. Bu yönetim anlayışının uygulandığı hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin yönetim şekline ve götürülen hizmetlerin kalitesinin nasıl iyileştirildiğine bakılacak olursa, en yakınımızda yer alan ülkelerden birisi olan ve bugün Amerikan ekolü dışında kendi benliğine uygun ekolünü yaratmak isteyen İsviçrenin Zürih Üniversitesi Hastanesinden söz edilebilir. Zürih Üniversitesi Hastanesi, Türk üniversitesi hastaneleri ile pek çok benzerliği olan ve GATA Eğitim Hastanesinin özellikleri ile rahatlıkla bağdaştırılabilecek bir eğitim hastanesidir. Hastane 1600 yatak kapasitesine sahip olup ayaktan günde 1000 hasta tedavi görmekte 2000 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelik hizmetleri ayrı ve bağımsız bir direktörlük tarafından yönetilmektedir.

Zürih Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin en önemli özelliği, yönetici yardımcısı tarafından hasta yatağına düşen hemşire sayısının devamlı kontrol edilerek yeni düzenlemelerin yapılmasıdır. Çünkü her klinikte hemşire, bilgisayar kağıtlarına hasta bakımı için harcadığı zamanı koduna göre kaydederek müdür yardımcısına ve istatistik bölümüne göndermektedir. Aynı zamanda bu hastanede hastalar kategorize edilmiş ve ortalama bir saatte hastanın aldığı bakım zamanı standartlaştırılmıştır. Böylece servislerin gereksindiği hemşire sayısı gün ve gün takip edilmektedir.

Hemşirelerin çalışma saatleri, yüzdeleri ve hastanenin yatak kapasitesi doğrultusunda hastanenin servisinin kaç hemşireye ihtiyacı olduğunu direktör yardımcısı hesap etmektedir. Bunun için her klinikte çalışan hemşirelerin kimliğini ve çalışma yüzdelerini bilgisayara kaydetmekte, bu dökümanların sonuçlarına göre her ayın sonunda yüzde kaç oranında çalışmanın gerçekleştiği bulunmakta ve bu bilgiler doğrultusunda gerekli hemşire ihtiyacı ve maaşları belirlenmektedir. Örneğin bir ay içersinde %75-49 oranında çalışma görülür ise bu oranın daha yüksek olabilmesi için şu kadar hemşireye ihtiyaç var denebilmektedir. Hazırlanan bu dokümanlarda kod ve fonksiyon numarası dökümlerde yer alan hemşirenin fonksiyonuna ve çalışma yüzdesine göre ücret ekonomi bölümünce tespit edilir. Burada iyi bir İnsan Kaynakları Yönetiminin önemli işlevlerinden biri olan personel kullanma ve personel alma için yüzdelerin standartların ve personelin memnuniyetinde büyük paya sahip olan çalışma yüzdesine göre ücret- maaş yönetiminin çok iyi oturduğu görülmektedir. (Hakkaniyet)

Yine hastanede Hemşirelik Hizmetleri Yönetimine ait sekreter, personel işleri yardımcısı, Diplomalı Bakım Personeli yardımcısı (en az 25 yıl klinikte çalışmış hastaneye yeni alınacak hemşirelerin alınmasına başhemşire ile birlikte karar veren kişi). Araştırma ünitesi, organizasyon enformatik bölümü, yapı materyal bölümü, hastane hijyeni bölümü gibi bölümler bulunup görevleri en ince ayrıntılarına kadar tanımlanmıştır(33).

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi (GATA Haydarpaşa Eğt. Hst.) 1000+200 yataklı bir eğitim hastanesidir. Hemşirelik hizmetleri GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Komutanlığına doğrudan bağlı bir başhemşire ve yardımcısı tarafından yürütölmekte olup hemşirenin görevleri 160/4 yönergesi ile belirlenmektedir. Hastane Başhemşiresi sicil yönünden doğrudan başhemşirelerle bağlantı kuramamakta ancak görevin yürütölmesinde, GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Komutanının emirleri doğrultusunda çalışmaktadır. Servis başhemşireleri de aynı şekilde GATA Kanununun 33. Maddesinin 3. Fıkrası gereği klinik hemşirelerine sicil yönünden değil görev yönünden amir pozisyonunda bulunmaktadır. Aynı maddeye göre servisin en kıdemli doktoru servisteki her şeyden sorumlu bulunmaktadır.

4. İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI

Planlama, organizasyonun amaç ve beklentilerine ulaşmasını kolaylaştıracak kararların alınması bu amaçlara ulaşılabilmesi için atılacak adımların, yapılacakları ayrıntılı bir şekilde dökümü demektir. Sistematik bir planlamada ilk yapılması gereken organizasyonun amaç ve hedeflerini saptamaktır. Yöneticiler sık sık organizasyonunun saptanan hedef ve amaçlar doğrultusunda faaliyet gösterip göstermediğini kontrol etmesi gerekir. Büyük ve küçük organizasyonlarda bu süreç, kendilerini sürecin bir parçası olarak gören elemanları bir araya getiren bir ortam yaratır. Planlama sırasında organizasyonun bütün fonksiyonlarını temsil eden yöneticiler işletmenin kaynakları üzerine ve dışarıdaki değişen durumlar hakkında bilgi toplayıp bunları analiz eder. Bir organizasyon değişen koşulları ne kadar iyi anlarsa uygun bir planlama ile kendisini bu değişikliklere adapte etmesi o kadar kolay olur.

Etkili bir insan kaynakları planı organizasyonun başarısının temel taşıdır. İdeal olan bu planın bütün diğer personel etkinliklerinden önce yapılmasıdır.

İnsan kaynakları planlaması organizasyonun değişen işgücü ihtiyacının değişen şartlar ve gelişen iş hacmi doğrultusunda planlanması demektir. İnsan kaynağının planlanması çalışması ile belirli zaman dilimleri içerisinde gerekli olan işgücünün planlanması yapılmış olur. Mevcut elemanlar geçerli olan görevlerin başarılmasında yeterli oldukları gibi geleceğinde kaynağıdırlar. Mevcut personel yapısının açık bir analizini yapmak, insan gücü kaynaklarının planlanması için gerekli bir adımdır. Bu çalışma ile işletmenin değişik bölümlerinde halen çalışan personelin sayısı saptanır. Bunların özellik ve yetenekleri hakkında bilgi elde edilir. İşletmede çalışanların verimli oldukları gerçek çalışma zamanının analizi yapılır ve iş görenlerin başarıları hakkında bilgi elde edilir. Aynı çalışma ile iş görenleri mevcut ücret yapısı, ücretin piyasa ücreti ile karşılaştırılması, işletmedeki iş gören devir oranı, geç gelmeler ve devamsızlıklar hakkında bilgi oluşturur. Bu sırada ilave işgücünün tahmini yapılır. İşletmenin bulunduğu sektörde ve özel olarak işletmede ortaya çıkan yeni gelişmeler, işletmenin büyümesi ve organizasyon yapısının gelişmesine bağlı olarak, gelecek için ilave işgücü tahmininde bulunur. Bu çalışmaların büyük-küçük demeden bütün işletmelerde yapılması gerekir(36).

L.C Megginson'un "Personnel, A Behavioral Approach to Administration" adlı kitabında personel planlaması hakkında A Larnegie'nin mezar yazıtında şöyle der:

"Burada yatmakta olan insan

İşinde kendinden iyilerini

Çalıştırmamasını bilen insandı."

Söz konusu yazıt, insan kaynakları planlaması konusunun içeriğine dramatik, fakat yalın, gerçekçi, saf bir yaklaşımla bakmıştır (37).

Ancak gerek nitelik gerekse nicelik olarak her sorunun alabildiğine geliştiği, büyüdüğü, sadelikten karmaşığa dönüştüğü çağımızda insan kaynakları planlaması sürecinde temel güçlük, planlanacak olan şeyin "insanla ilgili" olmasıdır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal nitelikleri ile ölçüye vurulması çok güç, homojen özellikler

göstermeyen iş gücü beraberinde bir yığın yorum gerektiren sayı, istatistiksel bilgi ve nesneleştirme çalışılan gerçekle öznel olaylar dizisini sürükler (38). İşte planlanması gereken süreç; işletmenin uğraş konusu ister mal, ister hizmet üretimi olsun, bir organizasyonun temel üretim girdisi olan işgücünün, psikososyal ve davranışsal özellikler ininde dikkate alınmasıyla belli bir dönem için öngörülen üretim miktarını optimal bir şekilde gerçekleştirecek nitelik ve nicelikle oluşturulmasıdır (39).

4.1. İNSAN KAYNAKLARININ PLANLAMASININ HEDEFLERİ:

Organizasyonlar, mevcut ve gelecekteki işler için nitelikli ve yetenekli elemanları araştırmak ve böyle elemanları organizasyona çekebilmek için devamlı planlar hazırlamalıdır. Bir organizasyon, dış kaynaklardan nitelikli elemanlar bulabilmek için sadece şansa güvenemez. İnsan Kaynakları Planının Hedeflerini şöyle sıralayabiliriz:

1. İnsan kaynaklarının özel ve genel ihtiyaçları ile ilgili uzun dönemli ve kısa dönemli (işlemsel) tahminler yapmak
2. Elemanları organizasyonda tutmak ve verimlerini artırmak için onların ihtiyaçlarını karşılamak
3. İnsan kaynaklarına yapılan yatırımların yeterli ölçüde geri dönmesini sağlamak
4. İnsan kaynaklarına ilişkin ihtiyaçlarla bütün olarak organizasyonun faaliyeti arasında bağlantı kurmak
5. Organizasyonların istihdam fırsatlarıyla ilgili yasalara uyum göstermesini kolaylaştırmak

4.2. İNSAN KAYNAKLARI PLANININ OLUŞTURULMASINDA ÖNEMLİ HUSUSLAR VE ORGANİZASYONDAKİ DİĞER SÜREÇLERLE İLİŞKİLERİ :

Planlama, bir organizasyonun amaç ve beklentilerine ulaşmasını sağlayacak kararın alınması sürecidir. Yönetim, organizasyonun gelecekte nasıl bir gelişim göstereceğini hesaplarken, kısa dönemli amaçlarla organizasyonun mevcut ve gelecekteki insan kaynakları arasında sürekli karşılaştırmalar yapar. Planlama sürecinin ilk adımı organizasyonun kısa ve uzun dönemli amaçlarıyla uyumlu olmasıdır. “Organizasyonun geleceğe dönük, sağlam ve tutarlı bir insan kaynakları planlamasını gerçekleştirebilmesi öncelikle elinde tuttuğu iş gücü kaynaklarına ve bunların süreç içinde etkinliklerinin arttırılmasına bağlıdır” (39). Bu gereğin bilincine varamamış olan işletme yönetimi, dışta ve içte düzenlenecek eğitim, geliştirme ve yetiştirme programlarıyla soruna nitelikli olarak eğilir.

Planın rasgele ve dar görüşlü bir tutumla yapılması ciddi sorunlar doğurur. Organizasyonun bir bölümünde bazı elemanlar işten çıkarılırken bir bölümünde aynı nitelikteki başka elemanların işe alınması organizasyonu açıklanması zor durumlara sokabilir.

4.3. İNSAN KAYNAKLARI PLANLANMASININ ORGANİZASYON İÇİNDEKİ YERİ :

İnsan kaynakları planlamasının işletme planlaması ile bütünleştirilmesi, son zamanlarda üzerinde en çok durulan konulardan birisidir. İşletme planlaması ve politikası ile birlikte düşünülüp, aynı boyut üzerinde birlikte planlama sürecine sokulması , onun daha etkin ve geçerli bir nitelik kazanmasını sağlayacaktır. Bu durum uygulamada, plânlamayı yürütenler tarafından adeta bilinç altına yerleştirilecek her zaman esaslı düşünülmesi gerekecek kadar önemlidir. Çünkü işletmenin diğer planlama süreçlerinden ayrı irdelenen ve soyutlanan bir insan kaynakları planlaması yaklaşımı ondan beklenecek yararları sağlamaktan uzak kalacaktır. İnsan kaynakları plânlaması uygulamasına gereksinme duyulabilmesi için , bir işletmenin belirli bir irilik

düzeyine çıkmış olması gereklidir. Anlaşılmalıdır ki bir işletmenin somut bazı gereksinimleri olması gerekir ki insan kaynakları planlaması zorunluluk duysun.

Yönetim organizasyonunun gelecekte nasıl bir gelişim göstereceğini hesaplarken, kısa dönemli amaçlarla organizasyonun mevcut ve gelecekteki insan kaynakları arsında sürekli karşılaştırmalar yapılmalıdır. İnsan kaynakları plânlamasında dikkat edilecek en önemli husus; planlamacının organizasyona bir bütün olarak bakabilmesidir. Agust Marx, insan kaynakları plânlamasını bir süreç olarak belirlerken şu gözlemi yapıyor:

İnsan kaynakları planlamasının birinci görevi; “Çalışanların şimdiki ve gelecekteki verim durumlarını saptayıp, ona göre gerekli önlemleri alarak süreç içinde insan kaynakları gereksinimlerini dengelemektir” der. Gerçekten, insan kaynakları gereksinimlerinin planlaması temelde, işletme açısından en yüksek verimin gerçekleştirilmesi doğrultusunda iş gücü girdisini belli bir optimumda tutabilmektir ki; bu da bir denge durumuna ulaşip onu korumağa çalışmaktan başka bir anlam taşımaz. Ancak işgücü çok yönlü bir değişken olma niteliği taşıdığından işgücü girdisinin belirli bir optimumda tutulabilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle kolayca planlamaya yatkınlığı yoktur (39).

4.3.1. İNSAN GÜCÜ PLANLAMASININ ÖNEMİ

İnsan Gücü Planlaması, örgüt amaçları doğrultusunda, insan gücünden en etkin ve verimli biçimde yararlanmaktır (40).

İnsan gücü Planlaması, örgüt yönetiminin var olan insan gücü durumundan, olmasını istediği insan gücü durumuna doğru nasıl hareket etmesi gerektiğini belirleme sürecidir. Planlama sırasında yönetim doğru nitelikte ve nicelikte insan gücüne sahip olmaya, hem örgüt hem de bireye uzun vade de maximum yarar sağlayacak eylemleri yapmaya çalışır (41).

İnsan Gücü Planlaması, insan kaynaklarından faydalanma kazanç elde etme ve bunların geliştirilmesi ve korunması üzerine bir strateji olarak tanımlanmıştır. Örgütün saptanmış olduğu amaçlarını gerçekleştirilmesi için gerekli insan gücü kadrosunu sağlama amacı güder . Ve bunun için en uygun nitelikteki personelin en uygun zamanda işletmeye alımı, en uygun birime yerleştirilmesi, yeni görevlerine hizmet içi

eğitim yoluyla hazırlanması, iyi bir değerlendirme ile başarısının değerlendirilmesi çalışmalarının tümüdür (42).

Organizasyonları insan gücü planlaması yapmaya zorlayan nedenleri üç gruba ayırmak mümkündür.

1. Teknolojik ve Çevresel değişimler

Sektörler toplumdaki varlıklarını sürdürebilmek, daha çok gelişebilmek için çevresel ve teknolojik değişmelere ayak uydurmak zorundadır. Bu değişimlere uygun olarak yapılacak insan gücü planlaması işletmenin sürekliliğini sağlar.

2. Yönetici Personele Duyulan Gereksinim

Bir çok işletmelerin insan gücü bileşimleri incelendiğinde, yüksek beceri gerektiren yönetici ve teknik görevlerde ihtiyacı duyulan insan gücü sayısının giderek yükseldiği görülmektedir. Bu nedenle işletmeler yönetici personele duyulan gereksinimlerini nasıl karşılayabilecekleri konusunda planlar yapmak zorundadır. (49)

3. Yöneticilerin tutum ve davranışları

1930' lardan sonra işletmelerin insana verdiği önem artmıştır. Bu paralelde Üst yöneticiler İnsan Kaynaklarının geliştirilmesine eğilmiştir. Bu nedenle insan gücü planlamasında üst yöneticiler aktif olarak rol almaktadırlar (43).

İnsan gücü planlaması yaparken şu aşamalar izlenmelidir.

- İşletmenin mevcut ve ileriye dönük hedef ve amaçlarının açık ve net olarak saptanması
- Saptanan hedef ve amaçlar doğrultusunda örgütsel yapının yeniden dizayn edilmesi
- Dizayn edilen yeni örgütsel yapıda yer alan tüm pozisyonların iş analizleri sonucu elde edilen bilgilerin ışığı altında görev yetki ve sorumlulukların belirlenmesi (görev tanımlarının yapılması)
- Her göreve atanacak personelde öğrenim deneyim ve eğitim dahil gerekli tüm niteliklerin belirlenmesi (İş gereklerinin saptanması)
- Mevcut personel envanterinin çıkarılması

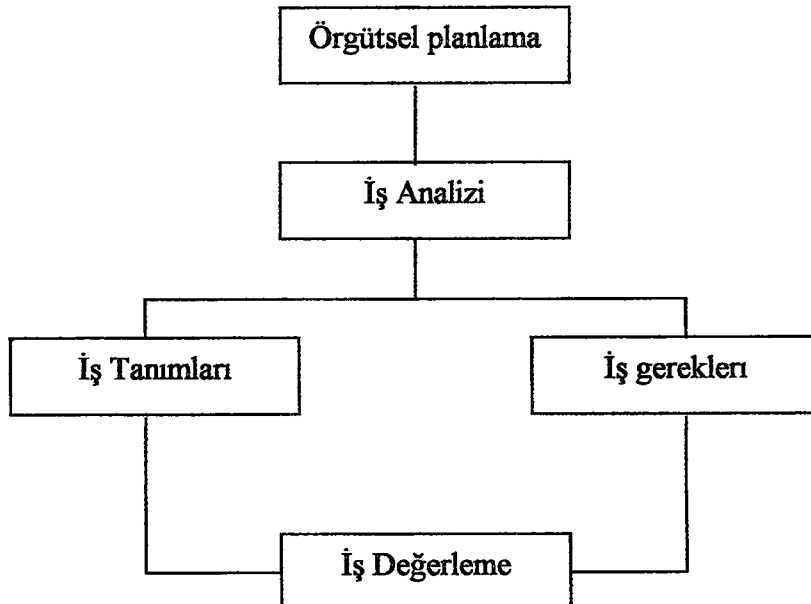
- Hizmet içi eğitim programlarının devamlı güncelleştirilmesi
- İş ölçümü yöntemlerinden yararlanılarak her bir birim için gerekli personel sayısının saptanması (49).

4.3.2. HEMŞİRELİK VE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI

Sağlık alanında insan gücü planlaması temel olarak ulusal insan gücü planlamasının bir parçasıdır. Sağlık İnsan Gücü Planlaması, demografik yapı ile kentsel ve kırsal konum düzeyine göre sağlık hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için gerekli personel planlamasıdır (44).

Sağlık alanında insan gücü planlaması çok basit olarak kendi servisleri için gelecekteki ihtiyaçlarla uyushabilecek miktarda yeterli sağlık personelinin sağlayabilecek bir yöntemdir. Baker' in dediğı gibi sağlık alanında insan gücü planlaması'nın önemi herkesçe bilinmelidir. Ancak bütün dünyada, personelsiz sağlık merkezleri ve boş hastaneler yetersiz insan gücü planlamasının anıtları olarak ayakta durmaktadır. Sağlık alanında insan gücü planlamasının ivediliğı sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi için gereken uzun zaman aralığından dolayı iyi anlaşılmalıdır (40).

İnsan gücü planlamasında öncelikle gerçekçi bir iş dizaynına ve iş analizine dayanan bir yöntem olması gerektiğı söylenebilir. Bu tür bir yöntem Şekil-1 deki gibi şematize edilebilir.



Şekil 1 : İş Dizaynı ve İş Analizine Dayanan Planlama

İş dizaynı: İş ölçümü ve uzmanlaşma esasından hareketle işletme, işletme faaliyetlerinin ayrılabilir parçalara bölünerek işlerin farklılaştırılması ile işler zinciri ve işlerarası ilişkilerin belirlenmesidir. (Poliklinik, hasta kabul, laboratuvar, eczane) İş dizaynından sonra iş analizlerinin yapılması gerekir. İş analizi işin tanımlanması, iş kapsamına giren görevlerin tespiti ve iş gereklerinin yazılı olarak açıklanmasıdır. Böylece hastane genelinde ve ünitelerde yer alması gereken pozisyonlar ve bu pozisyonlara artacak personelde aranacak nitelikler belirlenmiş olur. Bundan sonraki safhada iş yükü analizi yapılarak iş gücü ihtiyacı analiz edilir. Böylece personel sayısını tespit etmek için gerekli veriler elde edilmiş olur. İş yükü analizi; gerekli iş gücü miktarının adam/ saat cinsinden tespitine yönelik yapılan işlemlerdir.

Bu işlemler ise direkt hizmetlerle (derece alma, tansiyon, pansuman) endirekt hizmetlerin (dereceğin sterilizasyonu, ecza dolabından ya da eczaneden ilaç alma) ayrılarak gerekli işgücü miktarının bulunmasıdır. İşyükü analizi ile ilgili olarak gerçekleştirilmesi gereken bir başka işlem servislerin hasta karması (hasta bağımlılık düzeyleri) pozisyonlarının tespitidir (ihtiyaç duydukları tedavi ve bakım hizmeti miktarına göre üç veya dört gruba sınıflanan hastalar hastanenin iş yükünü oluşturur). Direkt endirekt hizmetlerin iş gücü miktarı bulunarak standart zamanlar tespit edilir. Standart zamanların tespitinde hastanenin geçmiş tecrübelerinden, teknolojik bilgilerinden ve iş ölçümü tekniklerinden yararlanılabilir (46).

4.3.3. İŞ ÖLÇÜMÜ TANIMI VE YARARLARI

Bir iş örnekleme tekniğidir. Bir işin yapılmasında harcanan zamanı ve zaman kaybının nitelik ve derecesini ölçmeye yarayan bir tekniktir. İş ölçümü ile ilgili ilk uygulamalar Perronet ve Babbage tarafından yapılmıştır. Günümüzde iş ölçüm teknikleri içersinde, iş örnekleme iş gücü planlamasında vazgeçilmez bir yöntem olarak yerini almakta, gerek sanayi gerek hizmet sektöründe çıktının ölçülebileceği, tüm işler için kullanılmaktadır.

Hastanelerde tıp ve teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık bakım maliyetinin artışı doktor ve hemşirelerde iş gören devrinin, hızlı oluşu, hastane yöneticilerini etkinlik ve verimliliği ölçmeye yönlendirmiştir. Çünkü personel, malzeme donatım, enerji gibi

birbirini bütünleyen sistemlerin planlanması, geliştirilmesi ve düzenlenmesi iş ölçümünü gerektirmektedir.

Hemşirelikte iş ölçümüne ilişkin yayınlar 1954-1956 yıllarında Abdellah ve Wright, Burke ve Chall tarafından yapılmış, bu alanda en bilinen kişi ise Barnes olmuştur. Türkiye de ise iş ölçümü 1963 yılında gündeme gelmiştir.

İş ölçümü İngiliz standartlar enstitüsüne göre nitelikli bir personelin belli bir işi belli bir çalışma hızıyla yapması için gereken zamanı saptamak amacıyla geliştirilmiş tekniklerin uygulanmasıdır.

Bir işlemin (örneğin, hastanın tansiyonunu ölçülmesi, hastanın hikayesinin alınması) veya işlemler dizisinin (laboratuvar da bir tam kan tahlili için gerekli işlemler) belirli çalışma koşullarında ve belirli yöntemlerle yeteri kadar eğitim, bilgi ve beceriye sahip bir personel (hekim, hemşire, laborant) tarafından bir iş günü (veya vardiya) boyunca aşırı yorgunluk yaratmayacak bir çalışma hızı (tempo) ile yapılması için geçen sürenin tespiti amacıyla uygulanan tekniklerdir. Bu süreye personelin kişisel ihtiyaçları ve beklenmeyen gecikmelerin eklenen toleranslarla standart zamanlar bulunmuş olur.

Bu çalışmada hemşirelerin iş ölçümünü yapabilmek için iş örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte rastgele seçilen hemşireler görevlerini yerine getirirken gözlemciler bu aktiviteleri kayıt ederler. Gözlemlerin toplamı bir spesifik kategorideki (direkt-indirekt bakım) sıklığa bölünür ve bu aktivitelerin yapılabilmesi için harcanan zamanın yüzdesi elde edilir. Gözlemlerin toplam sayısı kesin olarak belirlenir. Bu sayılar verilerin güvenilirliği için yeterli miktarda olmalıdır. Bu yöntemde gözlemci direkt bakım aktivitelerini gözlemleyerek direkt bakıma ayrılan zaman ile diğer aktivitelere ayrılan zamanı karşılaştırmalı olarak yansıtabilir. Beş günlük örnekleme çalışmasının genellikle en iyi değerlendirme için yeterli veriyi sağladığı kabul edilmektedir. Bu yöntemin avantajı personelin raporuna bağlı olmaması, dezavantajı ise kısa gözlemlerin bir aktivite sürecinin bütün yapısını tanımlayamamasıdır. Ayrıca gözlemciler eğitilmiş, denetleyici ve güvenilirliği test edilmiş kişiler olmalıdır. İş örneklemesinde kullanılan en genel güvenilirlik düzeyi %95'dir ve gözlem sayısı istenen güvenilirlik düzeyini sağlayacak sayıda olmalıdır (47,48,49).

İş örnekleme yöntemi ile hasta sınıflandırma yöntemi arasındaki sapmanın değerlendirilmesi amacı ile yapılmış ve görülmüştür ki hastane şartlarımız ve teknik olanaklarımız nedeniyle Hemşirelik birimindeki personel gereksinmesini hesaplamada bu dönem için kullanılacak ilk adım o birimdeki hastaların bağımlılık düzeylerine göre bir tahmin yapmaktır (50).

5. VERİMLİLİK

5.1. VERİMLİLİK VE ETKİNLİK

Verimlilik (Productivity), herhangi bir araştırma ya da incelemenin sonucunda, girdilerle çıktılar arasındaki olumlu yada olumsuz ilişkileri belirleyen bir kavramdır.

Dahl'a göre verimlilik çıktı/ girdi olarak tanımlandığında doğru çıktıyı seçme, işleri doğru yapma ve yapılan işleri zaman kaybetmeksizin, ara vermeksizin yapmadır. Verimliliğin amacı; üretim maliyetini azaltmak, daha yüksek ücretler için çalışmak, iş gücünün, yönetim ve tüketicinin yaşam standartlarını iyileştirmek için kaynak yararlılığını, insan gücünü, varlıkları bilimsel olarak maksimize etmektir.

Avrupa verimlilik kurumu (EPA)'na göre verimlilik, her üretim ögesinin etkin kullanım derecesi, bir düşünce biçimi, var olanı iyileştirmeyi sağlama, herşeyin bu gününden, yarın bu günden daha iyi yapılabilmesidir (51).

Her kuruluş, büyüme ve gelişmeyi sağlamak, teknolojik gelişmeleri izlemek için verimli çalışmalıdır. Verimlilik az zamanda çok işi doğru ve zamanında yapma, kaliteyi sağlamadır (52).

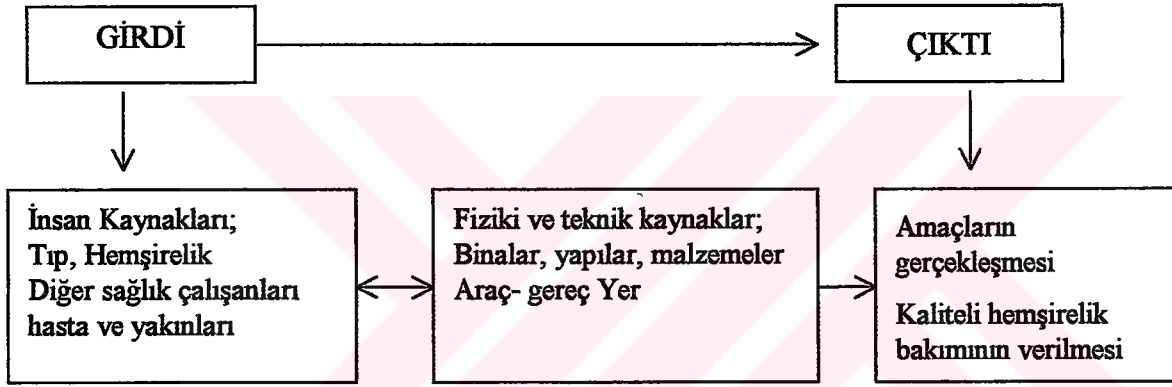
5.2. HEMŞİRELİK VE VERİMLİLİK

Flornance Nightingale'den bu yana değişen ve gelişen hemşirelik tanımları, hemşirelikte amaçlar, standartlar, kalite ve verimlilik kavramını doğrudan etkilemiştir. Nightingale ile çevre düzenlenmesi ve enfeksiyon kontrolüne dayalı olan hemşirelik

bakımı, günümüzde birey, çevresi, geçmişi ve geleceğiyle bir bütün olarak ele almayı sağlayan profesyonel bir yaklaşımı gerektirmektedir (53).

Hemşirelikte verimlilik, Fiss ve White tarafından analiz edilmiştir. Fiss ve White öncelikle hemşirelik bakımının girdi ve çıktılarını tanımlamışlardır(54).

Hemşirelik hizmetlerinde verimliliğin objektif olarak ölçülmesi girdi ve çıktıların karmaşık ve parasal değerler olmamasına karşın sürekli kişiden kişiye değişiklik göstermesi nedeniyle zorlaşmaktadır. Bununla birlikte kabul edilebilir ölçüm ve tanımların yapılabileceği, kaliteli bakım öğelerinin belirlenebileceği standartlarda saptanmıştır. Hemşirelik hizmetlerinde girdiler, insan, Fiziki ve teknik kaynaklardır. Bu durumun işleyişi Şekil 2' de şematize edilmiştir.



Şekil 2: Hemşirelik Hizmetlerinde kaynaklar

Hemşirelik iş gücü, belli bir eğitimden geçmiş hizmet vermeye hak kazanmış profesyonellerden oluşmakta hizmet üretmede bilgi beceri ve yaşam deneyimlerini kullanmaktadırlar .Bu anlamda verimlilik, en az kaynakla en üst düzeyde sağlık kazandırması anlamına gelmektedir.

Verimlilik ölçümünde fiziksel verimlilik ölçümü ve katma değer verimliliği olmak üzere iki farklı yöntem vardır. Fiziksel verimlilik ölçümü, personel sayısı, zaman, ağırlık, parça veya ünite sayısı gibi niceliksel verimlilik ölçümüdür. Bu yöntem iş gücü ücret düzeyi ve üretken gücün gelişimi arasındaki ilişkiyi ölçmede uygun bir yöntemdir. Katma değer verimlilik ise; ürünün değerinin ekonomik olarak ifade edildiği verimliliğin para miktarı olarak ölçüldüğü yöntemlerdir.

6. GEREÇ VE YÖNTEM

6.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ :

Araştırmada üç parametre ele alınmıştır.

1. Nitelik saptama:

Hemşirelerin meslekle ilgili niteliklerini ölçerek gelecekte açılacak kadrolara uygun yerleştirme yapabilmeyi kolaylaştırmak amacı ile Beceri Envanter Formunun uygulandığı tanımlayıcı tipte araştırma.

2. İş gücü ihtiyacı tanımlama:

Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde (KDCYB) hemşirelik aktiviteleri için süreyi (dakika) ve gerekli hemşire iş gücü ihtiyacını saptamaya yönelik olarak iş örnekleme yöntemi uygulanan tanımlayıcı tipte araştırma.

3. Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesi:

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinin 1994-1997 yılları arasındaki verdiği sağlık hizmetlerini değerlendirmeye yönelik olarak retrospektif araştırma yapılmıştır.

6.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER:

Araştırma GATA Haydarpaşa Eğt.Hst.'nde yapılmıştır.

6.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ :

Araştırmamız üç ayrı parametrede incelenmiş olup

1. Nitelik saptama:

Bu bölümde örnekleme yapılmamıştır. 1998 Mayıs ayı itibarı ile GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Komutanlığında görev yapan 173 hemşirenin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Hazırlanan Beceri Envanter Formlarının 106'sı geri dönmüştür (%61.27). Araştırmaya katılmayan hemşirelerin 13'ü senelik izinde, 16'sı nöbet istirahatinde oldukları için kendilerinden veri toplanmamıştır. Veri toplama

aşamasında 17 hemşire istirahatli, 7 hemşire de çeşitli nedenler ile mesaide değillerdi; ve geriye kalan 14 hemşire ise araştırmaya katılmak istememişlerdir.

2. İşgücü ihtiyacı tanımlama:

Sağlık kurumlarında iyi bir insan kaynakları yönetiminin temelini oluşturan insan gücü planlamasının etkin yapılıp yapılmadığı konusu incelenirse evreni Türkiye'deki tüm sağlık kuruluşları oluşturacaktır. Bunun içinde yeterince büyük bir örnek hacmi gerekir. Çünkü, örneğin temsil yeteneği olmalıdır. Bu da bir grup çalışmasını ve büyük bir araştırma bütçesini gerektirmektedir. Bu araştırma bu tür olanaklardan yoksundur. Bu nedenle kapsam daraltılmış genellemeye gidilmekten kaçınılmıştır. KDCYB servisi Nisan 1997'de 2 ay süresince gözlenmiştir. Bu süre içinde serviste yatan hastalara verilen hemşirelik aktiviteleri gözlemlenerek, araştırmanın verileri elde edilmiştir.

Çalışmada 7 gün- 4 haftalık örneklem matrisi oluşturulmuştur. Ziyaret (Tur) saatleri rastgele sayılar tablosundan rastgele örneklem yolu ile seçilmiştir (Ek-1). Çalışma gündüz 08⁰⁰-16⁰⁰ saatleri arasında 32 çeyrek saatte ve gece 16⁰⁰-08⁰⁰ saatleri arasında 64 çeyrek saatte, 24 saat içersinde 98 çeyrek saatte uygulanmıştır. Tablo değerleri gündüz shiftlerinde 32 den fazla gece shiftlerinde ise 64 den fazla olduğu için gündüz shifti için mod 32 gece shifti için mod 64 üzerinden yeniden düzenlenmiştir (Ek-2). Bu hesaba göre yapılması gereken ziyaret sayısı 60 olup tamamı yapılmıştır.

3. Hastane hizmetleri değerlendirilmesi

GATA Haydarpaşa Eğt. Hst'nin 1994-1997 yıllarını kapsayan bütün istatistiki verileri kullanılmıştır.

6.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ :

1. Nitelik saptama:

Bu bölümde kullanılan Beceri Envanter Formunda ;

Yaş, öğrenim durumu, bilgisayar kullanıp kullanmadığı, yabancı dil bilme durumu, bilgisayar bilmenin gerekliliğine ilişkin düşünceler, yabancı dil bilme gerekliliğine ilişkin düşünceler sorulmuş olup, ad soyad ve görev yeri sorulmamıştır.

Araştırmada kullanılan Beceri Envanter Formu (Ek-3) Haldun ERSEN'in Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi ve İlişkisi adlı kitabında örnek olarak sunulan İnsan Kaynakları Kalite Değerlendirme Formundan esinlenerek hazırlanmıştır (18).

2. İş gücü ihtiyacı tanımlama:

KDCYB servisinde hemşirelerin Postoperatif 0. gün, Postoperatif 1. gün ve Postoperatif 2. gün boyunca hemşirelerin hasta bakımına yönelik hemşirelik aktiviteleri için harcadıkları zaman gözlemlenmiş ve 4 hafta boyunca elde edilen veriler Hemşire Aktiviteleri İş Örneklem Formuna kaydedilmiştir (Ek-4). Kategorilerin tam işlevleri için bkz.(Ek-5)

Kategori 1. TGSS-28 (Tedavi Girişimleri Skoru Sistemi)'de (Ek-6) yer alan hemşirelik aktivitelerinin(56) Kalp damar yoğun bakımla ilgili olan aktiviteleri içermekte olup bunlardan bazıları hasta ile direkt ilgili olmayıp amaç hastalığın şiddeti hakkında bilgi almaktır. Daha yoğun hastalarda bu kategoriye harcanan zamanın yüksek olması beklenir. Yaşam bulguları, laboratuvar, beslenme, tedavi, santral venöz kateter, pulmoner kateter, arter izlemi, diyaliz teknikleri, tanı koyucu işlemler, yoğun bakımda uygulanan spesifik işlemler, infüzyon ve sıvı dengesi, oksijen tedavisi, hava yolları bakımı, pansuman ve dren bakımı bu kategoride yer alan aktivitelerdir.

Kategori 2. TGSS-28'de yer almayan doğrudan hasta ile ilgili hemşirelik aktivitelerini kapsar. İletişim, hastanın fiziksel psikolojik konforunun sağlanması, hastanın hijyeni, hasta ile ilgili diyalog, masajı, egzersizleri, mobilizasyonu, boşaltımı gibi işlemleri kapsar.

Kategori 3. Hasta ile direkt ilişkisiz hemşirelik aktivitelerini içerir. Aile ile diğer

personel ve birimler ile iletişim, cihazların bakımı, ameliyattan çıkacak hasta için hazırlık, vizitlere hazırlık ve katılım, kayıt işlemleri, hasta sevk ve taburcu işlemleri, hasta için gerekli ilaçların temini, hasta teslim alma, devretme gibi işlemleri kapsar.

Kategori 4. Tıbbi olmayan ve hasta ile direkt ilişkisiz aktivitelerdir. Servisin tertip düzeni, yemek dağıtımına nezaret etme, iş başı eğitim, hizmet içi eğitim.

Kategori 5. Kişisel aktiviteler için ayrılmıştır. Hemşirenin kendine ayırdığı zaman, yemek yeme, özel işler, muayene ziyaret, telefonla görüşme, kitap gazete okuma, vb.

Yoğun Bakım Hemşire Aktiviteleri İş Örnekleme Formu, Dr. Miranda ve arkadaşlarının 1996 da yoğun bakımda TGSS-28' in geliştirilmesi, kullanımı ve hemşire aktivitelerine harcanan zamanların bulunması ile ilgili bir çalışmadan yararlanılarak oluşturulmuş olup Kılıçaslanın tezinde uyguladığına benzer 5 kategoride hazırlanmıştır.

3. Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesi:

Hastanenin 1994-1997 yıllarında hastanede görev yapan doktor, hemşire sayısı ve poliklinik, yatan hasta sayısı, açık yatak sayısı, hasta yatış günleri ile ilgili veriler Eğitim Öğretim Plan Şube Müdürlüğü ve Personel Şube Müdürlüğü arşivlerinden temin edilmiştir.

6.5. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

1. Nitelik saptama:

Hemşirelerin yaşları ve öğrenim durumları

Bilgisayar bilme durumları

Yabancı dil bilme durumları

Bilgisayar bilme gerekliliğine ilişkin düşünceler

Yabancı dil bilme gerekliliğine ilişkin düşünceler

2. İş gücü ihtiyacı tanımlama:

Yoğun bakım hastalarına verilen hemşirelik bakım aktiviteleri;

TGSS-28' de yer alan hemşirelik aktiviteleri

TGSS28' de yer almayan doğrudan hasta ile ilgili hemşirelik aktiviteleri

Hastanın kişisel bakımının devamlılığı için gerekli olan aktiviteler (dolaylı bakım aktiviteleri)

Tıbbi olmayan hasta ile direkt ilişkisiz aktiviteler

Kişisel aktiviteler

Hemşirelik aktiviteleri için harcanan sürelerdir.

3. Hastane hizmetleri değerlendirilmesi:

Araştırma kapsamındaki yıllar

Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, yatak işgal oranı, yatak devir hızı, hasta bakım günü,doktor, hemşire, sayısı, ortalama yatış süresi

6.6. UYGULAMA

1. Nitelik saptama:

Beceri Envanter Formları servis sorumlu hemşirelerine dağıtılmış, 3 gün sonra tarafımızdan toplanmıştır.

2. İşgücü ihtiyacı tanımlama:

Bölümdeki yapılan örneklemeye uygun olarak KDYB'ünitesine gidilmiş ve hemşire aktiviteleri takip edilmiş, süreler Hemşire Aktiviteleri İş Örnekleme Formuna kaydedilmiştir.

Veri toplamaya başlamadan önce, KDCYB ünitesinde hemşire ve doktorlar ile görüşme yapılmış ve amaç belirtilmiştir. Gözlem sırasında araştırmacının ortamdan yok sayılması, soru sorulmaması ve bunun öneminden bahsedilmiştir. Anlaşılmayan faaliyetlerde araştırmacının sorusuna gerekli açıklamaların yapılmasını bunun gözlem için gerekli olduğu belirtilmiştir.

Gözlemler haftanın 7 iş günü devam etmiş olup 60 tur yapılmıştır. Aktivitenin dakikası gözlem süresini geçmiş ise gözlem süresi aktivite tamamlana kadar devam etmiştir.

Hemşire Aktiviteleri İş Örnekleme Formunda servisin adı ve zamanı gözlemci tarafından yazılmıştır. Hasta Postoperatif 0. günden Postoperatif sonu normal servise inene kadar gözlemlenmiş olup gözlem formları araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Formlar haftalık olarak bilgisayara girilerek değerlendirilmiştir.

3. Hastane hizmetleri değerlendirilmesi

Hastanenin yıllık istatistiki verilerinden yararlanılmıştır.

6.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın Nitelik saptama bölümünde Beceri Envanter Formu aracılığı ile elde edilen veriler SPSS for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik özellikler ile hemşirelerin bilgisayar ve İngilizce bilme gerekliliği konusundaki düşünceleri arasındaki anlamlılık Ki- kare testi ile incelenmiştir.

Araştırmanın 2. Bölümünde Yoğun bakım hemşire aktivitelerinin değerlendirilmesinde (Ek-7)'de yer alan her aktivite için yüzde payı ve aktiviteye ayrılan hemşire zamanları hesaplanmış, her kategori için hemşire zamanları ayrı ayrı bulunmuş olup Postoperatif dönemlerdeki 24 saat için veriler yeniden hesaplanmıştır. İşe ayrılan süreler araştırmacının tespit ettiği sürelerin (dakika) ortalamaları olup yüzde payları hemşirelerin aktiviteler için geçirdiği sürelerin toplamı ile oranlanmıştır.

Gerekli hemşire sayısı hemşirelerin bir hasta için geçirdikleri aktivitelerinin toplam dakikasının shift saatine bölünmesi ile elde edilmiştir.

Araştırmanın hastane hizmetleri değerlendirilmesi bölümünde elde edilen veriler tablolar halinde değerlendirilmiştir.

7. BULGULAR

Araştırmada bulgular üç bölümde incelenmiştir.

Bölüm1 (Nitelik saptama): Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve nitelikleri ile ilgili bulgular

Bölüm2 (İş gücü ihtiyacı tanımlama): KDCYB Ünitesinde verilen hemşirelik bakım aktivitelerine ilişkin bulgular

Bölüm3 (Hastane hizmetleri değerlendirilmesi): GATA Haydarpaşa Eğt.Hst.K.lığının 1994-1997 yıllarına ilişkin verimlilik bulguları.



BÖLÜM 1: Nitelik saptama

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ve hemşirelerin dil ve bilgisayar bilme gerekliliğine ilişkin düşüncelerine göre dağılımı Tablo 1.1-1.7’de gösterilmiştir.

Tablo-1.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (GATA 1998)

YAŞ GRUPLARI	n	%
21 – 28	88	83.0
29 – 36	12	11.3
37 – 44	6	5.7
TOPLAM	106	100.0
YABANCI DİL	n	%
BİLMİYOR	45	42.5
İNGİLİZCE	58	57.4
ALMANCA	2	1.9
FRANSIZCA	1	0.9
TOPLAM	106	100.0
BİLGİSAYAR	n	%
BİLMİYOR	85	80.2
BİLİYOR	21	19.8
TOPLAM	106	100.0
EĞİTİM DÜZEYİ	n	%
MESLEK LİSESİ	42	39.9
ÖN LİSANS	60	56.6
LİSANS	4	3.8
TOPLAM	106	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bölümünü; (%83)21-28 yaşlarında, ingilizce bilen (%57.4); bilgisayar kullanmayı bilmeyen (%80.2); ön lisans mezunu (%60.5); hemşireler oluşturmuştur. (Tablo1.1.)

Tablo-1.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Yaş Grupları ve Bilgisayar Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (GATA 1998)

YAŞ GRUPLARI	BİLGİSAYAR BİLME DURUMU					
	Bilmiyor	%	Biliyor	%	Toplam	%
21-28	72	81.8	13	18.2	85	100.0
29-44	16	72.2	5	27.8	21	100.0
TOPLAM	88	80.2	18	19.8	106	100.0

$$(\chi^2 = 0.86, p=0.35)$$

Araştırmaya katılan hemşirelerin, yaş grupları ile bilgisayar bilme durumları arasındaki ilişki görülmemiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerden 21-28 yaş grubundaki hemşirelerin % 81.8'i, 29-44 yaş grubundakilerinin ise % 72.2' si bilgisayar kullanmayı bilmiyor. Yaş grupları arasında bilgisayar bilme durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo-1.2)

Tablo-1.3. Hemşirelerin Öğrenim ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımları (GATA 1998)

YAŞ GRUPLARI	ÖĞRENİM DURUMU							
	Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
21-28	30	33.7	55	61.8	4	4.5	89	100.0
29-36	7	58.3	5	41.7	0	-	12	100.0
37-44	5	100.0	0	-	0	-	5	100.0
TOPLAM	42	39.6	60	56.6	4	3.8	106	100.0

$$(\chi^2 = 6.9, p=0.03)$$

Araştırmaya katılan hemşirelerden 37-44 yaş grubu hemşirelerin tamamı meslek lisesi mezunu iken 21-28 yaş grubu hemşirelerin %61,8'i ön lisans mezunu, 29-36 yaş grubu hemşirelerin ise %41,7'si ön lisan mezunudur. Yaş grupları arasında, öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Yaş yükseldikçe mesleki eğitim alınan okulun eğitim düzeyi düşmektedir. (Tablo-1.3)

Tablo-1.4. Hemşirelerin Yaş Gruplarına ve Yabancı Dil Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (GATA 1998)

YAŞ GRUPLARI	YABANCI DİL BİLME DURUMU					
	Bilmiyor	%	Biliyor	%	Toplam	%
21-28	37	42.1	51	57.9	88	100.0
29-36	5	41.7	7	58.3	12	100.0
37-44	3	50.0	3	50.0	6	100.0
TOPLAM	45	80.2	61	19.8	106	100.0

$$(\chi^2 = 0.14, p = 0.9)$$

Araştırmaya katılan hemşirelerin %80,2'si herhangi bir yabancı dil bilmediğini belirtmiştir. Hemşirelerin yaş grupları ile dil bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her yaş grubundaki hemşirelerin yabancı dil bilme durumları aynıdır. (Tablo-1.4)

Tablo-1.5. Hemşirelerin Yaş Gruplarına ve Yaptıkları İşte Yabancı Dilin Gerekliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı(GATA 1998)

YAŞ GRUPLARI	YABANCI DİL KONUSUNDA DÜŞÜNCELER					
	Gerekli	%	Gereksiz	%	Toplam	%
21-28	43	48.8	45	51.2	88	100.0
29-36	6	50.0	6	50.0	12	100.0
37-44	3	50.0	3	50.0	6	100.0
TOPLAM	52	80.2	54	19.8	106	100.0

$$(\chi^2 = 0.007, p = 0.99)$$

Hemşirelerin yaptıkları işte yabancı dil gerekip gerekmediği konusundaki düşüncelerinin yaş gruplarına dağılımı gösterilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 80,2'si yabancı dil bilmenin gerektiğini belirtmişlerdir. Her yaş grubundaki hemşirelerin yabancı dil bilme durumları aynıdır. Hemşirelerin yaş grupları ile yabancı dil bilme gerekliliği konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo-1.5)

Tablo-1.6. Hemşirelerin Yabancı Dil Bilme Durumlarına ve Yaptıkları İşte Yabancı Dilin Gerekip Gerekmediği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı (GATA 1998)

YABANCI DİL BİLME DURUMU	YABANCI DİL GEREKİP- GEREKMEDİĞİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELER					
	Gerekli		Gereksiz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bilmiyor	23	51.1	22	48.9	45	100.0
Biliyor	29	47.5	32	52.5	61	100.0
TOPLAM	52	49.0	54	51.0	106	100.0

($\chi^2 = 0.66$, $p = 0.7$)

Hemşirelerin yabancı dil bilme durumlarına göre yaptıkları işte yabancı dilin gerekip gerekmediği konusundaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerden yabancı dil bilmeyenlerden % 51.1'i yabancı dil bilmenin gerekli olduğunu düşünmekte olup % 48,9'u yabancı dil bilmenin gerekli olmadığını düşünmektedirler. Yabancı dil bilenlerden ise %47,5'i yabancı dil bilmenin gerekli olduğunu %52,5'i yabancı dil bilmenin gerekli olmadığını düşünmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo-1.6)

Tablo-1.7. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına ve Yabancı Dil Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (GATA 1998)

ÖĞRENİM DÜZEYİ	YABANCI DİL BİLME DURUMU					
	Bilmiyor		Biliyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Meslek Lisesi	18	43.0	24	57.0	42	100.0
Ön Lisans	27	45.0	33	55.0	60	100.0
Lisans	0	-	4	100.0	4	100.0
TOPLAM	45	42.4	58	54.6	106	100.0

($\chi^2 = 3.1$, $p = 0.2$)

Hemşirelerin öğrenim düzeylerine göre yabancı dil bilme durumları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerden % 42.4'ü yabancı dil bilmiyor. Bunlardan %45'i ön

lisans düzeyinde eğitim görenler, %43'ü meslek lisesi düzeyinde eğitim görenlerdir. % 54.6'si yabancı dil bilmekte olup ön lisans eğitim seviyesinde %55'i meslek lisesi eğitim düzeyinde % 57'si, lisans düzeyinde %100 dür. (Tablo-1.7)



BÖLÜM II.

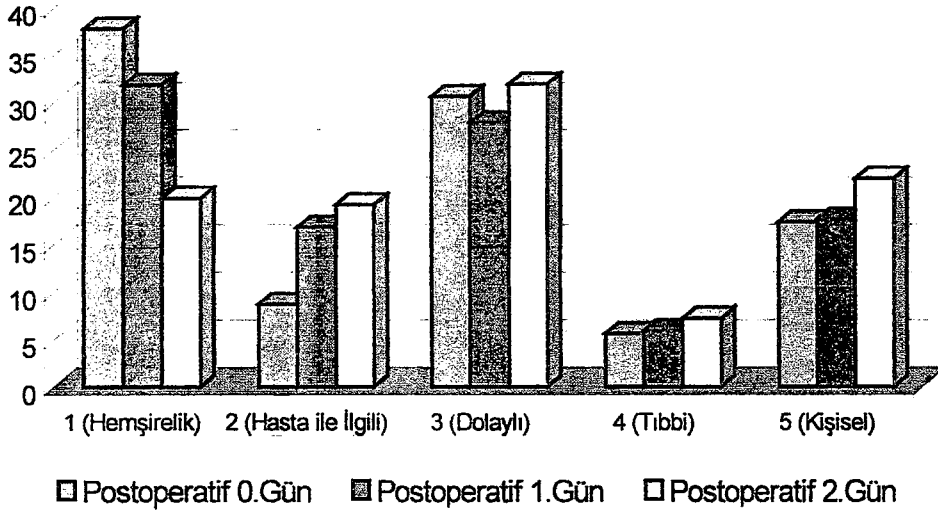
Bu bölümde KDCYB Ünitesinde yürütülen Hemşirelik Bakım Aktivitelerine ilişkin bulgular

Tablo-2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. KDCYB Ünitesinde Yürütülen Postoperatif 0. 1. ve 2. gün Hemşirelik Bakım Aktiviteleri İçin Ayrılan Süreler (GATA 1997)

POSTOP. 0. GÜN	ORT.SÜRE (08-16 ŞİFTİ)	TOP. %	ORT.SÜRE (16-08 ŞİFTİ)	TOP. %	ORT.SÜRE (24 SAAT)	TOP. % (24 SAAT)
TGSS 28’ de Yer Alan Hemşirelik Aktiviteleri	168	37.8	183	55.0	176	45.1
TGSS 28’ de Yer Almayan Hemşirelik Aktiviteleri	39	8.7	76	10.8	10	9.6
Hasta İle Direkt İlgili olmayan Hemş. Aktiviteleri	136	30.6	70	7.1	93	24.6
Tıbbi Olmayan ve Hastayla Direkt İlişkili Olmayan Aktiviteler	25	5.6	19	6.6	22	5.8
Kişisel Aktiviteler	77	17.3	49	20.5	61	16.2
TOPLAM	417	100.0	340	100.0	379	100.0
POSTOP 1. GÜN	ORT.SÜRE (08-16 ŞİFTİ)	TOP. %	ORT.SÜRE (16-08 ŞİFTİ)	TOP. %	ORT.SÜRE (24 SAAT)	TOP. % (24 SAAT)
TGSS 28’ de Yer Alan Hemşirelik Aktiviteleri	133	31.8	134	39.4	133	35.2
TGSS 28’ de Yer Almayan Hemşirelik Aktiviteleri	70	16.8	68	20.0	69	18.2
Hasta İle Direkt İlgili olmayan Hemş. Aktiviteleri	116	27.8	24	20.6	80	20.6
Tıbbi Olmayan ve Hastayla Direkt İlişkili Olmayan Aktiviteler	29	5.9	22	5.6	23	6.1
Kişisel Aktiviteler	74	17.6	68	14.4	73	18.7
TOPLAM	446	100.0	332	100.0	389	100.0
POTOPERATİF 2. GÜN	ORT.SÜRE (08-16 ŞİFTİ)	TOP. %				
TGSS 28’ de Yer Alan Hemşirelik Aktiviteleri	70	19,8				
TGSS 28’ de Yer Almayan Hemşirelik Aktiviteleri	67	19,2				
Hasta İle Direkt İlgili olmayan Hemş. Aktiviteleri	112	31,9				
Tıbbi Olmayan ve Hastayla Direkt İlişkili Olmayan Aktiviteler	25	7,2				
Kişisel Aktiviteler	77	21,9				
TOPLAM	351	100.0				

Şekil 3: Postoperatif Dönemlerde Hemşirelerin Kategorilere Göre Hasta ile Geçirdikleri Zamanların Yüzdeleri



* Kategorilerin tanımı için bkz. Ek-5

KDCYB Ünitesinde yürütülen postoperatif 0. gün ve postoperatif. 1 gün hemşirelik bakım aktiviteleri için ayrılan süreler şifflere göre ve 24 saate göre Tablo2.1.' de verilmiştir. Postoperatif 0. günde hemşirelik aktivitelerine ayrılan en yüksek zaman TGSS 28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri için % 45.1, en düşük zaman tıbbi olmayan hasta ile direkt ilişkili olmayan için zamanlarının ancak %5.8'ini harcamaktadırlar.

Postoperatif 1. günde, hemşirelik aktivitelerine harcanan en yüksek hemşirelik zamanı TGSS-28' de yer alan hemşirelik aktiviteleri için %35.2 olup en düşük hemşirelik zamanı %6.03 ile tıbbi olmayan hasta ile direkt ilişkili olmayan aktivitelere harcamışlardır.

Tablo2.1.'den de anlaşılabileceği gibi Postoperatif 0.gün ve postoperatif 1. gündeki hastalar için hemşirelerin (08-16),(16-08) şiffleri için ayırdıkları süre arasında gece daha uzun olmasına rağmen pek bir fark yoktur. Hastanın durumu düzeldikçe hemşirelerin hasta ile direkt ilgili olmayan, tıbbi olmayan hasta ile direkt ilişkisiz aktiviteler ve kişisel aktivitelere harcanan süre artmaktadır. (Şekil 3)

Kişisel aktiviteler harcanan sürenin gündüz geceden daha fazla olması hemşirenin kendi ve yakınlarının tedavisi için geçirdiği sürenin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Postoperatif. 0. günde (08-16) shiftinde; TGSS-28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri için %37.8 zaman ayrılmış olup TGSS-28' de yer almayan direkt hemşirelik faaliyetleri için ise zamanın %8.7'si harcanmıştır. Postoperatif (16-08) shiftinde TGSS-28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri için hemşireler zamanlarının %55.0'ını TGSS-28'de yer almayan direkt hemşirelik faaliyetleri için %9.62'sini harcamaktadırlar. Kişisel aktiviteler için Postoperatif 0. günde (08-16) shiftinde zamanlarının %17.34'ünü; (16-08) shiftinde ise %20.5'ini harcamaktadırlar.

Postoperatif 1. günde (08-16) shiftinde TGSS-28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri için hemşireler zamanlarının %31.8'ini, TGSS28'de yer almayan hemşirelik aktiviteleri için %16.80'ünü, Kişisel aktiviteler için %17.62'ünü harcamaktadırlar; (16-08) shiftinde ise TGSS-28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri için zamanlarının %39.37'ini, TGSS-28'de yer almayan hemşirelik aktiviteleri için %19.98, Kişisel aktiviteler için %72.7'sini harcamaktadırlar.

Postoperatif 0. günde hemşireler zamanlarının önemli bir bölümünü %45.1 ile TGSS 28 de yer alan hemşirelik aktivitelerine postoperatif 1. Günde ise %36.8 ile yine TGSS-28 de yer alan hemşirelik aktivitelerine harcamışlardır. Postoperatif 0. gün de hemşireler zamanlarını kategori 1 için %49.1 ile harcamakta olup en düşük ise Kategori 4 için %6.6 harcamışlardır. Postoperatif 1. günde ise en düşük zaman kategori 4 için harcanmıştır. Hemşireler kişisel aktivitelerine ayırdıkları zaman postoperatif 0. günde gündüz %17.3 gece %20.5'dir.Gece gündüzden daha fazla zaman ayırmaktadırlar; Postoperatif 1. günde gündüz %17.6 gece %14.4 Postoperatif 2. Günde gündüz ise %21.9 zaman ayırmaktadırlar. Hastaların durumları düzeldikçe hemşirelerin kategori 4 ve 5 için harcadıkları süre artmaktadır.

24 saat içinde hastaların postoperatif dönemlerine bakılmaksızın kişisel aktiviteler ile geçirdikleri süre ortalama 67 dakikadır (%22.80). Direkt hasta ile geçirdikleri süre ortalaması ise 83.3 dakikadır.

Postoperatif 2. günde hasta ile direkt ilgili olmayan hemşirelik aktiviteleri için

hemşirelerin harcadıkları zaman %30.8 ile dolaylı hemşirelik aktivitelerine en yüksek zaman harcanmıştır. Kişisel aktiviteler için zamanlarının %21.9'unu harcamışlardır.

Yoğun Bakım Hemşire aktivitelerinin Postoperatif 0,1 ve 2. günlerdeki dağılımı Ek-7'de gösterilmiştir.

Kategori 1. "TGSS-28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri" için hemşire zamanlarının %8.52 yaşam bulgularının takibine, %5.55 sıvı dengesinin düzenli kaydı ve enteral beslenmesine, %5.45 harcanmıştır.

Kategori 2. "TGSS-28'de yer almayan doğrudan hasta ile ilgili hemşirelik aktiviteleri" için hemşire zamanlarının %1.58 hasta konforunun ağlanmasına %3.29 hasta hijyenine, %2.41 hasta aktivasyonlarına, %0.90 hasta ile iletişime harcanmıştır.

Kategori 3. "Hasta ile direkt ilişkisiz hemşirelik aktiviteler" hemşire zamanlarının %7.07 kayıt işlerine, %3.93 aile ile diğer personel ile birimler ile iletişim %1.45 cihazların bakımı temizliği ile, %1.49 vizitlere hazırlık ve katılım, %1.75 hasta sevk ve taburcu işlemleri için harcanmıştır.

Kategori 4. "Tıbbi olmayan ve hasta ile direkt ilişkisiz aktiviteler" hemşire zamanlarının %0.8, servisin tertip düzenine, %3.26 yemek dağıtımına nezaret etmeye, %0.3 iş başı eğitim hizmet içi eğitim için harcanmıştır.

Kategori 5. Kişisel aktiviteler için ayrılmıştır. Hemşire zamanlarının %2.86 hemşirenin kendine ayırdığı zaman, %6.98 yemek yeme, %3.1 özel işler muayene ziyaret işlevleri için harcanmıştır.

Hemşire zamanlarının gündüz Postoperatif 0. Günde %5.24'ü yaşam bulgularının takibine, %12.1 hasta konforunun sağlanmasına ayırmaktadır. Postoperatif 1.ve 2. günlerdeki ortalamalar birbirine yakındır. Her üç dönem de hemşireler zamanlarının yaklaşık %6.60'ını alan ilaçların eczaneden alımı ve dağıtımına harcamaktadırlar.

Postoperatif 0. gündeki bir hasta için 24 saat içindeki hemşirelik aktiviteleri 12.82 (769.20 dakika) saat olup gereksinilen personel sayısı Postoperatif 0. gün için;

08-16 şiftinde 0.92, 16-08 şiftinde 0.33 hemşire gerekidir. Şiftlerde gerekli olan hemşire sayısının hesaplanmasında şu formül kullanılmıştır.

Gerekli hemşire sayısı (8-16)= Bir hemşirenin bir hasta için toplam aktivite süresi / Toplam süre = $445.97 / 480 = 0.92$

Gerekli hemşire sayısı (16-08)= Bir hemşirenin bir hasta için toplam aktivite süresi / Toplam süre = $323.23 / 960 = 0.33$

24 saat nöbet tutulması durumunda ise,

Gerekli hemşire sayısı 24 saat için= $769.20 / 1440 = 0.53$ hemşire gereklidir. (Tatiller, Cumartesi Pazar izin günleri ve göz önüne alınmaksızın)

Diğer bir yaklaşım tarzıda Prof Dr.Gülten UYER'in kitabından alınmıştır (35). Buna göre bir yılda ortalama bir hasta için hemşire sayısının hesaplanması şu formülle yapılır.

$A \times B \times C / (C-D) \times E$ = olması gereken hemşire sayısı,

A : Bir hasta için gereksinilen süre

B : Ortalama hasta sayısı

C : Yıllık gün sayısı

D : Her personelin bir yılda izinli olduğu gün sayısı

E : Her personelin günlük çalışma saati

Bir shift için gerekli hemşire sayısı:

$$7.43 \times 1 \times 365 / (365-150) \times 8 = 2711.95 / 1720 = 1.57$$

Hastane istatistiklerine göre KDCYB ünitesinde bir ayda yatan ortalama hasta sayısı 25' dir. Bu hastalar ortalama 3 gün serviste kalmaktadır. Dolayısı ile günde ortalama 2.5 hasta serviste yatmaktadır. ($25 \times 3 / 30 = 2.5$)

Bir shift için gerekli hemşire sayısı ;

$7.43 \times 2.5 \times 365 / (365-150) \times 8 = 3.94 = 4$ hemşire gereklidir. Gece 2 hemşire nöbetçi kalmaktadır. Toplam 8 hemşire gereklidir. Beklenmedik durumlar için 2 hemşire de klinikte bekletilir ise toplam 10 hemşire yeterli olacaktır. Şu an KDCYB' da 9 hemşire görev yapmakta olup 1 hemşire doğum iznindedir. KDCYB' da Teşkilat Malzeme Kadro' suna (TMK) göre gerekli hemşire sayısı ise 20 dir.

BÖLÜM III.

Hastane hizmetleri değerlendirilmesi :

Bu bölümde GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinin 1994-1997 yılları arasına ait hemşire, hasta, doktor, yatak sayıları ve etkinlikleri Tablo 3.1.-3.7 de gösterilmiştir.

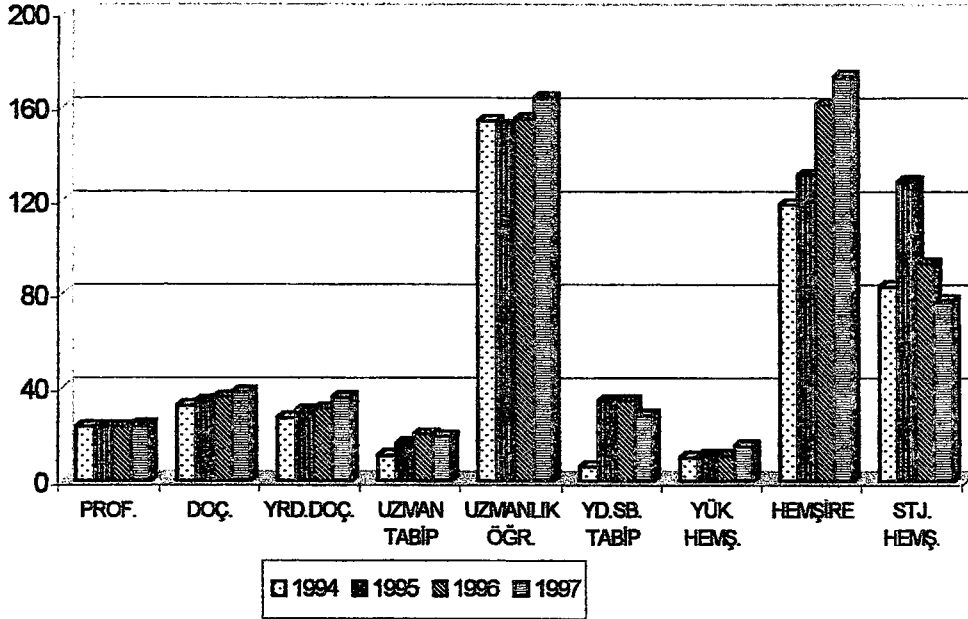
**Tablo 3.1. Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı
(GATA 1997)**

MESLEK GRUPLARI	1994	1995	1996	1997
PROFESÖR	23	23	23	24
DOÇENT	32	34	36	38
YARDIMCI DOÇENT	27	30	31	36
UZMAN TABİP	11	16	20	19
UZMANLIK ÖĞRENCİSİ	154	152	155	164
YEDEK SUBAY TABİP	6	34	34	28
YÜKSEK HEMŞİRE	10	11	11	15
HEMŞİRE	118	131	161	173
STAJER HEMŞİRE	83	128	93	77
TOPLAM	464	559	564	574

Yıllara göre hastanede çalışan hemşire sayısında ortalama %7 doktor sayısında ortalama %7'lik bir artış gözlenmekte olup artış oranları Şekil 4' de gösterilmiştir.

(Tablo-3.1)

Şekil 4 : Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (94-97)



Tablo 3.2. Yıllara Göre Yatak Etkinliği (GATA 1997)

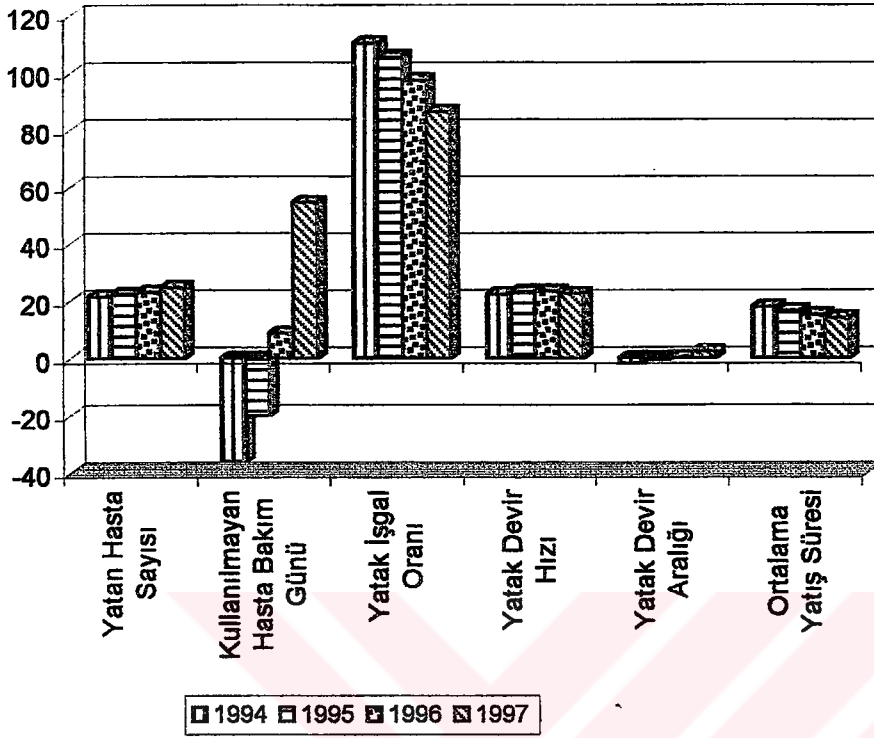
ETKİNLİK GÖSTERGELERİ	1994	1995	1996	1997
Yatan Hasta Sayısı	21493	22499	23051	24680
Poliklinik Sayısı	393424	398801	444349	416234
Açık Yatak Sayısı	960	964	984	1,096
Hasta Bakım Günü	386487	371819	350376	345520
Maximum Hasta Bakım Günü	350400	351860	359160	400040
Kullanılmayan Hasta Bakım Günü	-36.1	-19.1	8.1	54.5
Yatak İşgal Oranı	110.3	105.6	97.5	86.4
Yatak Devir Hızı	22.4	23.3	23.4	22.5
Yatak Devir Aralığı	-1.7	-0.9	0.4	2.2
Ortalama Yatış Süresi	17.9	16.5	15.2	14.0

Yatan hasta sayısında 1994-1997 yılları arasında ortalama %5, poliklinik hasta sayısında %2, yatak devir hızında %0.02'lik artış, yatak işgal oranında ve ortalama

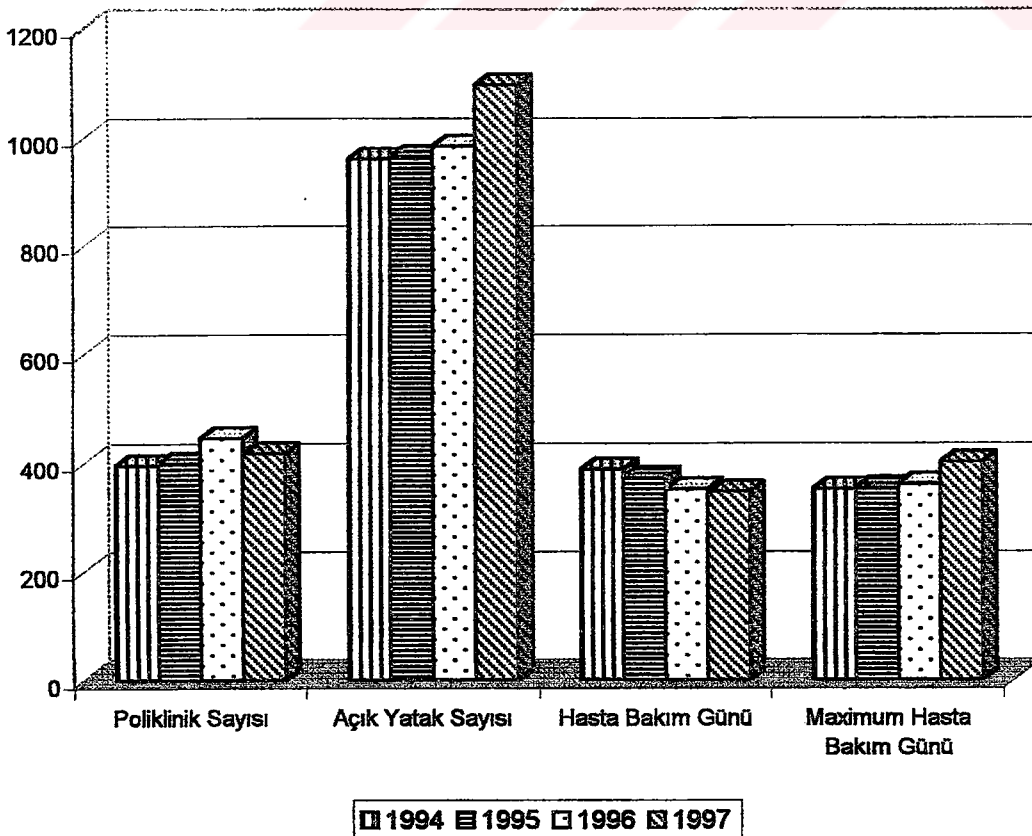
yatış süresinde %8'lik yatak devir aralığında %20'lik azalma vardır. Yıllara göre yatak etkinliği değişimi Şekil 5ve6'da şematize edilmiştir.



Şekil 5 : Yıllara Göre Yatak Etkinliği I (94-97)



Şekil 6 : Yıllara Göre Yatak Etkinliği II (94-97)



Tablo 3.3. Yıllara Göre Hemşire Etkinliği (GATA 1997)

YILLAR	1994	1995	1996	1997
HEMŞ. SAYISI	211	270	265	265
HASTA BAKIM GÜNÜ/ HEMŞİRE SAYISI	1831.69	1377.11	1322.17	1303.85
KADRO YATAĞI/ HEM. SAYISI	5.69	4.44	4.53	4.53
FİİLİ YATAK/ HEMŞİRE SAYISI	4.55	3.57	3.71	4.14
YATAN HASTA / HEM. SAYISI	101.863	83.330	86.985	93.132

* Hemşire sayısına staj gören hemşireler dahil edilmiştir.

Bir hemşireye düşen hasta sayısında yıllara göre ortalama %4 oranında azalma, bir hemşireye düşen hasta bakım gününde %11 oranında azalma vardır. Yıllara göre hemşire etkinliği Şekil 7’de verilmiştir. (Tablo-3.3)

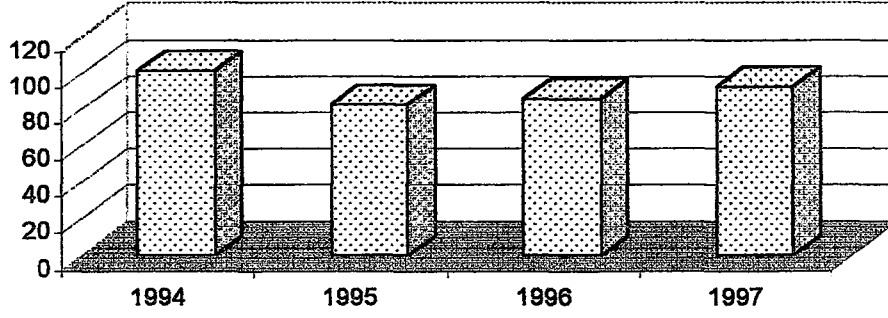
Tablo 3.4. Yıllara Göre Doktor Etkinliği (GATA 1997)

YILLAR	1994	1995	1996	1997
DOKTOR SAYISI	198	232	240	247
POLİKLİNİK/ DOKTOR SAYISI	1986.99	1718.97	1851.45	1685.16
YATAN HASTA/ DOKTOR SAYISI	108.550	96.99	96.045	99.91
KADRO YATAĞI/ DOKTOR SAYISI	11.32	13.41	13.33	14.65

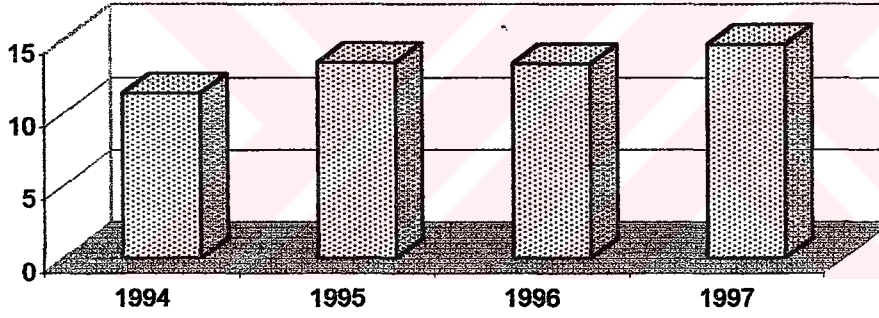
* Doktor sayısına doçent yardımcı doçent ve uzmanlar dahil edilmiştir.

Yıllara göre doktor sayısında ortalama % 7’lik yükselme gözlenirken yatan hasta sayısına düşen doktor sayısında %3’lük azalma gözlenmektedir. Yıllara göre doktor etkinliği Şekil-8’de verilmiştir. (Tablo3.3,3.4)

Şekil 7 : Hemşire Etkinliği



Şekil 8 :Doktor Etkinliği



8. TARTIŞMA

Araştırmada bulgular üç bölümde değerlendirilmiştir.

1. Nitelik saptama:

Bu bölümde hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ve nitelikleri ile ilgili bulgular incelenmiştir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir bölümü 21-28 yaş grubundadır. Bu da bir çok hemşirenin çalışma koşullarının ağır olması ve ekonomik yönden tatmin etmemesi nedeni ile erken yaşlarda işten ayrılmaları ile ilgili olabilir (Tablo 1.1)

- Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmını ön lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulundan her yıl 200'e yakın, hemşirelik yüksek okulundan 20 hemşire mezun olmaktadır.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu bilgisayar kullanmayı bilmediklerini ifade etmektedir. Genç grup hemşirelerin fazla olmasına rağmen bilgisayar kullanmayı bilmemeleri okulda bilgisayar eğitiminin verilmemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

- Hastanede görev yapan hemşirelerin yabancı dil bilip bilmeme durumları öğrenim seviyelerine ve yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1.7, 1.6, 1.4).

- Araştırmaya katılan hemşirelere meslekleri için bilgisayar ve yabancı dilin gerekli olup olmadığı sorulduğunda yaş gruplarına ve öğrenim seviyelerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum hemşirelere okullarda meslek bilincinin yetersiz verildiğini ve öğrencilerin araştırma geliştirme konusunda teşvik edilmediğini göstermektedir (Tablo 1.5).

2. İş gücü ihtiyacı tanımlama:

- Yoğun Bakım Hemşirelerinin aktivitelerini içeren Kategori 1 için ayrılan süre oranı %40.2'dir. Kategori 3 (doğrudan hasta ile ilişkili olmayan aktiviteler) aktiviteler için hemşirenin harcadığı zamanın oranı %86.7'dir ve Miranda'nın çalışmasında bu oran %21.4 olarak hesaplanmıştır. Hemşireler yoğun bakım hemşire aktivite

kategorileri içersine en fazla zamanı Postoperatif 0. gün %45.1 ile kategori bir için harcamışlardır. Miranda bu oranı %43.40 olarak bulmuştur (57).

- Postoperatif 1. günde hemşirelik aktivitelerine harcanan en yüksek zaman TGSS 28 ' de yer alan hemşirelik aktiviteleri için%35.2 olup, en düşük zaman tıbbi olmayan hasta ile direkt ilişkili olmayan aktiviteler için %6.0' dır (Ek-4).

- Tablo 2.1'den de anlaşılacağı gibi Post Operatif 0. gün ve Postoperatif 1. gündeki hastalar için hemşirelerin (08-16,16-08) shiftleri için ayırdıkları süre arasında hastalar ile kaldıkları süre gece uzamasına rağmen hastalara yönelik direkt faaliyetlerde artma gözlenmemektedir. Hasta ile direkt ilgili olmayan aktiviteler ile kişisel aktivitelere harcanan süre artmaktadır. Kişisel aktiviteler ayrılan sürenin gündüz, geceden fazla olması hemşirenin kendi ve yakınlarının tedavisi için geçirdiği sürenin fazla olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

- Postoperatif 0. günde hemşirelerin hizmet içi eğitime ve iş başı eğitime ayrılan zaman postoperatif 0. günde %2.5, postoperatif 1. Günde ise %7.4' dür. Hastanın hemşireye bağımlılığı azaldığı sürece hizmet içi ve iş başı eğitimde artma gözlenmektedir. Fakat bu sürenin daha yüksek olması beklenmektedir.

- Postoperatif 0. günde TGSS-28'de yer alan hemşirelik aktiviteleri için hemşireler zamanlarının %37.7'sini, TGSS 28' de yer almayan direkt hemşirelik faaliyetleri için zamanlarının %8.7'sini (08-16) Postoperatif 1. günde (08-16) ise TGSS-28' de yer alan hemşirelik aktiviteleri için zamanlarının %31.8'ini TGSS-28' de yer almayan direkt hemşirelik faaliyetleri için ise %16.8'dir. Hastanın durumu düzeldikçe hemşirenin hasta ile konuşma, rahatlığını sağlaması, aktif pasif hareketlerini yaptırma ile geçen sürenin arttığı gözlenmektedir. Bu durumda hastaya ıhlamur içirme, aktif pasif hareketler yaptırma hususunda hemşirelere yardımcı olabilecek hemşire yardımcılarının olması durumunda hemşirelerin eğitim araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile ilgilenmeleri konusunda zamanlarının daha çok artacağını göstermektedir.

- Hemşireler kategori 4 (Tıbbi olmayan hasta ile direkt ilişkisiz aktiviteler) aktivitelerine % 6.03 zaman ayırmışlardır. Bu oran Miranda da %3.30 dur. Kategori 5 (Kişisel aktiviteler) aktivitelerin oranı (%18.69) Mirandanın çalışmasında %17.10

Kılıçaslan'ın çalışmasında % 10.57 dir (56,57). Doğrudan hasta ile ilişkili olmayan aktivitelere harcana zamanın yüksek olmasının, ilaçların tedariki, düzenlenmesi ile tetkik sonuçlarının alımı ve kaydına geçen sürenin çok fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kişisel aktivitelere harcanan zamanın yüksek olmasının hemşirelerin gerektiğinde kendi tedavileri ve yakınlarının tedavileri için geçirdikleri sürenin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular genel olarak Miranda'nın ve Kılıçaslan'ın çalışmasının sonuçları ile uyumludur (56,57). Kategori 1 ve 2'deki aktiviteler direkt bakım aktiviteleri olarak gruplandığında bu çalışma için direkt bakım aktivitelerine ayrılan süre ortalama %60.6'dır. Bir yoğun bakım çalışmasında hemşirelerin zamanlarının %70' ini direkt ve diğer hemşirelik bakım zamanlarına ayırdığı bulunmuştur (57).

- Hendrickson ve arkadaşlarının yaptıkları iş örnekleme araştırma sonuçlarına göre hemşirelere ait faaliyet yüzdelerinde hastaneler, klinikler ve vardiyalar arasında farklılık olduğunu, faaliyet yüzdelerinin hasta popülasyonundan fiziki çevreden, hemşirelerin eğitim ve becerilerinden etkilendiği, mevcut hemşire personel sayısının ve toplam çalışma zamanının faaliyet oranlarına sınıldığı kadar büyük etkide bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Literatüre uyumlu olarak bu çalışma sonunda da gece ile gündüz arasındaki direkt hasta bakımına yönelik bakım faaliyetleri yüzdeleri fazla oranda değişmemektedir (58).

- Hasta bakım personeli, standart bakım da dahil olmak üzere kendi görevlerini yerine getirdikten sonra kalan zamanını verimsiz faaliyetlerde geçirmektedir. Başka bir deyişle hasta ile birlikte geçen sürenin zaman olup olmamasından dolayı artıp azalmadığını, fakat popülasyonun yapısına göre değiştiğini bildirmektedir. Connor, toplam çalışma saatlerinde artış oldukça doğrudan hasta bakımında geçen sürede artış olmayacağını, gerçek artışın kişisel faaliyetlerde olacağını savunmaktadır. Bu nedenle iş tasarruf araçları ile işe yönelik faaliyetlerden tasarruf edilen zamanın kazanılmasının ancak personel sayısının azaltılması ile mümkün olabileceğini, aksi taktirde tasarruf edilen zamanın verimli iş faaliyetlerine değil verimsiz kişisel faaliyetlere yöneleceğini belirtmektedir (58,64).

- Quist'in üç çevre ve iki eğitim hastanesinde 4 yıl süre ile 42 hasta bakım

biriminde yapmış olduğu iş örnekleme araştırma sonuçlarına göre yoğun bakım servislerinde hemşirelerin faaliyet yüzdeleri ortalaması doğrudan hasta bakımı %42 dolaylı hasta bakımı %31.2 dir. Doğrudan hasta bakımı ve dolaylı hasta bakımı yüzdeleri bu çalışma bulguları ile uyumludur (59).

- Genel olarak 24 saat içinde hemşirelerin hemşirelik bakım saatleri Postoperatif 0. ve 1. gün Wastlerin 5. grup (Yoğun bakım/Günde 10-14 saatlik bakım gereksinenler) ile uyumlu olup Postoperatif. 2. gün Wastlerin 3. grup (Günde 5-6 saatlik bakım gerektiren) hasta grubuna girmektedir (41).

- Linda ve Urder'in yetişkin yoğun bakımlarda iş örnekleme yöntemi ile hemşire aktivitelerine ayrılan zamanlarını inceledikleri çalışmada direkt bakıma %39, indirekt bakıma %22, ünite ile ilgili işlere %3, kişisel işlere %15 ve kayıt işlerine %21 zaman harcadığı gösterilmiştir. Bulgularımıza göre ise direkt bakım için (postoperatif dönemlerdeki kategori 1ve2 ortalaması direkt bakım aktivitelerini gösterir) ortalama (%49.1), indirekt bakım için (%31.6), ünite ile ilgili işler (%6.03), kişisel işler için (%18.7)ve kayıt işleri için (%7.1) zaman harcanmaktadır. Hemşirelerin iş başı eğitim ve bilimsel aktivitelere harcadıkları zaman oldukça düşüktür (63).

Araştırma sonuçları arasındaki uyumsuzlukların nedeni hemşirelik aktivitelerinin gruplandırılmasında farklılıklara ve ölçüm yöntemlerine bağlı olabileceği gibi hemşire kadrolaşmasındaki farklılıklarla da açıklanabilir.

3. Hastane hizmetleri değerlendirilmesi

- 1994 yılında yatak devir aralığı ortalama 1.68 gün iken 1997 yılında 2.22 gün olmuştur. Yatak işgal oranı 110.30'dan 86.37'ye düşmüştür. Yapılan çalışmalarda yatak işgal oranı 500 yataklı bir hastanede %84, 800 yataklı bir hastanede %87 olması beklenmektedir (60). 1997 yılında bu orana ulaşılmış olmasına rağmen yatak sayısı 1096'dır. Fakat 1994 yılında açık yatak sayısı 560 iken 1997 yılında 1096 olmuştur. Bu durumun da yatak işgal oranını azalttığını düşündürmektedir.

- Bu güne kadar sağlık işletmeleri kar amacı gütmeyen olgusu hakim olduğundan sağlık işletmelerinin verimli kullanılması, dolayısı ile sağlık hizmet sunum sürecinin de verimli kullanılması olgusu da oturtulamamıştır. Ülkemiz sağlık hizmetlerinde sunum

arzının yetersizliği yanında performans yönetimi olmaması nedeniyle yetersizlik şiddetlenmektedir. Mevcut kaynaklar %58' lik yatak kapasite kullanım oranının olduğu gibi israf edildiğinden bahsetmektedir (60). Bizim hastanemizde ise bu oran %86 olup yatak kapasite kullanım oranı bakımından verimli hastanelerle başabaş olduğumuzu düşündürmektedir. Önemli olan bu gibi çalışmaların her zaman düzenli olarak yapılıp yıllara göre bu değerler içerisinde personel ve hasta memnuniyetinin nasıl değiştiği incelenerek hastanemiz için en uygun değerlerin seçilmesi ve bu standartların korunmasıdır. (Tablo3.2)

- 1994 yılında hemşire sayısı 270, doktor sayısı 232 iken yatak işgal oranı 105.67 , ortalama yatış süresi 16.53, hasta sayısı 21493'dür. Yıllara göre ortalama yatan hasta sayısında %5'lik artış hemşire sayısında % 0.7, doktor sayısında % 0.7' lik artış, yatak işgal oranında % 0.8 ve ortalama yatış süresinde % 0.8'lik azalma olmuştur. Bu da yıllara göre çalışan personele düşen iş yükünün göreceli olarak azaldığını düşündürmektedir (hemşire sayısı alınırken staj gören hemşireler, doktor sayısı alınırken öğretim görevlileri ve yardımcı doçentlerde bu sayıya dahil edilmiştir). Kaliteli bir bakımın yapılması için teçhizat alt yapı kadar iş yükünün insan kaynakları departmanı tarafından ve hastanenin personel şube müdürlüğü tarafından daha ayrıntılı çalışmalar yapılarak desteklenmesi gerekmektedir. (Tablo 3.1,3.2)

- Tablo 3.1 de görüldüğü üzere hemşire doktor oranı oldukça dikkat çekicidir. Hemşire sayısının doktor sayısına göre daha yüksek olması beklenirken daha düşüktür. Bu da hastalara verilen hemşirelik bakım hizmetlerinin niteliğinde yetersizlik olacağını düşündürmektedir. Hastanede staj gören hemşirelerin eğitim dışında kadrolu hemşire olarak çalıştırılmaktadır. Bu durum hastanenin eğitim amacına ters düşmektedir.

- Tablo 3.1 de hemşire ve doktor sayısında kayda değer bir değişiklik olmadığı halde yatan hasta sayısında %5 ve poliklinik hasta sayısında %2'lik artış, yıllara göre yatak işgal oranında %0.8 ve ortalama yatış süresinde %0.8'lik azalma gözlenmiştir. Bu durum endoskopi veya diğer tetkikler için başvuran ve birkaç gün yatıp çıkan hasta sayısında aynı zamanda dış birliklerden akşam 17:00 dan sonra sevkli gelen erlerin sayısında artma olduğunu, tablo-3.2'den de anlaşılabileceği gibi açık yatak sayısındaki %13'lük artışın olması yatak işgal oranını azalttığını düşündürmektedir.

- Hemşirelerin yatış, taburcu ve sağlık kurulu işlemlerini yapması nedeni ile bu işler ile uğraşı zamanının artması, hemşirelerin hasta bakımına yönelik faaliyetlerinin hasta merkezliiden çıkıp iş merkezli bakıma doğru kaymalarını açıkça göstermektedir.

- Bir hemşireye düşen hasta bakım günü hastanemizde 1994 yılında 1831.69 iken 1997 yılında 1303.85 dir. Bir hemşirenin bir yılda çalışma saati 1720'dir (bkz.sy. 56). 1720 saat, 8 saat esasına göre mevcut çalışma zamanı 215 gündür. 1997 yılında bir hemşirenin hasta bakım günü 345.520 olması hastanede çalışan hemşirelerin zamanlarının %60'lık kısmını nöbet tutarak geçirdiğini düşündürmektedir (61).

- Postoperatif 0. gündeki bir hasta için 24 saat içindeki hemşirelik aktiviteleri 12,82 saat olup (1769.20 dakika) Wast'lerin hasta sınıflama sistemi ile uyumludur (34). Böylece hesapladığımız süreler karşılaştırılarak hangi sürenin hangi hasta sınıfına girdiği tespit edilebilir.

Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakımını için 1 yılda gereksinilen hemşire sayısı azami 10 olarak bulunmuştur. Gülten UYER'in hemşirelik hizmetleri Yönetimi el kitabında ki personel planı tablosu ile uyumludur (34). İşgücü verimliliği, personel başına üretilen mal veya hizmet miktarı ya da bunun parasal değerleri ile ölçülür. Dolayısı ile iş gücü verimliliğini arttırabilmek için öncelikle personel sayısının gerçekçi olarak tespiti, bunun içinde nesnel ve ölçülebilir ölçütler ve yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Böylece iş gücü gerekleri belirlendikten sonra bu gereklere uygun personel seçimi, yerleştirilmesi, değerlendirilmesi ve eğitimi sureti ile örgüt içinde iş analizleri yapılmış pozisyonların doldurulması sağlanır.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

9.1. SONUÇLAR

Araştırma aracılığı ile elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Nitelik saptama

- Hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgisayar bilip bilmeme durumları anlamlı bulunmamıştır.
- Genç hemşirelerin öğrenim düzeylerinin yaşlı hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Yaş gruplarına göre hemşirelerin yabancı dil bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- İyi eğitim almış hemşirelerin mesleklerinde yabancı dilin önemli olduğunu düşünecekleri düşünülürken 21-28 yaş grubu hemşirelerin % 59'unun yabancı dilin gerekli olduğunu düşündükleri gözlenmiştir.
- İngilizce bilen hemşirelerin %26.4'ü yaptıkları işte yabancı dil bilmenin önemli olduğunu düşünürken %28.3 ise gerekmediğini düşünmektedir. Bu durum hemşirelere okullarda verilen meslek bilincinin yetersiz verildiğini düşündürmektedir.

2. İş gücü ihtiyacı tanımlama

- Postoperatif 0. gün (Gündüz); hemşireler zamanlarının %6.75'ini yaşam bulgular takibi, %4.72'sini sıvı dengesi ve enteral balans, %4.74'ünü akciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi, % 4.63'nü birden fazla IV ilaç ilave ve sürekli infüzyon, % 1.60'ını hasta konforunun sağlanmasına harcamaktadırlar.
- Hasta ile ilgili olamayan aktivitelerde ise sırası ile en fazla zamanı özel işler muayene ve ziyaret %5.39, yemek dağıtımına nezaret etme %2.65, reçetelerin eczaneye götürülmesi %3.83, işbaşı eğitim %0.20 ve %0.32 ile hizmet içi eğitim için harcamaktadırlar.
- Postoperatif 0. gün (gece); de ise hemşireler zamanlarının %10.86'ını yaşam bulgularının takibine, en az zamanı ise %1.54 ile hasta konforunun sağlanmasına

harcamaktadırlar. Hasta ile ilgili olamayan aktivitelerde en fazla zamanı, ilaç ve malzeme sağlama yerleştirme %7.13 ve yemek dağıtımına nezaret etme %4.08 almaktadır.

- Postoperatif 1. gün (gündüz) shiftinde hemşireler zamanlarının %6.98 yaşam bulgular takibi, %5.17 sıvı dengesi ve enteral balans, %4.99 akciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi, birden fazla IV ilaç ilave ve sürekli infüzyon %2.91, %1.75 ile hasta konforunun sağlanması ile geçirmektedir.

- Hasta ile ilgili olamayan aktivitelerde ise sırası ile en fazla zamanı doktorla iletişim (ekip ile konsultasyon, reçetelerin tanzimi ve CV order alma) %5.62, ilaç ve malzeme sağlama yerleştirme %2.86, yemek dağıtımına nezaret etme %4.17, işbaşı eğitim %0.94, araştırma ve geliştirme %0.60 için zaman harcamışlardır.

- Postoperatif 1. Gün (Gece) ise hemşirelerinin en fazla zamanını alan işler Yaşam bulgular takibi %8.87, sıvı dengesi ve enteral balans %6.25, akciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi %5.69, birden fazla IV ilaç ilave ve sürekli infüzyon %4.18, hasta konforunun sağlanması %2.18 dir. hasta ile ilgili olamayan aktivitelerde ise sırası ile en fazla zamanı reçetelerin eczaneden alımı ve dağıtımı %6.26, yemek dağıtımına nezaret etme %3.98 almaktadır.

- Postoperatif 2. Günde ise ; yaşam bulgular takibi %8.81, sıvı dengesi ve enteral balans %4.98 akciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi %5.21, birden fazla IV ilaç ilave ve sürekli infüzyon %3.38, hasta konforunun sağlanması %2.07, hasta ile ilgili olamayan aktivitelerde ise sırası ile en fazla zamanı hasta sevk ve taburcu işlemleri %3.03 ekip konsultasyonu, rapor yazma %3.63 reçetelerin eczaneye götürülmesi %5.14, iş başı eğitim %0.86, hizmet içi eğitim için %1.47 harcamışlardır.

- KDCYB ünitesi için bir yılda gerekli hemşire sayısı 10 olarak bulunmuştur.

- Hemşirelerin postoperatif 0, 1 ve 2. günde hasta bakımına yönelik faaliyetlerinde sırası ile düşme gözlenir iken hizmet içi eğitim ve iş başı eğitimde yükselme gözlenmemiştir. Özel işler ve kendilerine ayırdıkları zamanda nispeten de olsa yükselme gözlenmektedir.

Hemşirelik aktivitelerine ayrılan zamanın belirlenmesinde, iş örnekleme

yönteminin başarılı sonuçlar verdiği söylenebilir.

3. Hastane hizmetleri değerlendirilmesi

- Yıllara göre hemşire ve doktor sayısında önemli bir artış olmadığı saptanmıştır.
- Hastanede çalışan hemşirelerin yıllara göre hasta bakım gününde artma görülmektedir.
- Poliklinik ve yatan hasta sayılarında yıllara göre %10' luk oranlarda artış olduğu görülmektedir.
- Ortalama yatış süresi 1994 yılında 17.98 iken 1997 yılında 14 güne düşmüştür.
- Yıllara göre personel sayısında değişiklik olmamasına rağmen açık yatak sayısında ve yatan hasta sayısında yıllara göre %13, %5 oranında artış olduğu gözlenmektedir.
- 1994 –1995 yılları arasında hastanede bir yatakta 2 ve ya daha fazla hastanın yattığı saptanmıştır.
- Yatak işgal oranında yıllara göre %8'lik azalma yatak devir aralığında %10'luk, açık yatak sayısında %13'lük artış olmuştur.

9.2. ÖNERİLER

Kısa Vadeli Öneriler;

- Hemşire aktivitelerine harcanan zamanın ölçülmesinde, iş örnekleme objektif bir ölçüm tekniğidir. Bu tip araştırmaların pilot klinikler veya hastaneler seçilerek belirli aralıklarla tekrarlanması, böylece mevcut kadroların yeniden gözden geçirilerek güncelleştirilmesi, hemşire personel planlamasında iş ölçüm tekniği veya daha başka tekniklerin kullanılması,

- Hemşirelerin çalışma saatlerinde bakabileceği hasta sayısı ve yoğunluğunu veren doğru ve geçerli ölçütlerin kullanılması ile hemşire ve hastane kaynaklarının etkin kullanılması,

- Hastane istatistiklerine temel teşkil edecek hasta sınıflama sistemine geçilerek hangi sınıftan kaç hasta yattığının tespit edilmesi,

Uzun Vadeli Öneriler

- Hastanede yazılı prosedürlere dayanan bir hizmet felsefesi geliştirmek, kararlı ve tutarlı amaçlar belirlenmesi,

- Hemşirelik hizmetlerini yönetecek liderler yetiştirilmesi, kendilerini geliştirme programları hazırlama ve uygulama olanakları verilmesi,

- Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması sürecine girildiği bu dönemde Toplam Kalite Yönetiminin hastane organizasyonlarında yerleştirilmesi, hizmet sunumunun yerine getirilmesi sürecinde, profesyonel yönetim anlayışı çerçevesinde etkin bir iş bölümü, iş birliği ve görevliler arasında ekip ruhunun oluşturulması,

- Kaynakların artması ve bütçeden pay verilmesi gibi uzun dönemde gerçekleşecek iyileşmelerden çok mevcut kaynağın etkin kullanımına yönelinmesi, gerekmektedir.

Genel Öneriler

- Hastanelerde verilen hizmet içi eğitim programlarının nicelik ve niteliklerinin artırılması. Yönetim ve organizasyon şemasının personele hizmet içi eğitimlerle tekrar tekrar vurgulanması, mevcut sistemin eğitimciler ve yöneticiler tarafından irdelenerek, sağlık alanındaki yeni yaklaşımların ve hizmet sunum anlayışlarının araştırılarak kuruma adepte edilmesi için öneriler getirmeleri konusunda personelin teşvik edilmesi,

- İşini iyi yapan personelin ödüllendirilerek diğerlerinden farklılığının vurgulanması, ödüllendirme sisteminin geliştirilmesi,

Profesyonel hemşireliğin amacı; “ Sağlığı korumak, geliştirmek, hatalara daha verimli kaliteli hemşirelik bakımı vermek insanımıza hak ettiği hizmeti en iyi şekilde sunmaktır.”

Lisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerimiz bu amaca ulaşabilecek en iyi niteliklere sahip hemşire grubunu oluşturmaktadır. Ancak sayısal yetersizlikler İnsan gücü olarak kendilerini var etme yolundaki uğraşlarını yetersiz kılmaktadır. Bu nedenle;

- Lisans ve lisan üstü düzeyde eğitilmiş hemşirelerimizin sayısının artırılması,

- Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin motivasyonunu , iş doyumunu ve işe bağlılığını arttıracak çalışmaların yapılması,

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde yaptığım çalışmalar ve yöneticilerle yaptığım görüşmeler, ISO 9001 çalışmalarında bizzat bulunmam nedeni ile Hizmet Yönetiminin Etkinleşmesi, İnsan Kaynaklarının verimli kullanılarak en iyi hizmetin verilmesi için, süreçte şu unsurların önemi ortaya çıkmaktadır.

1. Yönetim ve organizasyonun etkin düzenlenmemesi

- a. Görev tanımlarının net olmaması

- b. Kurum içi ve kurumlar arası koordinasyonunu oluşturulmaması

a. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince iyi çalışmaması, oto kontrolünün olmaması sevk zincirinin iyi çalışmaması

b. Birinci basamak sağlık hizmetleri talebinin hastanelere yönelmesi nedeni ile yığılmaların olması

neriler : ISO 9000 standartlarından işletme için uygun olanın alınması için talepte bulunulması. Böylece;

1. Her birimin vermiş olduğu hizmeti güncelleştirerek yazılı hale getirmesi,

2. Her birimde çalışan personelin görev tanımları Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Askeri Hastaneler Yönetim yönergesinde belirtilmiş olup günümüz şartlarına ve personel durumuna uygun olarak güncelleştirilmesi,

3. Kurum içi Kurumlar arası (mikro düzeyde) ve birimler arası koordinasyon güncelleştirilerek prosedürlerle yazılı belge oluşturulması,

4. Kalite iyileştirme ekipleri kurularak her problem ayrı ekipler tarafından değerlendirilerek, problemlerin nerelerden kaynaklandığı (verimliliği etkileyen) maddelenecek, pilot birimler seçilerek getirilen önerilerin değerlendirilmesi,

5. ISO 9000 TSK'nın her bünyesinde alınarak TKY İçin bir basamak teşkil edeceği bütün sistemde çalışan personele benimsetilerek amaçların vurgulanması

6. TMK'da yazılı olan kadrolar TKY'i felsefesi doğrultusunda tekrar incelenerek yapılan işlere göre iş gücü planlaması yapılarak yeniden yapılandırılması.

7. TSK'daki bütün sağlık birimlerinin pratikte çözüm nerileri ve uygulamaları bir merkezde toplanarak hizmetin verimliliği için katılımcılık sağlanacaktır.

8. TKY'nin "İstatistiki veriler, uygulamalar ve araştırmalar ile BİLİMSELLİK" yukarıdaki maddede bahsettiğimiz katılımcılık, TSK'da Sağlık Hizmet Yönetiminin tek çatı altında toplanması gibi geniş kapsamlı reformlar ile yönetimde anlaşma ve entegrasyon sağlanması ile sağlık hizmeti sunumunda kalite ve performansımızı sürekli iyileştirmek gerekmektedir.

Bu gibi çalışmalar ile merkezi karar alma birimleri TSK' ya bağlı bütün hastanelerin verimsiz kullanılan girdilerini belirleyerek, bunları yeni açılacak

hastanelere yönlendirmesi böylece yatırım ve cari giderlerde önemli tasarrufların sağlanabilmesi.

Hastane yönetimi kendi girdi ve çıktı bileşimleri ile karşılaştırarak hangi girdilerini verimsiz kullandığını, hangi çıktıların yetersiz ürettiğini belirlemesi. Böylece hastane yönetimi hangi değişkenleri ne derece müdahale edileceğini ortaya koyabilir.



EKLER

Rastgele sayılar çizelgesi

49 54 43 54 82	17 37 93 23 78	87 35 20 96 43	84 26 34 91 64
57 24 55 06 88	77 04 74 47 67	21 76 33 50 25	83 92 12 06 76
16 95 55 67 19	98 10 50 71 75	12 86 73 58 07	44 39 52 38 79
78 64 56 07 82	52 42 07 44 38	15 51 00 13 42	99 66 02 79 54
09 47 27 96 54	49 17 46 09 62	90 52 84 77 27	08 02 73 43 28
44 17 16 58 09	79 83 86 19 62	06 76 50 03 10	55 23 64 05 05
84 16 07 44 99	83 11 46 32 24	20 14 85 88 45	10 93 72 88 71
82 97 77 77 81	07 45 32 14 08	32 98 94 07 72	93 85 79 10 75
50 92 26 11 97	00 56 76 31 38	80 22 02 53 53	86 60 42 04 53
83 39 50 08 30	42 34 07 96 88	54 42 06 87 98	35 85 29 48 39
40 33 20 38 26	13 89 51 03 74	17 76 37 13 04	07 74 21 19 30
96 83 50 87 75	97 12 25 93 47	70 33 24 03 54	97 77 46 44 80
88 42 96 45 72	16 64 36 16 00	04 43 18 66 79	94 77 24 21 90
33 27 14 34 09	45 59 34 68 49	12 72 07 34 45	99 27 72 95 14
50 27 89 87 19	20 15 37 00 49	52 85 66 60 44	38 68 88 11 80
55 74 30 77 40	44 22 78 84 26	04 33 46 09 62	68 07 97 06 57
59 29 97 68 60	71 91 38 67 54	13 58 18 24 76	15 54 55 96 52
48 55 90 65 72	96 57 69 36 10	96 46 92 42 45	97 60 49 04 91
66 37 32 20 30	77 84 57 03 29	10 45 65 04 26	11 04 96 67 24
68 49 69 10 82	53 75 91 93 30	34 25 20 57 27	40 48 73 51 92
83 62 64 11 12	67 19 00 71 74	60 47 21 29 68	02 02 37 03 31
06 69 19 74 66	02 94 37 34 02	76 70 90 30 86	38 45 94 30 38
33 32 51 26 38	79 78 45 04 91	16 92 53 56 16	12 71 5 96 48
42 38 97 11 50	87 75 66 81 41	40 01 74 91 62	48 51 84 08 30
41 37 1 11	30 85 82 53 91	01 50 43 48 85	27 67 16 89 51
74 15 7 15 80	11 05 65 09 68	76 83 20 37 90	17 34 34 11 16
75 73 80 05 96	52 27 41 14 86	22 98 12 22 08	07 11 74 95 80
33 96 02 75 19	97 60 62 93 55	59 33 82 43 90	49 37 38 44 59
97 51 40 14 02	04 02 33 31 08	39 54 16 49 36	47 95 93 13 30
15 06 15 93 20	01 90 10 75 06	40 78 78 89 62	02 57 74 17 33
22 35 85 15 33	92 03 51 59 77	59 56 78 06 83	51 91 05 70 74
09 98 42 99 64	61 71 62 99 15	06 51 29 16 93	58 05 77 09 51
54 87 66 47 54	73 32 08 11 12	44 95 92 63 16	29 56 24 29 48
58 37 78 80 70	42 10 50 67 42	32 17 55 85 74	94 44 67 16 94
87 59 36 22 41	26 78 63 06 55	13 08 27 01 50	15 29 39 39 43
71 41 61 50 72	12 41 94 96 26	44 95 27 36 99	02 96 74 30 83
23 52 23 33 12	96 93 02 18 39	07 02 18 36 07	25 89 32 70 23
31 04 49 69 96	19 47 48 45 88	13 41 43 89 20	97 17 14 49 17
31 99 73 68 68	35 81 33 03 76	24 30 12 48 60	18 99 10 72 34
94 58 28 41 36	45 37 59 03 69	90 35 57 29 12	82 62 54 65 60

ÖRNEKLEME TABLOSU :

Ek - 2

Tablo 1. Bir haftalık örneklem matriksi (rastgele sayılar tablosu)

		1. GÜN	2. GÜN	3. GÜN	4. GÜN	5. GÜN	6. GÜN	7. GÜN
GÜNDÜZ	I. TUR	55	59	48	66	68	83	6
ŞİFTİ	II. TUR	74	29	55	37	49	62	9
GECE ŞİFTİ	I. TUR	30	97	90	32	69	64	19
	II. TUR	77	68	65	20	10	11	74
	III. TUR	40	60	72	30	82	12	66

Tablo 2. Bir haftalık örneklem matriksi (Mod32 ve mod 64 üzerinden)

		1. GÜN	2. GÜN	3. GÜN	4. GÜN	5. GÜN	6. GÜN	7. GÜN
GÜNDÜZ	I. TUR	23	27	16	2	4	19	6
ŞİFTİ	II. TUR	10	29	23	5	17	30	9
GECE ŞİFTİ	I. TUR	30	33	26	32	5	0	19
	II. TUR	13	4	1	20	10	11	10
	III. TUR	40	60	8	30	18	12	2

Tablo 3. Rastsal zamanlarda Kalp damar Yoğun Bakım da gözlem yapılacak saatlere bir günlük örnek aşağıda sunulmuştur.

		1. GÜN	SAATLER
GÜNDÜZ	I. TUR	23	13.30-13.45
ŞİFTİ	II. TUR	10	10.15-10.30
GECE ŞİFTİ	I. TUR	30	23.15-23.30
	II. TUR	13	19.00-19.15
	III. TUR	40	01.45-02.00

* Örneklem alınan sayılar Basit Rastgele Sayılar tablosundan, araştırmacı tarafından her ziyarette 15 dakika gözlem yapılacağı var sayılarak (08-16) şifti için Mod 32'ye (16-08) şifti için Mod 64'e çevrilerek ziyaret saatleri planlanmıştır. (08-16) şiftinde 15 dakika 32 defa; (16-08) şiftinde ise 64 defa vardır.

BECERİ ENVANTER FORMU

BÖLÜM:

GÖREV ÜNVANI:

Doğum Yılıınız ve Yeriniz :

Medeni Haliniz : 0 Bekar 0 Evli

Cinsiyetiniz : 0 Erkek 0 Kadın

Bu hastanede çalışan akrabanız var mı?: 0 Evet 0 Hayır

Varsa ünvanlarını yazınız :

Sahip olduğunuz eğitim diplomaları ve kazandığınız unvan veya mesleği belirtiniz :

Ortaokul diploması 0

Lise Diploması 0

Meslek Lisesi Diploması 0

Ön lisans Diploması 0

Lisans Diploması 0

Yüksek Lisans Diploması 0

Yabancı dil biliyormusunuz :

0 İngilizce 0 Almanca 0 Fransızca 0 Bilmiyorum

Bilgisayar kullanmayı biliyormusunuz:

0 Evet 0 Hayır

Bu birimden önce varsa çalıştığınız son üç birimin adını, ünvanlarınızı, çalışma sürenizi, ayrılış nedenlerinizi yazınız.

Birim	Görev/Unvan	Çalışma Süresi	Ayrılış nedeni
1.			
2.			
3.			

Göreviniz geeği yapmanız gereken fakat çeşitli nedenler ile yapmadığınız işler varsa yazınız.

Görevinizin gerektirmediği fakat çeşitli nedenler ile yapmak zorunda kaldığınız işler varsa yazınız.

Görevinizi daha iyi yapmanızı engelleyen etkenler var mıdır? Varsa nelerdir.

İşinizle ilgili emirleri kimden alıyorsunuz? Amiriniz kimdir.

Görev Ünvanı:

Size bağlı olan doğrudan görevlerinden sorumlu olduğunuz kişiler var mı?(Amiri olduğunuz)

Görev Ünvanı

Göreviniz yabancı dil gerektiriyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Mesai saatler dışında çalıştığınız oluyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet bazen ☐ Evet sık sık

Göreviniz bilgisayar kullanmayı gerektiriyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Görevinizi en iyi bir şekilde yürütebilmeniz için görüş ve önerileriniz nelerdir.

POSOP 0. GÜN HASTALARI TAKİP FORMU

Aktivitelər		Aktivitelər		Aktivitelər	
	Yasam Bul.(ANT Takibi, Nörolojik muayə)	Kan qazı kontrolü	Sıvi dengəsi kəvdə, hesablınması, avat	Lab, Tətiklərdənin yazılması və gənd.	Tek ilac verilməsi
	Birdən fazla ilac, sürəkli enleksiya	Pansuman, yara bakımı	Tüm drenajların bak. deq. izlenmesi	Mekanik ventilyasiya	İlahe Oksijen desteqi, Hazırlik, Uyq.
	Akc. Fonk.düz.Asp. İnş.Spr.	Per.Atr.Kateeter bak. ve İz.	Sıvi repl. Set deq. IV ilac, sıvi ekl.	CVP ölç.İZl.	Tanı koy.İşl.hast.hazirlama
	Spesitik girişimlere hazırlik vrd.	Ihlamur içirme	Hasta ile diyalog	Hasta rahatlighının sağlanması	Fizikiel konforun sağlanması
	Soğuk uygulamalar, izlem	Aktivasyon pasif hareketler	Sürgü, brdek verme lavman		
	Ameliyath hasta için hazırlık	Hasta teslim alma devretime	Vizilere hazırlik, katılma	Klinikte calisan diger Personelle İletişim	Diger servislerle İletişim
	Ekip ile konsültasyon, rapor yazma	ANT takiplerinin, orderlerin yazılması	Cihazların bakımı, korunması, temizligi	Cevre düzenlenmesi	Recetelerin tanzimi
	Recetelerin hastaya sari def. Doldurulması	Kontrolgesi ,hasta sari def. Doldurulması	Yatan hasta defterinin doldurulması	Hasta sevk ve taburcu işlemleri	Tetikli sonuçlarının alımı ve kaydı
	Recete ilaçlarının doktoro bildirilmesi	Recetelerin ecz.gönderilmesi	İlaçların ecz.den alımı ve dağıtım		
	Servisin tertip düzeni	İlaç dolapları ve depoların düzeni	Yemek dağılımına nezaret	Sterilizasyona malzeme hazırlama	İşbaı eğitimi
	Hizmet içi eğitim ve araştırma				
	Uniforma giyme	Hemşirenin kendine ayırdığı zaman	Yemek yeme	Ozel işler, muayene, ziyaret	Kisisel hijyen, el yıkama
	Telefonla görüşme, kitap gazete okuma				

M [°]	AKTİVİTELER		M [°]
	AKTİVİTELER	AKTİVİTELER	
	Yasam Bul.(ANT Takıbl, Nörolojik muave)	Kan gazi kontrolü	
	Sıvı dengesi kaydı, hesaplanması, ayar	Lab. Tetkiklerinin yazılması ve gönd.	
	Tek ilaç verilmesi	Bir den fazla ilaç, sürekli enleksiyon	
	Pansuman, yara bakımı	Tüm drenlerin bak. değ. izlenmesi	
	Akc. Fonk.düz.Asp. İn.h.Spr.	Per.Atr.Kateter bak. ve iz.	
	Sıvı repl. Set değ. IV.İlaç, sıvı ekl.	CVP ölç.İzl.	
	Tamı koy.İsl.hast.hazırlama		
	İhtilamur içirme	Hasta ile diyalog	
	Hasta rahatsızlığının sağlanması	Fiziksel konforun sağlanması	
	Soğuk uygulama,ates, izlem	Aktivasyon pasif hareketler	
	Yemek yedirme	Hastanın mobilizasyonu	
	Sürgü, ördük verme lavman	Ameliyathı hasta için hazırlık	
	Hasta ailesi ile iletişim	Hasta teslim alma devretme	
	Vizidere hazırlık, kağına	Klinikte çalışan diğer Personelle iletişim	
	Diğer servislerle iletişim	Ekip ile konsültasyon, rapor yazma	
	ANT takiplerinin, orderların yazılması	Cihazların bakımı, korunması, temizliği	
	Çevre düzenlenmesi	Recetelerin tanzimi	
	K çizelgesi ,hasta sarf defl. Doldurulması	Yatan hasta defterinin doldurulması	
	Hasta sevk ve taburcu işlemleri	Tetkik sonuçlarının alımı ve kaydı	
	Recete ilaçlarının doktoro bildirilmesi	Recetelerin ecz.gönderilmesi	
	İlaçların ecz.den alımı ve dağıtım	Servisin tertip düzeni	
	İlaç dolapları ve depoların düzeni	Yemek dağıtımına nezaret	
	Sterilizasyona malzeme hazırlama	İşbaı eğitimi	
	Hizmet içi eğitim ve araştırma	Unüforma giyme	
	Hemşirenin kendine ayırdığı zaman	Yemek veme	
	Özel işler, muayene, ziyaret	Kişisel hijyen, el yıka ma	
	Telefonla görüşme, kitap gazete okuma		

7-K-4

HEMŞİRE AKTİVİTE KATEGORİLERİ

KATEGORİ 1 : TGSS-28' DE YER ALAN HEMŞİRELİK AKTİVİTELERİ

Yaşam Bul.(ANT Takibi, Nörolojik muaye)

Can gazı kontrolü

İvi dengesi kaydı, hesaplanması, ayar

ab. Tetkiklerinin yazılması ve gönd.

İlaç verilmesi

İrden fazla ilaç, sürekli enjeksiyon

ansuman, yara bakımı

üm drenlerin bak. deg. İzlenmesi

mekanik ventilasyon

İlave Oksijen desteği, , Hazırlık.Uyg.

İkc. Fonk.düz.Asp. İnh.Spr.

er.Atr.Kateter bak. ve İz.

İvi repl. Set deg. IV.İlaç, sıvı ekl.

VP ölç.İzl.

İanı koy.İşl.hast.hazırlama

İpesifik girişimlere hazırlık yrd.

KATEGORİ 2 : TGSS-28'DE YER ALMAYAN HASTA İLE İLGİLİ AKTİVİTELER

İlamur içirme

İasta ile diyalog

İasta rahatlığının sağlanması

İziksel konforun sağlanması

İogruk uygulama,ateş, izlem

İktivasyon pasif hareketler

İüğü, ördk verme İavman

KATEGORİ 3 : DOLAYLI HEMŞİRELİK BAKIM AKTİVİTELERİ

İmeliyatlı hasta için hazırlık

İasta ailesi ile iletişim

İasta teslim alma devretime

/İzilere hazırlık, katılma

İlinikte çalışan diğer Personelle iletişim

İİger servislerle iletişim

İkip ile konsültasyon, rapor yazma

İANT takiplerinin, orderların yazılması

İİhazların bakımı, korunması, temizliği

İevre düzenlenmesi

İeçetelerin tanzimi

İ gizelgesi ,hasta sarf defl. Doldurulması

İatan hasta defterinin doldurulması

İasta sevk ve taburcu işlemleri

İetkik sonuçlarının alımı ve kaydı

İeçete ilaçlarının doktoro bildirilmesi

İeçetelerin ecz.gönderülmesi

İaçların ecz.den alımı ve dağıtımı

KATEGORİ 4 : TIBBİ AKTİVİTELER

İervisin tertip düzeni

İlaç dolapları ve depoların düzeni

Emek dagıtımına nezaret
terlizasyona malzeme hazırlama
şbai eğitimi
hizmet içi eğitim ve araştırma
KATEGORİ 5 : KİŞİSEL AKTİVİTELER
hüfoma giyme
İemşirenin kendine ayırdığı zaman
Emek yeme
İzel işler, muayene, ziyaret
İşisel hijyen, el yıkama
elefonla görüşme, kitap gazete okuma

1. Tunnel Aktiviteter

1. Tunnel Aktiviteter

Standard izleme saat başı yaşam bulguları, sıvı dengesinin düzenli kaydı ve hesaplanması

Laboratuvar biyokimya ve mikrobiyolojik incelemeler

Tek ilaq, intravenoʻz, intramuskuliyer, subkutan va/veya oral (gastrik tūp gʻibi)

Rutin pansuman değiştirme, baskı yararı önleme, bakımı ve günlük pansuman değişimi

Sik sik pansuman deŕiŕimi! (Her ŕitte en az bir kez) ve/veya yoŕun yara bakımı

Tüp drenlerin bakımı (Gastrik tüp dışında)

2. Ventilator destegi

Mekanik ventilasyon; Herhangi bir ventilasyon tip/ asiste ventilasyon; PEEP (positive and expiratory pressure) il ya da PEEP'siz, kas gevşetici il ya da kas gevşeticiiz : PEEP il spontan solunum.

PEEP'siz, kas gevseticilisiz : PEEP'li spontan solunum.

İlave oksijen desteği, PEEP olmadam endotrakeal tüple spontan solunum; Mekanik ventilasyon parametrelerinin dışındaki herhangi bir metod ile ilave oksijen verilmesi.

herhangi bir metod ile ilave oksijen verilmesi.

Yapay hava yolları bakımı, endotekal tüp ve ya trakeostomi.

Akciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesinin tedavi, göğüs fizyoterapisi, spirometre (Woldime) inhalasyon terapisi intratekal aspiasyon.

3. Kardiovaskulärer Destek

Tek vazoaktif ilaç veya herhangi bir vazoaktif ilaç

Birden çok vazokatif ilaç, tıp ve doz önemli olmadan birden fazla vazokatif ilaç.

Fazla miktarda sıvı kayıplarında intravenöz replasman, tip ve dozu ne olursa olsun günde >3 lt m3 sıvı verilmesi

Periferik arteriyel katater

Sol atriūm monitorizasyonu, Kardiak autput ölçümü olsun ya da olmasın pulmoner arter kateteri.

Sentral venöz kateter.

Arrest sonrası Kardiyopulmoner resusitasyon (son 24 saat içinde prekarđial vuru değil)

4. Renal Destek

Hemofiltrasyon teknikleri, diyaliz teknikleri

İdrar miktarının ölçümü

Aktif diürez (Günde kiloya >0,5 mg/kg üzzerinde frusemid alıyorsa)

5. Nörolojik destek

intrakranial basing ölçümü

6. Metabolik destek

Komplike metabolik asidoz/alkaloiz tedavisi

intravendöz hiperalimentasyon (TPN)

Enteral beslenme, gastrik tüp veya diğer gastrointestinal yollar ile

7. Özel girişimler

Yogun bakım ünitesinde tek özel girişim, nazal veya orotrakeal entübasyon, pacemaker, kardiyoversiyon, endoskopi, son 24 saat içinde acil cerrahi girişim, gastrik lavaj.

saat içinde acil cerrahi girişim, gastrik lavaj,

Raduyotetapi, ekokardiyografi, elektrokardiyogram, pansusman yada arterial kateter uygiulanmasi, gishi hastalarni durumundaki deqisikliq badi olmayan ruini girishimlar bu griba alimnaz

değişikliğe bağlı olmayan rutin girişimler bu grba alınmaz

Yukarıda tanımlanan işlemlerin birden fazla yapılması

Yogun bakım ünitesi dışında yapılması gereken özel girişimler, ameliyathalar veya tanı koyucu işlemler.

NOT: Necmiye KILIÇASLAN'ın çalışmasından alınmıştır.

HEMŞİRE AKTİVİTELERİ		Süre (dak)	Toplam%	sıklığı	Süre (uay)	Toplam /%	sıklığı	24 Saat	
POSTOP 0. GÜN		08-16 Şifli			16-08 Şifli				
Yaşam Bul.(ANT Takibi, Nörolojik muayene)		30,12	6,75	18	36,17	10,89	12	33,15	8,52
Kan gazı kontrolü		4,98	1,12	9	5,02	1,51	6	5,00	1,29
Sıvı dengesi kaydı, hesaplanması, ayar		21,04	4,72	12	22,13	6,66	8	21,59	5,55
Lab. Tetkiklerinin yazılması ve gönd.		9,11	2,04	14	10,64	3,20	5	9,88	2,54
Tek ilaç verilmesi		8,82	1,98	7	8,74	2,63	4	8,78	2,26
Biden fazla ilaç, sürekli enjeksiyon		20,66	4,63	8	21,74	6,54	5	21,20	5,45
Pansuman, yara bakımı		5,37	1,20	7	6,63	2,00	8	6,00	1,54
Tüm drenlerin bak. değ. izlenmesi		4,45	1,00	16	4,74	1,43	3	4,60	1,18
İlave Oksijen desteği, Hazırlık Uyg.		3,26	0,73	7	3,08	0,93	9	3,17	0,81
Akc. Fonk.düz.Asp. İnh.Spr.		21,16	4,74	4	22,98	6,92	4	22,07	5,67
Per.Atr.Kateter bak. ve lz.		5,48	1,23	6	5,83	1,75	6	5,66	1,45
Sıvı repl. Set değ. IV İlaç, sıvı ekl.		4,63	1,04	7	4,98	1,50	8	4,81	1,23
CVP ölç.lzl.		5,21	1,17	5	4,74	1,43	12	4,98	1,28
Tanı koy.işl.hast.hazırlama		4,28	0,96	8	5,21	1,57	4	4,75	1,22
Spesifik girişimlere hazırlık yrd.		19,86	4,45	6	20,08	6,04	3	19,97	5,13
Ara Toplam		168,43	37,77		182,71	55,00		175,57	45,12
İhlammur içirme			0,00			0,00		0,00	0,00
Hasta ile diyalog		3,66	0,82	10	3,32	1,00	3	3,49	0,90
Hasta rahatlığının sağlanması		7,13	1,60	12	5,13	1,54	15	6,13	1,58
Soğuk uygulama,ateş, izlem		2,61	0,59	8	2,96	0,89	6	2,79	0,72
Aktivasyon pasif hareketler		10,37	2,33	11	8,35	2,51	7	9,36	2,41
hasta hijyeninin sağlanması		12,35	2,77	7	13,26	3,99	8	12,81	3,29
Sürgü, ördək verme lavman		2,5	0,56	5	2,78	0,84	7	2,64	0,68
Ara Toplam		38,62	8,66		35,8	10,78		37,21	9,56
Ameliyatlı hasta için hazırlık		20,8	4,66	9		0,00		10,40	2,67
Hasta ailesi ile iletişim		5,16	1,16	14		0,00		2,58	0,66
Hasta teslim alma devretme		4,63	1,04	8	6,72	2,02	18	5,68	1,46
Vizitlere hazırlık, katılma		6,75	1,51	9	4,81	1,45	6	5,78	1,49
Klinikte çalışan diğer Personelle iletişim		7,68	1,72	7	3,74	1,13	5	5,71	1,47
Diğer servislere iletişim		4,61	1,03	12	9,41	2,83	7	7,01	1,80
Ekip ile konsültasyon, rapor yazma		11,49	2,58	10		0,00		5,75	1,48

Çinazların bakımı, korunması, temizliği	4,36	0,98	4	6,94	2,09	4	5,65	1,45
Çevre düzenlenmesi	5,62	1,26	16	7,38	2,22	6	6,50	1,67
Reçetelerin tanzimi	10,33	2,32	6		0,00		5,17	1,33
K çizelgesi ,hasta safı def. Doldurulması	7,67	1,72	7		0,00		3,84	0,99
Yatan hasta defterinin doldurulması	1,77	0,40	4		0,00		0,89	0,23
Hasta sevk ve taburcu işlemleri	13,63	3,06	4		0,00		6,82	1,75
Tetkik sonuçlarının alımı ve kaydı	7,17	1,61	7	24,52	7,38		15,85	4,07
Reçete ilaçlarının doktoro bildirilmesi	3,09	0,69	13		0,00	7	1,55	0,40
Reçetelerin ecz. götürülmesi	17,09	3,83	6		0,00		8,55	2,20
İlaçların ecz. den alımı ve dağıtımı		0,00		23,7	7,13		11,85	3,05
<i>Ara Toplam</i>	136,56	30,62		23,7	7,13		80,13	20,59
Servisin tertip düzeni	1,7	0,38	4	4,68	1,41	10	3,19	0,82
İlaç dolapları ve depoların düzeni	0,84	0,19	6	3,65	1,10	5	2,25	0,58
Yemek dağıtımına nezaret	11,82	2,65	5	13,56	4,08	6	12,69	3,26
Sterilizasyona malzeme hazırlama	8,32	1,87	7		0,00		4,16	1,07
İşbaşı eğitimi	0,91	0,20	8		0,00		0,46	0,12
Hizmet içi eğitim ve araştırma	1,42	0,32	4		0,00		0,71	0,18
<i>Ara Toplam</i>	25,01	5,61		21,89	6,59		23,45	6,03
Üniforma giyme	8,52	1,91	9	9,14	2,75	8	8,83	2,27
Hemşirenin kendine ayırdığı zaman	6,2	1,39	6	16,05	4,83	6	11,13	2,86
Yemek yerne	30,03	6,73	8	24,32	7,32	4	27,18	6,98
Özel işler, muayene, ziyaret	24,03	5,39	7		0,00	5	12,02	3,09
Kişisel hijyen, el yıkama	3,56	0,80	9	4,54	1,37	7	4,05	1,04
Telefonla görüşme, kitap gazete okuma	5,01	1,12	6	14,08	4,24	5	9,55	2,45
<i>Ara Toplam</i>	77,35	17,34		68,13	20,51		72,74	18,69
Genel Toplam	445,97	100,00	408	332,23	100,00	260	389,10	100,00

İLERİYE PLANLANAN
POSTOP 1. GÜN

İHTİŞMİNE GİRİŞİMLERİ									
POSTOP 1. GÜN	08-16 Şifiti	16-08 Şifiti	16-08 Şifiti	24 Saat					
Yaşam Bul.(ANT Takibi, Nörolojik muaye)	29,14	6,98	18	30,13	8,87	17	29,64	7,79	
Kan gazı kontrolü	5,21	1,25	8	5,7	1,68	8	5,46	1,43	
Sıvı dengesi kaydı, hesaplanması, ayar	21,56	5,17	4	21,23	6,25	5	21,40	5,62	
Lab. Tetkiklerinin yazılması ve gönderilmesi	9,03	2,16	5	10,56	3,11	6	9,80	2,57	
Tek ilaç verilmesi	7	1,68	8	8,12	2,39	6	7,56	1,99	
Birden fazla ilaç, sür. veya tek doz infüz	12,16	2,91	7	14,21	4,18	8	13,19	3,46	
Pansuman, yara bakımı	6,12	1,47	6	6,73	1,98	4	6,43	1,69	
Tüm drenlerin bak. değ. izlenmesi	4,75	1,14	5	4,81	1,42	6	4,78	1,26	
Akc. Fonk.düz.Asp. İnh.Spr.	20,84	4,99	9	19,34	5,69	5	20,09	5,28	
Per.Atr.Kateter bak. ve İz.	2,99	0,72	6	2,68	0,79	4	2,84	0,74	
Sıvı repl. Set değ. İV.ilaç, sıvı ekl.	4,67	1,12	7	4,97	1,46	8	4,82	1,27	
CVP ölç.İz.	5,33	1,28	8	5,31	1,56	7	5,32	1,40	
Tanı koy.ışl.hast.hazırlama	4,09	0,98	6		0,00		2,05	0,54	
Ara Toplam	132,89	31,84		133,79	39,37		133,34	35,03	
İhlamur içirme	2,03	0,49	8	2,04	0,60	8	2,04	0,53	
Hasta ile diyalog	3,17	0,76	6	3,06	0,90	13	3,12	0,82	
Hasta rahatlığının sağlanması	7,29	1,75	11	7,41	2,18	9	7,35	1,93	
Soğuk uygulama,ateş, izlem	2,45	0,59	8	1,94	0,57	7	2,20	0,58	
Aktivasyon pasif hareketler	10,56	2,53	6	13,14	3,87	6	11,85	3,11	
Yemek yedirme	18,21	4,36	7	14,17	4,17	5	16,19	4,25	
Hastanın mobilizasyonu	10,77	2,58	9	10,47	3,08	9	10,62	2,79	
Hasta hijyeninin sağlanması	13,21	3,16	14	12,51	3,68	4	12,86	3,38	
Sürgü, ördük verme lavman	2,42	0,58	8	3,14	0,92	3	2,78	0,73	
Ara Toplam	70,11	16,80		67,88	19,98		69,00	18,13	
Ameliyathı hasta için hazırlık		0,00			0,00		0,00	0,00	
Hasta ailesi ile iletişim	5,46	1,31	7	4,84	1,42	6	5,15	1,35	
Hasta teslim alma devretme	5,27	1,26	9	4,5	1,32	14	4,89	1,28	
Vizitlere hazırlık, katılma	7,38	1,77	6	7,21	2,12	4	7,30	1,92	
Klinikte çalışan diğer Personelle iletişim	6,85	1,64	8	6,65	1,96	7	6,75	1,77	
Diğer servislerle iletişim	4,57	1,09	12	4,86	1,43	9	4,72	1,24	
Ekip ile konsültasyon, rapor yazma	12,07	2,89	18		0,00		6,04	1,59	

Ünvanların bakımı, korunması, temizliği	4,36	1,04	7	4,73	1,39	5	4,55	1,19
Çevre düzenlenmesi	5,3	1,27	6	4,98	1,47	4	5,14	1,35
Reçetelerin tanzimi	7,5	1,80	7		0,00		3,75	0,99
K çizelgesi ,hasta saf def. Doldurulması	11,07	2,65	8		0,00		5,54	1,45
Yatan hasta defterinin doldurulması	1,54	0,37	9		0,00		0,77	0,20
Hasta sevk ve taburcu işlemleri	12,66	3,03	4		0,00		6,33	1,66
Tetkik sonuçlarının alımı ve kaydı	6,08	1,46	5	5,92	1,74	5	6,00	1,58
Reçete ilaçlarının doktoro bildirilmesi	3,37	0,81	7		0,00		1,69	0,44
Reçetelerinin ecz. götürülmesi	17,42	4,17	6		0,00		8,71	2,29
İlaçların ecz.den alımı ve dağıtımı		0,00		21,28	6,26	6	10,64	2,80
Ara Toplam	116,22	27,84		70,11	20,63		93,17	24,48
Servisin tertip düzeni	1,74	0,42	4	4,01	1,18	11	2,88	0,76
İlaç dolapları ve depoların düzeni	0,69	0,17	8	1,54	0,45	4	1,12	0,29
Yemek dağıtımına nezaret	11,92	2,86	4	13,54	3,98	7	12,73	3,34
Sterilizasyona malzeme hazırlama	7,83	1,88	5		0,00		3,92	1,03
İşbaı eğitimi	3,94	0,94	6		0,00		1,97	0,52
Hizmet içi eğitim ve araştırma	2,5	0,60	4		0,00		1,25	0,33
Ara Toplam	28,62	6,86		19,09	5,62		23,86	6,27
Üniforma giyme	7,29	1,75	5	8,76	2,58	4	8,03	2,11
Hemşirenin kendine ayırdığı zaman	6,62	1,59	4	9,44	2,78	7	8,03	2,11
Yemek yeme	27,92	6,69	5	22,15	6,52	3	25,04	6,58
Özel işler, muayene, ziyaret	23,47	5,62	4		0,00		11,74	3,08
Kişisel hijyen, el yıkama	3,06	0,73	6	3,33	0,98	4	3,20	0,84
Telefonla görüşme, kitap gazete okuma	5,18	1,24	6	5,28	1,55	18	5,23	1,37
Ara Toplam	73,54	17,62		48,96	14,41	14	61,25	16,09
Genel Toplam	421,38	100,95	362	339,83	100,01	288	380,61	100,00

HEMŞİRE AKTİVİTELERİ DEĞERLENDİRME FORMU EK - 7

HEMŞİRE AKTİVİTELERİ		Ortalama Süre (dak)	Toplam%	Gözlem sıklığı
POSTOP 2. GÜN		08-16 Şifli		
'aşam Bul.(ANT Takibi, Nörolojik muaye)	30,89	8,81	14	
'an gazı kontrolü	4,84	1,38	8	
'sivi dengesi kaydı, hesaplanması, ayar	17,46	4,98	7	
ab. Tetkiklerinin yazılması ve gönd.	10,47	2,99	9	
ek ilaç verilmesi	6,28	1,79	3	
birden fazla ilaç, sürekli enjeksiyon	11,86	3,38	17	
'ansuman, yara bakımı	5,77	1,65	5	
'üm drenlerin bak. değ. izlenmesi	4,09	1,17	6	
' mekanik ventilasyon	0,00	0,00		
ave Oksijen desteği, T tüp, Hz. Uyg.	18,26	5,21	16	
kç. Fonk.düz.Asp. İnh.Spr.	0,00	0,00		
'er.Atr.Kateter bak. ve iz.	3,97	1,13	4	
'sivi repl. Set değ. İV.İlaç, sıvı ekl.	3,77	1,07	2	
'VP ölç. izl.	0,00	0,00		
'anı koy.ışl.hast.hazırlama	0,00	0,00		
'pesifik girişimlere hazırlık yrd.	69,52	19,82		
'astaya yemek yedirme	11,32	3,23	4	
'asta ile diyalog	5,01	1,43	18	
'asta rahatlığının sağlanması	7,27	2,07	12	
'oğuk uygulama,ates, izlem	2,74	0,78	4	
'ktivasyon pasif hareketler	16,75	4,78	6	
'asta hijyeninin sağlanması	10,04	2,86	4	
'ürgü, ördk verme lavman	14,02	4,00	6	
'ra Toplam	67,15	19,15		
'meliyatlı hasta için hazırlık	0,00	0,00		
'asta ailesi ile iletişim	5,02	1,43	9	
'asta teslim alma devretme	4,41	1,26	8	
'zitiere hazırlık, katılma	6,39	1,82	5	
'linikte çalışan diğer Personelle iletişim	7,54	2,15	17	
'diğer servisle iletişim	6,25	1,78	8	
'kip ile konsültasyon, rapor yazma	12,74	3,63	7	
'NT takiplerinin, orderların yazılması	3,65	1,04	6	
'hazaların bakımı, korunması, temizliği	4,4	1,25	3	
'avre düzenlenmesi	4,9	1,40	4	
'eçetelerin tanzimi	10,32	2,94	6	
'gizegesi ,hasta sarf defl. Doldurulması	5,49	1,57	5	
'atan hasta defterinin doldurulması	1,75	0,50	6	
'asta sevk ve taburcu işlemleri	10,63	3,03	7	
'etik sonuçlarının alımı ve kaydı	7,27	2,07	3	
'eçete ilaçlarının doktora bildirilmesi	3,16	0,90	4	
'eçetelerin ecz.gönderülmesi	18,02	5,14	3	
'ıçların ecz.den alımı ve dağıtımı	0,00	0,00		
'a Toplam	111,94	31,92		



erisin tertip düzeni	1,81	0,52	12
aç dolapları ve depoların düzeni	1,05	0,30	8
emek dağıtımına nezaret	12,03	3,43	7
terlilasyona malzeme hazırlama	8,26	2,36	11
ibai eğitimi	3,02	0,86	4
izmet içi eğitim ve araştırma	5,15	1,47	2
ra Toplam	31,32	8,93	
nüfusa giyme	8,28	2,36	6
emşirenin kendine ayırdığı zaman	6,31	1,80	6
emek yeme	30,21	8,61	4
zel işler, muayene, ziyaret	22,47	6,41	8
işsel hijyen, el yıkama	3,56	1,02	12
elefonla görüşme, kitap gazete okuma	5,94	1,69	9
ra Toplam	76,77	21,89	
enel Toplam	356,7	101,71	335

KAYNAKÇA

1. Özdilek, Ş; Aygün, N; “Hastane İdaresi ve Organizasyonu” Ankara Yayıncılık, Ceza Evi Matbaası, Ankara 1970 XLII + 718 ss:73,93,94
2. Srakich, J; Longest, B; O' Donouan T.R; “Managing Health Care Organizations”, W.D.Sounders Company, Philedelphia, 1970 , S.21-29
3. Eachern, M; “Hospital Organization And Management” Linois Physicians, Record Company, 1969, s:1086, 1969
4. Grant, C; “Hospital Management”, Edinburg, Churchill Livingstone,1973 s: 37
5. Seçim, H; “Hastane Yönetim Ve Organizasyonu” Eskişehir Anadolu Üniversitesi Basım Evi, 1985,s:22,27
6. Kocel, T; “İşletme Yöneticiliği - Yönetici Geliştirme Organizasyon ve Davranış” İstanbul Üniversitesi Yayını, No:2998,1982, s: 180-187
7. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü Yayını No:22354, 25.07.1995 ss:35-60. Resmi Gazete
8. Zaman Yönetimi İTT Bilka, Bilgi ve Kaynak Ticaret A.Ş., İstanbul 1989
9. Weston, A; Mangonp, S; "Professional Development. Time Management", Nursing Times, 1. No:9027,1972, ss:1-4, July 20-26
10. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, Ankara 1995
11. Seçim, H; “Hastanelerde Verimliliği Arttırma Yöntemleri” MPM yayınları, Verimlilik Dergisi, No:17, 1998, s:1,
12. Arkış, N; “Verimlilik Kültürünün Oluşmasını Engelleyen Faktörler”, 1. Verimlilik Kongresi., MPM Yayınlar, No:454, Ankara, 1991, s:71-72,
13. Karabulut, A; “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı YLT, İstanbul ,1995, s: 65-70
14. Menguşoğlu, T; “Fesefeye Giriş” Remzi Kitap Evi, İstanbul, 1986, s:21
15. Erech, O; “Learning Types” Mc Millan Press, London, 1991, s: 77,
16. Palmer, M; Winters K.; “İnsan Kaynakları Semineri”, Kişisel Gelişim Ve Yönetim Dizisi. Rota Yayınları, 1993, s:25,26

17. Kurtuluş, K; "Stratejik İnsan Kaynakları Semineri", Seminer Notları İstanbul, Ekim 1994, s:13
18. Ersen, H; "Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi Verimli ve Etkin Olman Yolu", Sim Matbaacılık, İstanbul, 1997,
19. Çoruh, M; "Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları Gerçekler ve Güçlükler, Kalitenin Yeni Tanımı", Haberal Yayınları, Ankara, 1997, s:12,15
20. Larsen, H; "Esnek Örgütlerin Karakteristikleri", Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Seminer Notları, İstanbul, 1994. s:8,
21. Candan, P; "İnsan Kaynakları Fonksiyonunda Kalite" Per.Yön.Bülteni, 1995, s:12
22. Açıkalın, A; "Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağının Personel Yönetimi", Personel Eğitim Merkezi Yayını, No 7, Ankara, 1996
23. Şentürk S.E; "Dünyada ve Türkiye’de Hemşirelik" Türk Hemşire Dergisi, 1982 s:2, 32, 111
24. Atalay, M; "Hemşireliğin Felsefesi ve Tanımı" Türk Hemşireler Dergisi, 1982, s: 2, 3, 13, 16
25. İkizler, H; Bahçecik, N; "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü", Hemşirelik Bakımının Organize Edilmesinde Temel Yöntemler, Haberal Yayınları, Ankara, 1997, s:209,211
26. Pektekin Ç; "Hemşirelik Gününde Türk Hemşireliği Ne Durumda?" Türk Hemşireler Dergisi, 1978, s: 3,4,43
27. Şentürk, E; "Hemşirelik Tarihi", Ar Basım ve Yayın, İstanbul, 1983, s:1,13
28. Erefe, İ; "Türkiye’deki Hemşirelerin Sağlık Yasaları İçindeki Konumu ve Çağdaş Bir Hemşirelik Yasası İçin Öneriler", Türk Hemşireler Dergisi, 1982, s: 32, 40-50
29. Velioğlu, P; "Hemşirelikte Yönetim", Metaksan Matbaacılık Ve Teknik Sanayii, Ankara, 1995, s:80-82, 144 - 148
30. Wittler B; "Introduction A Patient Care", W.B.Southern Comp, 4.Ed. Philadelphia, 1983, s: 38-45
31. Froebe, D. J; Bain JR; "Quality Assurance Programs And Controls In Nursing" Saint Louis The Mosby Comp., 1976, s:24-36
32. Platin N; Ocakbaşı A; Güçsavaş N; "Hemşirelerin Sekiz Saatlik Çalışma Sürelerinin İçeriği", Türk Hemşireler Dergisi, 1982, s: 2, 32

33. Vural, H; "Hemşirelik Hizmetlerinde Standart Geliştirmenin Önemi", II. Baştabip Oryantasyon Kursu, GATA. Hemşirelik Yüksek Okulu, 1997, s:139-141
34. Uyer, G; "Hemşirelik ve Yönetim" Hürbilek Matbaacılık , Ankara,1992, s:34, 38
35. Uyer G; "Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı" Vehbi Koç Yayını,1992, s:24
36. Erdoğan, İ; "Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri", İstanbul, 1992, s:30-31,
37. Megginson, L. C; "Personnel Behavioral Approach To Administration", Richard D. Irwin In A Home Wood, Illinois, 1967, s: 251
38. Howard, R.3; Bromhom 3.T.; Cannon 3.A.;Jolnnsotn N.M.; "Making Sense Of Manpower Planning", Personnel Management Vol. 7 , October 1975
39. Kaynak, T; "İnsan Kaynakları Planlaması", Ankara, 1996, s: 3- 5- 6- 7- 23-24-25,
40. Saatçioğlu, Ö; "İnsan Gücü Planlaması ve Verimliliğe Etkisi", Verimliliği Artırmada İnsan Gücü Planlaması Ve Bilgisayar Kullanımı, ORHİM Kitap Yayınları, İstanbul, 1986, s:3
41. Neilsen, L. D; Allan, R.Y; "Manpower Planning A. Markow Chain Application" Public Personnel Management, March - April 1973
42. Glueck, F.W; "Personnel A Diagnostic Approach" Mac Millan Publishing Co. Inc., Newyork 1980
43. Aytek, B; "İşletmelerde İnsan Gücü Planlaması" A.İ.T.İ.A. Yayınları, Ankara,1978
44. Çınar, Ü; "Sağlık Hizmetlerinde Yöneylem Araştırması" ODTÜ Mühendislik Fakültesi Yayını, Ankara, 1982
45. Vetter, E; "Manpower Planning For High Personnel", Printed In The United States Of America, Michigan,1967, s:176
46. Seçim, H; "Hastane Yönetimi ve Organizasyonu", A.Ü.A.Ö.F.İş.İd.Okuma Metinleri, 1988, s: 130-133
47. Erigüç, G; " Hastanelerde iş ölçümü" Sağlık Kurumları Yönetim Programı Bilim Uzmanlık Tezi Hacettepe Üniversitesi , Ankara, 1987
48. Akal, Z; "İnternational Labour Office", İş Etüdü, MPM Yayınları, No:29, Ankara 1991

49. Timur, H; "İş Ölçümü, İş Planlaması, Verimlilik", Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No: 207, Ankara, 1984
50. Will, L; Linwood, M; "Measuring The Quality Of Care" Longman Group Limited, NewYork, 1984, s: 10-14
51. Peşkircioğlu, N; "Hizmet Sektöründe Kalite ve Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerine Uygulaması" Verimlilik Dergisi Özel Sayı, MPM Yayınları s:141-154
52. Bozkurt, R; "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi" Verimlilik Dergisi, No:3, 1994, s: 107-136
53. Douglass, L.M; "The Effective Nurse." The C.V.Mosby.Company St. Lous,1982 s: 170-182
54. Joung, L.C; Hagne, A.N; "Nursing Administration" Wb. Saunders Company., Philedelphia, 1988
55. Schoemaker, C.W; Abraham, E; "Diagnostic Methods in Critical Care" Automated Data Collection and interpretation" Marcel Dekker Inc. , Newyork, Basel, 1987
56. Kılıçaslan, N; Yoğun Bakım Hemşire aktivitelerine harcanan zamanların saptanması ve Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi (TGSS-28) Yüksek lisans tezi İzmir, 1998
57. Miranda, D.R; Rijik, A.D; Schaufeli, W; "Simplified Therapeutic intervention scaring System: The TSS -28 İtems -Result from a Multicenter Study", Critical care Medicine, Vol:24 (1),1996 s: 64-72
58. Cornor, J.R; Fragle, C.D; Hsieh, R; Preston, A.R; Singer, S; "Effective Use Of Nursing Resources ; A Resource Report, Hospitals", J.A.H.A., May, 1961 Vol:35 s:30-38
59. Quist, D.B; "Work Sampling Nursing Units ; Work Sampling can provide Data neede to support change on nursing units", Nursing Management, September 1992, Vol:23, no:9, s:50-51
60. Hikmet, S; "Hastane verimliliğine ilişkin okuma metinleri; "Hastanelerde iş ölçümüne dayalı Kadrolama Yöntemleri" Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Hastane Yönetimi ve Organizasyonu İŞ.İD.261, Eskişehir, s:120-137
61. Çoruh, M; "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara, 1997

62. “Sağlıkta strateji”, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı , Vol:16, s: 8-12, Aralık 1997
63. Lindner, A.C; “Work Measurement and Nursing Time Standards” Nursing Management Vol:20 Oct, 1989
64. Cankul, H.İ;” GATA İlk ve Acil Yardım Merkezi Hemşirelik Hizmetlerinde İş Örnekleme”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1997
65. Pektekin Ç;”Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire” Hemşirelik Forumu, 1998, s:2,s:71-76
66. Gönülsüz S;”Hemşire Görevlendirme Sistemleri:Bayındır Tıp Merkezi Örneği”, Hastahane Yönetimi,1998, s:8,s:15-20



BANU EROĞLU

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Acil Servis

0216 346 26 00/2111

KİŞİSEL

Bekar/Kadın

DoğumTarihi: 01.10.1973

İŞ DENEYİMİ

1995-1999 GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

- Nöroloji Servisi Sorumlu hemşireliği
- Acil Servis Sorumlu Hemşireliği
- Kalite Yönetimi Başkanlığı

EĞİTİM DURUMU

1995- Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği

1990-1994 GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

1987-1990 Süleyman Çakır Lisesi (Eskişehir)

TEKNİK AYRINTILAR

Orta derecede ingilizce ve bilgisayar biliyorum

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksek Lisans öğrencisi Banu EROĞLU'nun, çalışması jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Hande HARMANCI
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Atıf AKDAŞ
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Şanda ÇALI Y. Doç.Dr.Melda KARAVU
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Sedefhan OĞUZ
Üniversitesi : Marmara

Üye : Yrd.Doç.Dr.Sibel KALAÇA
Üniversitesi : Marmara

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 21.10.1999 tarih ve 62... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür