



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN HEMŞİRELİK
İŞLEVLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ**

**SEMRA ÜNAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM**

İSTANBUL- 2013



T.C.

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN HEMŞİRELİK
İŞLEVLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ**

**SEMRA ÜNAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM**

İSTANBUL- 2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans programı Yüksek Lisans Öğrencisi Semra ÜNAL tarafından hazırlanan “Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 07.02.2013

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Aytolan YILDIRIM
: İstanbul Üni.F.N.Hem.Fak.(Danışman)

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK
: Marmara Üni.Sağ.Bil.Hem.Böl.

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Gülbahar KESKİN
: İst.Üni.Bakırköy Sağlık Y.O.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü V.

II. TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğine adanmışlığı ile her zaman pusulam olan, engin fikirleri ile yoluma ışık tutan, çalışmamızın gerçekleşmesinde bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, hoşgörülerini ve desteğini esirgemeyen Sayın Danışmanım ve Değerli Hocam Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM' a,

Mesleki bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan her zaman desteğini hissettiğim Değerli Hocam Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK' e,

Kurumlarında araştırma yapılmasına izin veren hastane yöneticilerine ve araştırmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm meslektaşlarıma ve hekimlere,

Desteklerini ve ilgisini esirgemeyen Sorumlu Hemşirem Melek DERE ve tüm mesai arkadaşlarıma,

Bu yolda beraber yürüdüğümüz, hep yanımda olan ve dostluğumuzun daima sürmesini ümit ettiğim sevgili arkadaşım Emine HAFIZOĞLU BALÇIK' a,

Her zaman desteğim olan varlıkları ile beni gururlandıran annem Nazife ÜSTÜNDAĞ, babam İsmail ÜSTÜNDAĞ ve kardeşim Serkan ÜSTÜNDAĞ'a,

Her zaman yanımda olan, sabır ve özveriyle desteğini esirgemeyen annem Gülten ÜNAL, babam Ali ÜNAL'a ve görümcem Nurcan VAYVALAK' a,

Desteği her türlü övgünün üstünde olan yol arkadaşım, sevgili eşim Özcan ÜNAL'a,

Sevgili yavrum, canımın içi kızım Ezgi ÜNAL' a

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunuyorum.

Semra ÜNAL

İstanbul, 2013

III. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. TEZ ONAY BELGESİ	I
II. TEŞEKKÜR	II
III. İÇİNDEKİLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.I
IV. KISALTMALAR	IVV
V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
TABLOLAR LİSTESİ	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Hemşirelik Mesleğinin Tanımı ve Özellikleri	6
4.1.1. Meslek Tanımı ve Kavramı	6
4.1.2. Mesleklerin Özellikleri ve Ölçütleri.....	8
4.1.3. Meslek Ölçütleri Işığında Hemşirelik	12
4.2. Sağlık Bakım Sisteminde Hemşirenin Rol ve İşlevleri.....	16
4.2.1. Rol Kavramı ve Tanımı	16
4.2.2. Hemşirelik Rol ve İşlevleri.....	18
4.2.2.1. Uygulayıcı Rolü	19
4.2.2.2. Eğitici Rolü	20
4.2.2.3. Araştırmacı Rolü.....	21
4.2.2.4. Yönetici Rolü	23
4.2.2.5. Koordinatör Rolü	23
4.2.2.6. Savunucu Rolü	23
4.2.3. Sağlık Sisteminde Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı	24
4.2.4. Sağlık Bakım Sisteminde Kalite Geliştirme	29
4.2.5. Hemşireliğin Yasal Yönleri	38
5. GEREÇ VE YÖNTEM	48
5.1. Araştırma Amacı ve Tipi	48

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	48
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	48
5.4. Veri Toplama Aracı.....	49
5.5. Veri Toplama Yöntemi.....	49
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	511
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
5.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	51
6. BULGULAR	544
6.1. Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	555
6.2. Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşleri.....	58
6.3. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	81
7. TARTIŞMA	104
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	125
9. KAYNAKLAR.....	129
10. EKLER	139
11. ÖZGEÇMİŞ.....	181

IV. KISALTMALAR

Akt:	Aktaran
Ark	Arkadaşları
ANA	American Nursing Academy Amerikan Hemşirelik Akademisi
ANCC	American Nursing Credentialing Center Amerikan Hemşireler Derecelendirme Merkezi
B.t.	Belirtilmemiş Tarih
HK	Hemşirelik Kanunu
HKD	Hemşirelik Kanununda Değişiklik
HY	Hemşirelik Yönetmeliği
HYDYDY	Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
ICN	International Council of Nurses (Uluslar Arası Hemşireler Konseyi)
ILO	International Labour Organization (Uluslar Arası Çalışma Örgütü)
ISO	Uluslararası Standartlar Organizasyonu
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sağlık Kuruluşlarının Birleşik Akreditasyon Komisyonu
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Miller’ın Hemşirelikte Meslekleşme Çemberi	11
---	----

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 5.1. Hemşire Örneklem Sayısının Belirlenmesi	499
Tablo 5.2. Hekim Örneklem Sayısının Belirlenmesi	49
Tablo 5.3. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	52
Tablo 6.1. Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	55
Tablo 6.2. Sağlık Profesyonellerinin Eğitim Durumu ile Meslek Arasındaki İlişki	57
Tablo 6.3. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı.....	58
Tablo 6.4. Hemşirelik İşlevlerinden Bakım İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı.....	65
Tablo 6.5. Hemşirelik İşlevlerinden Tanı Tedavi İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı	72
Tablo 6.6. Hemşirelik İşlevlerinden Eğitim İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı.....	77
Tablo 6.7. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Ortalaması	81
Tablo 6.8. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Mesleğe Göre Karşılaştırılması.....	82
Tablo 6.9. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 6.10. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Çalışılan Kuruma Göre Karşılaştırılması.....	85
Tablo 6.11. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Pozisyona Göre Karşılaştırılması	87
Tablo 6.12. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	89
Tablo 6.13. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Günlük Bakılan Hasta Sayısına Göre Karşılaştırılması	92
Tablo 6.14. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Meslekteki Hizmet Süresine Göre Karşılaştırılması.....	95

Tablo 6.15. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	98
Tablo 6.16. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Çalışma Biçimine Göre Karşılaştırılması	99
Tablo 6.17. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırılması	101
Tablo 6.18. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutları Arasındaki İlişki	102

1. ÖZET

Bu araştırma sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sağlık profesyonellerinden sağlık bakım sisteminin temel işgücünü oluşturmaları ve aralarında işlevsel etkileşimin yüksek olması nedeniyle hemşireler ve hekimler bu araştırmaya alınmıştır. Amaç doğrultusunda hazırlanan anket formu; 2012 yılında İstanbul’da faaliyet gösteren, Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir tıp fakültesi hastanesi, bir özel hastane olmak üzere toplam üç hastanede görev yapan N=649 sağlık profesyoneline uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerinin ve hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin dağılımında frekans ve yüzde istatistiklerinden, hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin boyut bazında incelenmesinde ortalama, standart sapma istatistiklerinden, hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumunun T testi, tek yönlü Anova ve Scheffe ve Dunnett’s C çoklu karşılaştırma testlerinden faydalanılmıştır. Araştırma sonucunda; “yönetim”, “bakım” ve “eğitim” boyutlarında hemşirelik işlevlerinin daha çok hemşirelerin kararı ile, “tanı ve tedavi” boyutlarında hemşirelik işlevlerinin ise hekim kararı ile uygulanması yönünde bulgular elde edilmiştir. Ayrıca katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinde istatistiksel açıdan farklar olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hemşirelik işlevleri, sağlık profesyonelleri

2. SUMMARY

DETERMINATION OF OPINIONS OF THE HEALTHCARE PROFESSIONALS ON THE FUNCTIONS OF NURSING

This study has been carried out for the purpose of determining the views of the healthcare professionals on the functions of nursing. Only nurses and doctors among all healthcare personnel have been included in this study considering the fact that they make up the basic labor force of healthcare system and that there is a high degree of functional interaction between them. The questionnaire form which has been prepared in line with the purpose of this study has been applied to 649 healthcare professionals who are working in three hospitals in Istanbul in 2012, namely an education and research hospital affiliated to the ministry of health, a hospital of the medical faculty and a private hospital. The data obtained from the survey has been analyzed using SPSS 17.0 program in the computer environment. Frequency and percentage statistics have been made use of for the distribution of the complementary characteristics of the subjects and their views on the functions of nursing while average, standard deviation statistics have been made use of for the examination of the views of the subjects on the functions of nursing on a dimensional basis and finally T test, uni-dimensional Anova and Scheffe and Dunnett's C multi-comparison tests have been made use of in case of the differentiation of the views on the functions of nursing by the complementary characteristics. The findings obtained from the survey showed that the functions of nursing at the "management", "care" and "training" level were implemented rather basing on the decisions of the nurses while the functions of nursing at the "diagnosis and treatment" level were implemented rather basing on the decisions of the doctors. Besides it has been found out that there are statistical differences between the views of the participants on the functions of nursing depending on their complementary characteristics.

Key words: Nursing, functions of nursing, healthcare professionals.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çağımızın toplumsal yapısındaki değişme ve gelişmeler, her meslek üzerinde olduğu gibi, hemşirelik mesleğinde de etkisini işlevleri ve konumu açısından göstermektedir (Velioğlu, 1994). Toplumun belirli gereksinimlerine yanıt verirken uygulamalarını bilgi, araştırma ve deney üstüne temellendirmiş; görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş; etik ahlak kuralları oluşturulmuş ve belirli bir ücret karşılığı yapılan hizmet türüne meslek denilmektedir (Velioğlu ve Babadağ, 1993) Bu bağlamda toplumun sağlık gereksinimlerine cevap vermeyi amaçlayan hemşireliğin görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiştir (Saraçoğlu, 2010).

Yenilenen 6283 sayılı yasa ve yönetmeliğine göre hemşirelik hizmetlerinin kapsamını; Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbi tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri oluşturmaktadır. Ayrıca mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı hizmet kapsamında yer almaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini de kapsamaktadır (HK,1954; HKD 2007; HY,2010; HYDYDY, 2011).

Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verildiği görülmektedir (Kavuncubaşı, 2000; Oktay ve ark.,1994). Sağlık alanında hizmet üreten hastaneler, tıbbi tedavi ve bakıma temel oluşturan bilgi ve beceri ile teknolojik araçlar ve yöntemlerin bir arada tutulduğu matriks yapıda organizasyonlardır. Bu nedenle birden çok profesyonel disiplinin ortaklaşa hizmetine gereksinim vardır. Matriks bir ilişkiler topluluğu içinde kişilerin oynayacağı roller açık bir şekilde belirlenmiştir. Ancak ülkemiz sağlık hizmetlerinde mevcut yapı gözleendiğinde disiplinler arası yetki ve sorumlulukların birbiri içinde, sınırlarının belirsiz olduğu

görülmektedir. (Ataman, 2009; Kavuncubaşı, 2000; Yıldırım, 1995). Uluslar arası Çalışma Örgütü'nün (ILO= International Labour Organization) sınıflandırmasına göre, insan sağlığı ile ilgili sağlık personelinin hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar esas sağlık profesyonelleridir. (Oktay ve ark.1994) Sağlık ekibini oluşturan profesyonellerin tanımlanmış ortak amaçları doğrultusunda belirli rol, görev, yetki ve sorumluluklarını eşgüdümlü olarak yürütmeleri hizmetleri etkin ve nitelikli kılmaktadır (Koçel,2007; Yıldırım, 1988).

Sağlık bakım hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu disiplinler içinde hemşireler, sistemin temel işgücünü oluşturmaktadır (Yıldırım, 2008; Salvage, ed. Ülker, 1995) Hemşirelik hizmetleri personeli iyi yönetildiği zaman etkili verimli hasta bakımı vererek, yönetsel kararları destekleyerek ve hizmet alanlarla olumlu ilişkiler kurarak hastanenin hedeflerine katkıda bulunmakta, hastanenin amaçlarına ulaşmasını büyük ölçüde sağlayabilmektedir. Hemşirelerin bilgi, beceri ve uzmanlıklarının dikkate alınması bu bağlamda yeni yasa ve yönetmeliğin yükümlülüklerinin uygulamaya yansıtılması yapılan araştırmalar sonucunda önerilenler arasında yer almaktadır. (Akkaş, 1994; Altuntaş, 2004; Ayey, 1998; Coşkun ve ark 1993; Demirer, 2001; Kutun, 2011).

Çalışma ortamında sağlık ekibi üyelerinin birbirinin rollerinin farkında olmayışı, bu nedenle işbirliğinin azalması, hekimlerin çoğunun diğer ekip üyelerini kendilerine yardımcı olarak görmesi, hemşirelerin eğitimlerinin standart olmayışı nedeniyle geleneksel rollerinden kurtulamadıkları tatmin edici ekip çalışmasının bulunmadığı görülmektedir (Velioğlu,1994; Özçelik ve ark., 2006).

Hemşirelikle ilgili yasa ve yönetmelikler mesleki uygulamaların güvence altında sürdürülmesini sağlar. Meslek üyelerinin hesap sorma ve hesap verebilme alanlarını belirler. Diğer yandan sağlık hizmeti veren disiplinlerin rol ve sorumlulukları arasındaki karmaşayı ve belirsizliği ortadan kaldırır. Sağlık profesyonellerinin görüşlerinin belirlenmesi, hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi ve hemşirelerin mesleki amaç ve felsefesine uygun işlevleri

gerçekleştirmesine rehber olacaktır (Velioğlu,1994; Yıldırım, 1988; 1995; Özçelik ve ark, 2006).

Bu araştırma hemşirelikle ilgili yasa ve yönetmelikte yer alan işlevlere ilişkin sağlık profesyonellerinin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hemşirelik Mesleğinin Tanımı ve Özellikleri

4.1.1. Meslek Tanımı ve Kavramı

Her insan, içinde doğup büyüdüğü toplumda hayatını sürdürebilmek ve kendini gerçekleştirebilmek için bir meslek sahibi olmak zorundadır (Yüksel-Şahin ve Hotaman, 2009). İnsan hayatının en önemli dönüm noktalarından birisi olan meslek seçimi insan yaşam biçiminin de seçilmesi demektir (Sarıkaya ve Khorshid, 2009). Türk Dil Kurumu sözlüğünde meslek “bir kimsenin devamlı surette üzerinde çalıştığı iş veya fikir alanı” olarak ifade edilmektedir. Meslek; organize olmuş bir toplum tarafından meydana getirilmiş olan bir olgudur (Mızrak ve Şenel, 2011).

Meslek, insanlara yararlı mal ya da hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünüdür (Hisar, 2012).

Meslek “bir bireyin sabit bir gelir akışını elde etmek amacı ile sürekli olarak peşinde koştuğu pazar değeri olan özel bir çalışma, bir iş” olarak tanımlanmaktadır (Alparslan ve Kılıcıgil, 2005).

Meslek; bilgi, özen, güvenilirlik olguları ile bütünleşmiş; iş disiplininin tüm özelliklerini içeren bir uğraş alanı, ekol olup bir kimsenin hayatını, geçimini sağlamak için önceden seçerek, öğrenimini ve eğitimi gördüğü, kendini verdiği, yeteneklerini ortaya koyduğu iş, düşünce ve topluma hizmet alanıdır (Gökgöz ve Zeytin, 2012). Profesyonel kişilerden oluşan, Sağlık Bakım Sistemi içinde yer alan hemşireliğin hizmet hedefi birey ve toplumdur (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Meslek sadece para kazanma, geçimi sağlama yolu değil “bireyin kendini gerçekleştirme” yoludur. “Bireyler diğer çeşitli etkinliklerle birlikte mesleki etkinlikler yolu ile psikolojik gereksinimlerini karşılarlar” (Mucir ve ark., 2012). Meslek bireyin

kendisini ve hayatını tanımlamasında ve adlandırmasında önemli bir role sahiptir. Meslek, bireyin kişiliğini ciddi anlamda etkilemektedir (Baloğlu ve ark., 2006).

Meslek, daha çok, geçim amacıyla sürdürülen ekonomik içerimli bir etkinlikler bütünüdür. Çağrıştırmakla birlikte, yerine getirdiği işlevler itibarıyla, bireysel ve toplumsal açıdan salt ekonomik kazanımların ötesine geçmektedir. Özellikle, toplumsal statünün temel belirleyicileri arasında yer alması, belli bir yaşam stilini yansıtması, toplumsal hiyerarşiyi üreten ve sınıflar arası hareketliliği mümkün kılan ana kaynaklardan biri olması, kişinin olduğu gibi, ailesinin de toplumsal ve mekansal konumlanmasının önemli bir belirleyeni olması ve çeşitli bireysel ve toplumsal gereksinimlerin karşılanmasında yaşamsal bir role sahip olması mesleğin, salt ekonomik sunumlarının ötesinde, çok boyutlu bir toplumsal fenomen olduğunu ortaya koymaktadır (İlhan, 2004).

Her meslek kendisinin, toplumun, doğanın ve hayatın nasıl düşünüleceğine ve bu bağlamda toplumsal politikaların genel çizgilerinin ayrıntılarını bile tanımlamayan kuralları koyabilme yetkisi görür. Bunu yerine getirebilecek güç bir mesleğe diğerinden daha fazla verilmiş olabilir. Bunalım zamanlarında, böyle bir yetki, en saygı uyandıran güçlü meslekler için bile sorgulanabilir (Cirinlioğlu, 1996).

Kişi, mesleği sayesinde maddi kazançların yanı sıra belli bir psikolojik doyum da sağlar. İşe yarama duygusunu yaşar.

Tüm bu tanımlama ve açıklamaların ışığında şu şekilde bir meslek tanımlaması yapabiliriz. Genellikle toplumun belirli bir gereksinimine yanıt verirken, uygulamalarını bilgi, araştırma ve deneyüstüne temellendirmiş; görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş; etik/ahlak kurallarını oluşturmuş; belli bir ücret karşılığı yapılan hizmet türüne meslek denilmektedir (Velioğlu ve Babadağ, 1993)

Meslek ile birlikte kullanılan meslek düzeyi ve alanı kavramlarına da açıklık getirmek gerekmektedir. Meslek düzeyi, mesleklerin gerektirdikleri akademik yetenek düzeyi, formal akademik eğitim düzeyi ve mesleki faaliyetlerin karmaşıklık ve soyutluk

düzeyi açısından hiyerarşik düzeni şeklinde tanımlanmaktadır (Kuzgun, 2000). Meslek düzeyi ile anlatılmak istenen o mesleğin toplumdaki yeri ve prestijidir.

Meslek sosyolojisinde herhangi bir uğraşın meslek niteliklerinin belirlenmesinde tanımlanan nitelikler doğrultusunda meslekler gerçek meslek ve yarı meslek olarak ikiye ayrılmaktadır. Gerçek meslek; kendine özgü bilgiye sahip, hizmetleri ile ilgili bağımsız karar verebilen, meslek standartları ve etik kuralları belirlemede tam otonomi sahibi, daha uzun standart eğitim ile güçlü toplumsal statü ve mesleki kuruluşa sahip olma özelliği taşımaktadır. Yarı meslek ise; kendine özgü bilgiden yoksun, uygulamaları ile ilgili karar verme, meslek standartlarını belirlemede daha az otonomiye sahip olma özelliğini taşımaktadır (Yıldırım, 2008).

Herhangi bir uğraşın mesleksen niteliklerini değerlendirirken belirli unsurlara bakılması öngörülmektedir. Bu unsurlar, bireye hizmet vermekle sonuçlanan özel bir eğitim, hizmet karşılığı özel bir ücret, işle ilgili teknik ve yöntem sorumluluğu, belirli ve uygun standartları empoze edecek mesleki bir kuruluş, tarihsel olaylar ve bilgilerden çok sistematik analiz sonucu uygulamalı araştırma ve deneyle elde edilmiş ve test edilmiş bilimsel bilgi topluluğu toplum tarafından uğraşıya verilen otorite ve uygulama serbestliği olarak ifade edilmektedir. (Yıldırım, 2002; Koçel, 2007)

Mesleği diğer uğraşlardan farklı kılan karmaşık özellikleri ayırmak öncelik taşımaktadır. Bu görüşten yola çıkarak mesleğin bazı önemli özelliklerinin ayırdına varabiliriz.

4.1.2. Mesleklerin Özellikleri ve Ölçütleri

Mesleklerin en önemli özelliklerinden biri toplumun değişmesi ve insanlığın ileriye doğru gitmesinde toplumsal içerikli belirgin bir görev üstlenmiş olmasıdır (Koç ve Sağlam, 2009: 2).

Uzmanlara göre, bazı uğraşlar/etkinlikler/işlerin meslek sayılabilmesi için (onu meslek yapan) bazı genel özellikleri taşıması gerekmektedir. Bu özellikleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Yeşilyaprak, 2012);

- Bir meslek, toplumda kaçınılmaz olan bir gereksinimi karşılar. İnsanların ihtiyaçları açısından gerekli hizmetler sunar.
- Meslek, bireyin sadece kendi doyumunu için değil aynı zamanda başkalarının yararı için de yapılan bir uğraştır.
- Meslek, sistemli bir eğitimle kazanılmış özel bilgi ve becerilere dayalıdır. O mesleği icra edebilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmış olmak gerekir.
- Meslekler, araştırma, tecrübe ve deneylerle geliştirilerek zamanla kendine özgü teknik ve yöntemlere sahip olurlar.
- Mesleğe alınacakları seçerken ve yetiştirirken belli bir standartlar takımının uygulanması gereklidir.
- Mesleklerin toplumca kabul edilmiş etik (ahlaki) değerleri ve ilkeleri vardır.
- Mesleğin yasal olarak (hukuken) tanınması, onu oluşturan iş gruplarının adları ve tanımlarının belirginlik kazanmış olması beklenir.

Mesleklerin değeri topluma verdiği hizmetler ile ölçülür. Bu hizmetler ise, hem o mesleğin üyeleri, hem de hizmeti alacak olanlarca iyi bir şekilde anlaşılmış olmalıdır. Velioğlu ve Babadağ'a göre eğer uğraş grubunun üyeleri kendi aralarında ya da toplum o mesleğin işlevleri hakkında tereddüt içinde ise, meslek eğitimi, ahlak (etiği) ilkelerinde de anlaşmaya varmak mümkün değildir. Toplumda bireylerin gereksinimlerine göre oluşan uğraş alanları birçok aşamadan geçerek meslek haline gelir ve meslekler toplumla etkileşim içerisine girerek içinde bulunduğu toplumun ihtiyaçlarına yönelik hizmet verirler (Eskimez, Öztunç ve Alparslan, 2008).

İş ve meslek kavramının farklı boyutları 1900' lü yılların başlarından beri sosyal bilimciler özellikle sosyologlar ve çalışma sosyologları tarafından ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Bu alanda yapılmış ilk çalışmalardan biri, bir sosyal bilimci olan Abraham Flexner'e aittir (Akt: Korkmaz ve Görgülü, 2010). Meslekleşme ölçütlerini ilk

defa ortaya koyan sosyolog Abraham Flexner'dır. Flexner, Daha çok tıp eğitimi üzerine yaptığı çalışmalarla tıp eğitimine yenilikler getirmiştir. O, 1915 yılında profesyonel statüye ulaşan bir mesleğin ölçütlerini yayınlamıştır (Akt: Göçmen Baykara, 2010). Bunlar;

1. Meslek uygulamalarını, görev tanımları doğrultusunda ve uzun süreli sistematik bir eğitim sonucu elde edilen bilgiye dayanarak gerçekleştirir.
2. Mesleğin, öğrenilebilen, yenilenebilen ve bilimsel yöntemlerle yeniden düzenlenebilen bir bilgi tabanı vardır.
3. Mesleğin üyeleri, uzun süreli mesleki eğitim veren okullardan mezun olmuşlardır.
4. Mesleğin bilimsel bilgiye dayanarak sunduğu hizmet, toplumun refahı için vazgeçilmezdir.
5. Meslek, mesleki kurallarının oluşturulmasında ve mesleki uygulamalarının kontrolünün sağlanmasında özerktir.
6. Meslek, meslek üyesinin entelektüel ve bireysel kazanımlarını artırarak, onu yüceltir. Kişi mesleğini hayatının işi olarak görerek tercih eder.
7. Meslek, meslek üyelerinin mesleki gelişimleri ve ekonomik güvenlikleri ve uygulayıcılarının yaptıkları işlerde özgür olmaları için olanak sağlar.

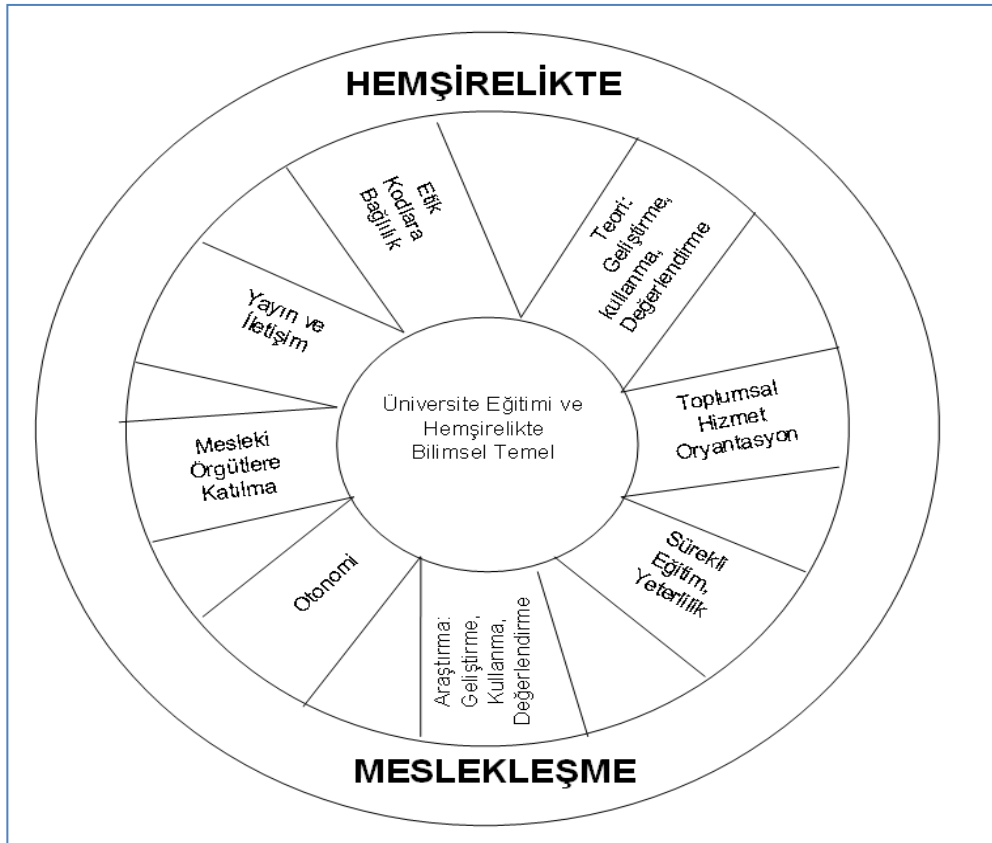
Flexner'ı takiben 1957 yılında Greenwood, 1959 yılında Genevieve ve Roy Bixler profesyonellik ölçütlerini belirlemişlerdir. Genevieve ve RoyBixler 1959 yılında hemşireliği kendi orijinal 7 ölçütüne göre değerlendirmişlerdir. Bu ölçütler; mesleki özerklik, eğitim düzeyi, bilgi birikimi, meslek üyesini cezbetme, ekonomik güvence, mesleki gelişime fırsat vermedir (Göçmen Baykara, 2010).

Povalko 1971 yılında bir işin meslek sayılabilmesi için uyması gereken 8 ölçütü; bilgi yükü, toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantı, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, bağımsızlık, sosyallik, meslek ahlakı, mesleğe bağlılık olarak belirlemiştir ve bir profesyonelin yaptığı işin ve yarattığı etkilerin sınırlarını çizmenin kolay olmadığını vurgulamıştır. Meslek ölçütleri ile ilgili daha yakın zamanda yapılmış bir diğer çalışma

ise Kelly'e aittir. Chitty' nin bildirdiğine göre Kelly, Flexner' in ortaya koyduğu ölçütleri geliştirerek 1981 yılında yayımlamıştır (Akt: Korkmaz ve Görgülü, 2010).

Miller, 1988 yılında hemşireliğe özel, “Hemşirelikte Profesyonellik Modeli” adlı bir model geliştirilmiştir. Bu modeli bir tekerlek şeklinde biçimlendirilmiştir. Miller'in modeline göre meslektaşının ölçütleri; eğitim ve öğretim, teorik bilgiye dayanan beceri, etik kurallara ve bir mesleki örgüte sahip olunmasıdır. Daha sonra bu ölçütler yeniden düzenlenmiş ve geliştirilmiştir. Düzenlenen bu ölçütler, aşağıdaki Miller çemberi olarak adlandırılan şekildeki gibidir (Göçmen Baykara, 2010).

Miller Çemberi'nde dikkati çeken en önemli nokta, üniversite eğitiminin ve bilimsel temelin meslektaşma sürecinde merkezde olması ve özerkliğın de ölçütler içinde yer almasıdır.



Şekil 4.1. Miller'in Hemşirelikte Meslektaşma Çemberi

Kaynak: Göçmen Baykara, 2010

Meslek ölçütleri, meslek üyesinin özellikleri açısından incelendiğinde; meslek üyesinin, mesleğini isteyerek yapması ve yaşamının herhangi bir döneminde mesleğini değiştirmemesi, otonomi, özdenetim, kişisel sorumluluk ve eleştirel düşünme v.b. özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özelliklerin hepsi hemşirelik felsefesi ışığında hemşirelerin sahip olması gereken özelliklerdir. (Kaya ve ark., 2009).

4.1.3. Meslek Ölçütleri Işığında Hemşirelik

Meslek seçimi kararının, doğru ve yerinde olabilmesi için, kişinin ne istediğini ve neleri yapabileceğini iyi bilmesi gerekmektedir. Hemşirelik gibi insan sağlığını doğrudan ilgilendiren mesleklerin seçiminde de bu özellikler büyük önem taşımaktadır (Ünlü, Özgür ve Babacan Gümüş, 2008).

Hemşirelik mesleğinin tarihsel sürecine göz atıldığında, en ilkel toplulukların yaşadığı çağlardan, teknolojik ve modern gelişmelerin birbirini takip ettiği günümüze kadar her devirde hemşireliğin bulunduğu ve her devrin insanları için önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Başlangıçta sadece hasta bireylere hizmet verme, kendini dini kutsalları uğruna feda edercesine dinsel bir görev sayma ve sonraları hekim yardımcısı ile özdeşleşen hemşirelik, bilimsel ve çağdaş yaklaşımlarla profesyonel bir meslek olarak anılmaktadır. Artık günümüzde, sağlık bakım profesyonellerinin birbiri için değil, hizmet ettikleri insan için var oldukları anlayışı kabul edilmiştir.(Adıgüzel, Tanırverdi ve Sönmez Özkan, 2011).

Florence Nightingale’le başlayıp hemşirelik uğraş alanını ve eğitimin bir sistem, ilke ve yasalar çerçevesinde örgütleyerek geliştirmek ve ona bilimsel bir kimlik kazandırmak çabası günümüzde de sürmektedir (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Hemşirelik mesleğine büyük katkıları olan Virginia Henderson hemşireliğe; “hemşirenin temel amacı, hasta olsun olmasın bireyin eğer yeterli gücü, arzusu veya bilgisi olsaydı yardım almadan da yapabileceği, sağlığa ve tedaviye (ya da huzurlu bir ölüme) katkıda bulunan faaliyetlerin yapılmasına yardım etmektir” şeklinde tanımlanmaktadır (Aslankoç, Öztürk ve Yıldırım, 2001).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Counsel of Nursing-ICN), Hemşireliği ‘‘ bireyin ve ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasına katılır. (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000: Türgay, 2012).

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu ise 1981 yılında hemşireliği şöyle tanımlamıştır; ‘‘Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir’’.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) profesyonel hemşireyi ‘‘ileri derecede kompleks, karmaşık ve sorumluluk yüklü fonksiyonları üstlenebilmek için gerekli olan belirli eğitime öğrenime sahip kişi olarak tanımlamaktadır (Türgay, 2012)

Hemşirelik bağımsız düşünme, yaratıcılık, yeterlilik gibi pek çok niteliği gerektiren bir meslektir. Meslekte profesyonelleşmeye doğru toplumun beklentilerinde değişmeler, hemşirelik mesleğine ve eğitimine artan ilgi, hizmetlerde, hemşirelik bakımı ve eğitiminde kalitenin gereğini zorlamaktadır (Khorshıd, Eşer, Zaybak, Güneş ve Çınar, 2007).

Günümüzde hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda iyileştirmek amacına yönelik bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak insanlar arası ilişkilere dayanan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Çınar ve ark., 2011). Mesleklerin en önemli özelliklerinden biri de, toplumun değişmesi ve insanlığın daha iyiye doğru gitmesinde toplumsal içerikli ve belirgin bir görev yüklenmiş olmalarıdır. Mesleklerin meslek olma niteliği kazanmasının en önemli ölçütü, toplumun gereksinimlerine verdiği yaşamsal hizmetlerdir (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Hemşirelik mesleği sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunda iyileştirme gibi önemli sorumluluklar yüklenen bir meslektir. Bu sorumlulukların yerine getirilebilmesi, hemşirelik mesleğini yürütecek kişilerin mesleği isteyerek seçmesi, mesleğin toplumdaki saygınlığı için mesleğe sahip çıkması ve eğitimi süresince aldığı bilgi ve geliştirdiği becerilerini en iyi şekilde uygulama çabası içinde olması gerekir (Özpancar, Aydın ve Akansel, 2008).

Hemşirelerin daha kapsamlı bilgi edinmeleri, bakım deneyimlerini zenginleştirmeleri, teknolojiyi kullanabilmeleri ve hemşirelik amaçlarını değerlendirerek hastaya bu karmaşık sistem içinde destek olmaları kaçınılmazdır. Dolayısıyla hemşirelik eğitiminin de bu doğrultuda yenilenmesi zorunludur. Çünkü hemşirelik hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesinde eğitimin önemli bir yeri vardır. Hemşireliğin eğitimi ve yasal sorunları gelişmiş ülkelerde çoğunlukla iyileştirildiği halde, ülkemizde hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında kalite arayışları devam etmektedir (Sabancıoğulları ve ark., 2012).

Mesleklerin alanı içine giren olgularla ilgili standartları saptamak ve devam ettirmek ve geliştirmek kendi sorumluluğudur. Meslekler bu sorumlulukları en iyi biçimde, tüm meslek üyelerini temsil eden meslek kuruluşları yolu ile gerçekleştirirler. Meslek kuruluşları, halkın sağlığını korumak, hemşirelerin daha etkin meslek üyesi olmalarına yardımcı olmak ve kendi ulusuna olduğu kadar, dünya uluslarının daha iyi sağlık bakımı görmelerini sağlamaktır. Ülkemizde de hemşirelik meslek örgütü olarak Türk Hemşireler Derneği faaliyetini sürdürmektedir (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Avrupa Bölgesi'nin 32 Üye Devletinden hemşirelik temsilcileri 1988 yılında Avusturya'nın Viyana kentinde Avrupa Hemşirelik Konferansı için bir araya gelerek geleceğin hemşiresi vizyonunu açık bir şekilde belirlemişlerdir. Bu vizyon gücünü, temelde hemşireliğin meslekleşme sürecini tamamlaması gibi dar bir amaç üzerine değil, hemşireliğin insanların sağlığının daha iyiye gitmesine sağlayacağı katkı gibi geniş bir anlayış üzerine oturtmuş olmasından almaktadır. Bu vizyon, 1981 yılında toplanan Otuz dördüncü Dünya Sağlık Asemblası' nde kabul edilen dünya çapında 2000 yılına kadar herkese sağlık etkinliği üzerine kurulmuştur. Alma- Ata Deklarasyonu ile

de üye devletler herkese sağlık hedefi doğrultusunda kendi ulusal stratejilerini belirlemiş ve daha sonra bölgesel ve dünya çapında stratejiler oluşturulmuştur. Bütün bu olaylar Hemşirelikte Eylem Projesinin geliştirilmesine yol açmıştır. Projenin amacı halkın gereksinimlerine daha uygun hizmetler sunacak hemşirelikte eğitim programları geliştirilmesi ve hemşireliği çekici ve doyum sağlayıcı bir meslek haline getirmektir (Ülker, 1995).

Toplumla meslek grupları arasında bir toplumsal sözleşme vardır. Bu sözleşmeye göre toplum, toplumsal açıdan yaşamsal önem taşıyan işlevler konusunda meslek gruplarına yetki verir ve işlerini yürütmeleri için gereken bağımsızlığı onlara tanır, meslek gruplarının da sorumluluk bilinci içinde, kamu güvenini sarsmayacak biçimde davranmasını beklemektedir. Toplumla meslek grupları arasındaki bu ilişkinin temelinde yatan ise nitelikli hizmetin güvencesi olan öz-denetimdir. Bu sözleşmeyi Ralph hemşirelik bazında değerlendirerek toplumun hemşireden beklentisini üç temel noktada toplamaktadır. Toplumun ilk beklentisi eğitim, uygulama ve bakım alanına güvenilir bir standart getirmesidir. İkinci beklentisi ise hizmet ve bakım verirken hastaların gereksinimlerinin karşılanmasının özveriyle sağlanmasıdır. Hemşirelik meslek grubunun beraberlik ruhu ve sorumluluk bilincinde hareket etmeleri ise üçüncü beklentidir. Sözleşmenin dürüst ve bağlayıcı olması bakımından topluma da meslek grubuna karşı görev düşmektedir. Nitelikli hemşirelik eğitim sistemi ile mesleki gelişimin sürekliliğini sağlayacak bir alt yapı oluşturmaktır. Meslek grubuna güven duyulması, standartlarını ve gelişimini düzenleyeceği yetkinin verilmesidir (Salvage, ed. Ülker, 1995).

Toplumun sağlık bakım sisteminde etkin rol alma amacı içinde hemşireliğin, temel eğitiminin üniversite programları ile uygulanması, hemşirelik hizmetlerini geliştirmek üzere programların planlanması araştırma ve incelemeler yapılması, mesleksi işlev ve standartlarının geliştirilmesi ve bunların profesyonel hemşirelik işlevlerine etkin bir biçimde aktarılmasını sağlayacak değişim planlarını temel esaslar üzerine yerleştirmesi kaçınılmazdır (Yıldırım, 2001).

4.2. Sağlık Bakım Sisteminde Hemşirenin Rol ve İşlevleri

Sağlık sisteminde hemşirenin rol ve işlevlerini, rolün tanımı ve hemşirelik rol ve işlevleri olmak üzere iki başlıkta incelemek mümkündür. Bu başlıklara ilişkin ayrıntılı bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

4.2.1. Rol Kavramı ve Tanımı

Rol kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Morgan; “belirli bir konumda yer alan ya da belirli bir fonksiyonla görevlendirilen kişiden beklenen davranış” olarak tanımlar. Tanımda sözü edilen beklenti terimi, belirli bir konumda yer alan kişi tarafından ya da bu kişinin rolü ile ilişkili olan diğer kişiler tarafından role atfedilen davranışsal gereklilikleri ifade etmektedir. Sosyologlar ise rol kavramını, kişiye toplum tarafından empoze edilen bir davranış değil aksine kişinin çevresindeki normları ve değerleri, kendi perspektifinden algılaması olarak tanımlamaktadır. Rolü yaratan toplum değil, bireyin kendi ilgi ve algısıdır (Topuz, 2006).

Rol; “belirli bir konumda yer alan ya da belirli bir fonksiyonla görevlendirilen kişiden beklenen davranış” olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, Köroğlu ve Alper, 2012).

Rol, kişinin sahip olduğu sosyal statü veya çeşitli kurumlar içerisinde bulunduğu konum gereği kendisinden göstermesi beklenen davranış örüntüsü, bir sosyal pozisyonu işgal eden bir kişinin davranış biçimlerinin toplamı, belirli bir grup veya örgüt içinde belirli bir yer tutan kişiden diğerleri ile olan ilişkilerinde beklenen faaliyet kalıpları ve davranışlar, mevcut normlardan kaynaklanan beklentilere sahip pozisyon, bireyin kişiliğiyle sosyal sistemin yapısı arasındaki birleşme noktası, bireyin bir toplumun üyesi olarak icra edebilme kapasitesi içindeki normatif beklentiler sistemi olarak tanımlanmaktadır (Eken, 2006).

Rol; insanların bir kişi ya da bir gruptan bekledikleri çeşitli davranışları ifade eder. Bireyin zel hayatında ve iş hayatında yerine getirilmesi beklenen pek çok davranış kalıpları vardır ve belli bir rolün kapsamı, bir takım normlarla önceden belirlenmiştir. Birey zel yaşamında ve iş yaşamında kendisine yüklenen rolünün gereği olan beklentileri yerine getirmekle görevlidir. Evinde bir eş, bir baba, içinde bir memur, şef ya da sendikanın bir yesi olabilir. Rol, bireyin sosyal bir sistem içerisinde statüsünü ve buna eşlik eden haklar, yükümlülükler ve sorumlulukları yansıtmaktadır (Yrkoğlu, 2008).

Rol, başkalarının bir çalışandan beklediği ve istediği işlem ve eylemlerdir. Rolün görevden ayrılan temel yönleri şoyledir: Rol için yapılan işlem ve eylemlerin bazıları çalışanın görevi ile ilgili olmayabilir; çalışandan rol bekleyenler kendi üstlerinden başkası da olabilir. Oysa görev için yapılan işlem ve eylemlerin tümü, örgütün amaçları içindir. Bu işlem ve eylemlerin yapılması da yasal belgelere dayalı olarak çalışanın üstleri tarafından istenir (Ceylan ve Ulutürk, 2006).

Rol belirsizliği ise; bireyin görev yetki ve sorumluluklarının iyi tanımlanmamış olması ve bireyden beklenen görev ile ilgili davranışların açık olmaması, bir işi yapmak için gerekli olan bilgi noksanlığından, yetersiz eğitimden, zayıf haberleşmeden, bilginin iş arkadaşı ya da yönetici tarafından yanlış aktarılmasından veya saklanmasından kaynaklanır (Yeşilyurt, 2009, Güney, 2011).

Yapılan araştırmalar hemşirelerin en yüksek düzeyde rol belirsizliği yaşayan meslek gruplarından biri olduğunu göstermekte, hemşirelerin görev tanımlarının yeterince açık olmayışı, rol belirsizliği yaşamalarına neden olmakta, birçok görev arasında bocalayan hemşirelerin zaman yetersizliği nedeniyle kendilerine ait hemşirelik işlevlerinden ve hasta bakımından uzaklaşmalarına, her iş için kullanılabilecek yedek iş gücü olma durumunda kalmalarına neden olmaktadır (Yeşilyurt, 2009).

Hemşirelerin rol ve işlevleri uzun yıllar yasal olarak tanımlanmadığı için, çeşitli karışıklık ve güçlükler yaşanmıştır. (Yüzer, Alıcı ve Yiğit, 2008).

4.2.2. Hemşirelik Rol ve İşlevleri

Hemşirelik mesleğinde rol, başkalarının ya da içinde yaşadığımız toplumun hemşireden beklediği davranış biçimlerinin ve tutumların tümüdür. Bu roller, bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklik gösterir. Değişim rolün özelliği, işlevi, bireyin ve toplumun kültürel yapısı ile yakından ilişkilidir(Özer, 2003).

Bu gün hemşirelik, hasta için tüm sağlık ekip üyeleri ile birlikte çalışan, ekip içinde kendine ait özel görevleri olan özel eğitim gerektiren profesyonel bir meslektir. Dünya Sağlık Örgütü (World of Health Organization- WHO) 1993 yılında bir yayınında hemşirelerin işlevlerini dört ana başlık altında toplamıştır. Bunlar:

- Hemşirenin birinci işlevi, koruyucu, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla bireye/ hastaya, aileye ya da topluma hemşirelik bakım hizmetlerinin götürülmesi ve bu hizmetlerin yönetimidir.
- Hemşirenin ikinci işlevi, hastalar ya da hizmet sunanlar ile sağlık bakım personelinin eğitilmesidir.
- Hemşirenin üçüncü işlevi, sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmaktır.
- Hemşirenin dördüncü işlevi, eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesidir (Türgan, 2012).

Bugün, hemşirelik mesleği, değişen ve artan rolleri, sorumlulukları ile yalnızca hastane ortamında uygulanan bir meslek değildir. İnsanın var olduğu her ortamda, farklı rol ve sorumluluklara sahip olan bir meslektir (Ericson,2012).

Hemşireliğin geleneksel rolden çağdaş role geçişini etkileyen faktörler; bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, demografik değişiklikler (göç, nüfus artışı, işsizlik), tüketici hareketleri (hasta hakları, kaliteli bakım alma isteği), sağlığı geliştirme (genetik araştırmalar, morbidite, kronik hastalıklar daha geç yaşlarda ortaya çıkarken korunma

önem kazanmıştır) kadın hareketleri, etik ilkelere verilen önemin artması gibi değişimlerdir (Türgay,2012).

Hemşirenin temel işlevi hasta ya da sağlam bireye yardım etmektir. Hemşirelik bakımının özünü oluşturan bu yardım, sağlıklı bireyin sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşturulmasına yönelik etkinlikleri içermektedir (Çetin, 2008).

Hemşirelik uygulamalarına yeni anlayış kazandıran, bakım odağının genişlemesi hemşirelik uygulamalarını hasta bireyden sağlıklı birey ve ailesine doğru kapsamını genişletmiştir. Günümüzde hemşirelik uygulamalarının hedefi hastalıktan koruma, sağlığı geliştirme, danışmanlık, rehberlik gibi rollere odaklanmıştır. Modern hemşirelik bakımı yalnızca fiziksel bakımla sınırlı olmayıp bireyi tüm boyutları ile ele alan holistik bakımı temel almaktadır (Türgay,2012).

Kuramsal olarak incelendiğinde, hemşirenin rolleri; uygulayıcı, eğitici, araştırmacı, yönetici, koordinatör ve savunucu rolü gibi oldukça kapsamlı işlevleri içermektedir. Bu rollere ilişkin ayrıntılı bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

4.2.2.1. Uygulayıcı Rolü

Hemşireler bakımın üreticisidirler. Hasta bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal güvenci iyileştirmeye yardım eder. Durumun birey ve aile üzerindeki fiziksel, psiko-sosyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur. Hemşirenin en eski görevi olan bakım işlevinin, çağdaş uygulayıcı roldeki farkı, bakımla ilgili kararları hemşirenin vermesi, bakımla ilgili uygulayıcı rolünde bağımsız olmasıdır (Erdemir 1998).

Bu rolün kapsamında yer alan bakım işlevine hemşire, birey ve ailesinin gereksinimlerine uygun, bütüncül bir anlayışla sağlık bakımına karar vererek, planlayıp uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir. Hemşire uygulayıcı rolünde bağımsız olarak bakımla ilgili kararlar verebilir. Hemşire, işbirlikçi, yarı bağımlı, destekleyici ve bağımlı veya bağımsız olarak hemşirelik kararları vererek uygulayıcı rolünü gerçekleştirebilir. Uygulayıcı rolünde sağlık Bakımı Sistemine katılım payını

yükseltebilmek için onun, otonomi, otorite, güç, mesleki ve kişisel, bütünlüğü sağlayacak haklarda iddiacı olma niteliklerini taşımalıdır . (Oltuluoğlu, b.t.).

Hemşire aşağıdaki işlevler çerçevesinde uygulayıcı rolünü yerine getirir;

Değişim Ajanı: Yanlış ya da eksik sağlık uygulamalarını değiştirme, yeni sağlık davranışları kazandırma.

Danışmanlık: Uzmanlık alanı içinde birey, aile ve topluma danışmanlık yapma, yol gösterici olma.

Uzmanlık: İleri düzeyde bilgi ve beceri gerektiren alanlarda uzmanlaşma. Örneğin; Ameliyathane Hemşireliği, Diyaliz Hemşireliği gibi.

Koordinatörlük rolü: Birey, aile ve sağlık ekibi arasında iletişim ve işbirliği sağlama. Açık ve uygun iletişim etkili hemşirelik uygulamalarının temelidir. Hemşire bakım verirken, rehabilitasyon, eğitim ve hastanın korunmasında iletişim becerilerine sahip olmalıdır.

Hasta Haklarını Savunma: Hasta ve hasta yakınlarının bilgi alma, red etme ya da kabul etme gibi haklarının korunmasını sağlama (Türgay, 2012).

4.2.2.2. Eğitici Rolü

Hemşire, hasta ve ailesinin bu deneyimlerinden bir anlam bulmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Öğretim bireye ve duruma özgüdür. Hemşire hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramlar ve gerçekleri açıklar. Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımlarını sağlar. Öğrenmeyi destekler ve gelişimi (davranış değişikliğini) değerlendirir (Erdemir, 1998).

Hasta eğitimi, sağlıkla ilgili sorunların giderilip sağlığın geliştirilmesini ve bireyin sağlıklı yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerini kazanmasını sağlayan dinamik bir süreçtir. Bu süreçte hasta, hasta ailesi/yakınları, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri yer alır. Fakat hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan, sağlıklı/hasta bireyle sürekli etkileşim içinde olan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle hemşireler sağlık eğitiminde önemli role sahiptirler (Avşar ve Kaşıkçı, 2009).

4.2.2.3. Araştırmacı Rolü

Araştırmalar, hemşirelikte bilimsel bilginin artması ve mesleki kimliğin kazanılmasında temel bir etmendir. Hemşire, bilimsel araştırma ve eleştirel düşünme yolu ile hemşirelik uygulama alanlarının geliştirilmesini sağlar. Bu işlevini gerçekleştirmek için uygun çalışma yöntemlerini belirler; mesleki bilgi ve becerinin artırılmasına yönelik araştırmalar planlar ve planlanan araştırmalara katılır. Hemşire araştırma yaparken veya bir araştırmaya katılırken araştırmalara rehberlik yapacak kültürel, ahlaki ve mesleki standartlara uygun davranır. Araştırma sonuçlarını eleştirel bir tutumla yorumlar; araştırma sonuçlarını yayınlayarak sağlık profesyonelleri ile paylaşır. Hemşireler, mesleğin gelişimini hızlandırmak için araştırmalar yapmalı ve araştırmalara katılma sorumluluğunu hissetmelidirler (Ergün ve ark., 2010).

Hemşireler hemşirelik disiplinleri çerçevesinde bağımsız olarak araştırmacı rolünü üstlenerek kuramsal çalışmalar ve alan araştırmaları yürütürken, bir yandan da klinik ve laboratuvar araştırma ekipleri içinde yer almaktadırlar. Hemşireler kendi alanlarına özgü araştırmalarda tamamen bağımsız olduğu halde, ilaç araştırmalarında ve diğer klinik çalışmalarda sorumlu araştırmacı konumundaki diğer sağlık profesyonellerine bağımlıdırlar. Çalıştıkları kliniklerde yürütülen araştırmalara çoğunlukla imzaları yer almaksızın hatta bazen haberleri bile olmaksızın dahil olan hemşireler, farklı klinik alanların bilgi birikimine isimsiz-gizli katkılarda bulunmaktadır. Bu durum araştırma etiği açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hemşirelik kuramsal araştırmalarını, hasta bakımıyla ilgili olanlar, diğer hemşirelik rolleriyle ilgili olanlar ve toplum sağlığıyla ilgili olanlar biçiminde üç ana kategoriye ayırmak olanaklıdır (Bafra, Yıldırım ve ark., 2006)

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sık kullanılan kanıta dayalı sağlık bakımı hemşireliğin araştırmaya dayalı bir meslek olma zorunluluğunu vurgulamaktadır. Hunt'a (1996) göre, hemşirelerin kullanılabilir/yararlı sonuçlar ortaya çıkaramamaları, uygulayıcıların sorunlarına yönelik çalışmamaları, araştırma sonuçlarının değerine sağlık bakımı ekibi üyelerini, diğer disiplinleri ve güç odaklarını ikna edememeleri/inandıramamaları, yenilik değişimlerinin başlatılması ve kabul edilmesi için gereken isteği ve hareketi yaratamamaktadır ve sonuçta gerek profesyonelliğe ve

gerekse profesyonel otoriteye ulaşma hareketi gerçekleşmemektedir (Kara ve Babadağ,2003).

Hasta bakımı ile ilgili araştırmalar aşağıda belirtilen konu ve alanları kapsayabilmektedir (Taylan, 2009):

- Hemşirelik bakımının fiziksel rolü ile ilgili araştırmalar, hemşirelik işlemlerinin incelenmesi.
- Hemşirelik uygulamalarının yerel niteliğine ve klinik özelliklere bakmaksızın hemşireliğe özgü temel işlevlerin açıklanması.
- Hastanın karşılanmayan gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasına yönelik incelemeler.
- İşbirliği yapmayan hastalarla ilgili incelemeler. Hastaneye kabul koşullarının incelenmesi ve bilhassa bu işlemin, hemşirenin yeni hasta ile ilişkisini etkilemesi yönünde araştırılması.
- Herhangi bir hasta bakımı sorununda etmen olan “faktörler kümesi”nin analizi.
- Hemşirelerin ve hastaların hemşirelik faaliyetlerini algılamalarının araştırılması.
- Sağlık hizmetlerinde yeni akımların araştırılması.

Diğer hemşirelik rolleri ile ilgili araştırmalar aşağıda belirtilen konu ve alanları kapsayabilmektedir (Taylan, 2009):

- Kuramsal olarak rol ve rol ilişkileri.
- Rol çatışmaları ve bunların kuramsal uygulamalara etkileri.
- Rol beklentileri ve rol performanslarındaki çatışmalar.
- Sağlık ekibinin üyeleri ile birlikte çeşitli roller arasındaki çatışmalar.
- Hemşirenin oynadığı gerçek rolle ideal rol arasındaki çatışmalar.
- Hemşirelik öğrencisinin eğitiminde hekimin rolü.
- Hemşirelik eğitimi ve hemşirelik hizmetlerinin rolü.
- Hemşirelik eğitimi ve hemşirelik hizmetlerinin rol beklentileri.
- Hemşirelik hakkında halkın rol beklentileri.

Toplum sağlığı ile ilgili araştırmalar aşağıda belirtilen konu ve alanları kapsayabilmektedir (Taylan, 2009):

- Uygulamaların eleştirisel analizlerine yönelik araştırmalar.
- Hastanelerdeki bugünkü alışkanlık, uygulama ve geleneklerin betimlenmesi.

4.2.2.4. Yönetici Rolü

Hemşirenin yönetici rolü, sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyona yönelik olarak bireylere, ailelere ve gruplara bakım hizmetinin sağlanmasıda bireysel-sosyal ekonomik kaynakları yönetmek ve etkili kılmak; kurumu bireye karşı bireyi de kuruma karşı temsil etmek; hastane ve hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından hemşirelik bakımını geliştirmek üzere yapılan her türlü faaliyete katılmak şeklinde tanımlanmaktadır. Hemşire yönetim hizmetlerinde (Erdemir, 1998);

- Sorumluluğu doğru kişiye-doğru zamanda delege eder.
- Diğer personeli denetler.
- Uygulama ortamındaki kaynakları yönetir/ etkili kullanır.
- Bireysel kaynakların etkili kullanımını sağlar.
- Aktiviteleri koordine eder.
- Sağlık kurumunu bireye (hastaya) bireyi de kuruma karşı temsil eder.

4.2.2.5. Koordinatör Rolü

Koordinatör rolü; komite ekibinin koordinasyonu, sağlık çalışanlarına yönelik sağlık eğitimi, hastane yönetimi ile sağlık sendikasının ortak yürüteceği işlerin planlanması ve yürütülmesine önemli bir işleve sahiptir (zkan ve Emiroğlu, 2006).

4.2.2.6. Savunucu Rolü

Savunuculuk; hastanın sorunlarını ele almayı, hastanın sağlık ekibine kendi durumu ile ilgili soru sormasını, sağlık ekibi üyelerine de hastaya zaman ayırma

konusunda uyarıda bulunmayı öğretir. Savunuculuğun ilk amacı, bireyi/hastayı bağımsızlaştırmaktır. Bağımsızlığı sağlamak için bireyi/hastayı içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararlarda desteklemek, bireyin/hastanın çıkarını korumak ve güvenlik altına almak önemlidir. Savunuculuğun ikinci amacı; sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı, denetimli, haksızlıkların üzerine giden ve ilgili hale getirmektir (Ardahan, 2003).

Savunuculuk rolü ile hemşire, yaşlıyı bilgilendirme, karar vermesine yardım etme, gerektiğinde sözcülük yapma, tanı ve tedavilerin yan etki ve komplikasyonlarından koruma gibi görevleri yerine getirir. Hemşirelerin savunucu rolü kapsamında; bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır (Samancıoğlu ve Karadakovan, 2011).

4.2.3. Sağlık Sisteminde Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı

Ekip çalışması kurumlar açısından rekabet üstünlüğü kazanmaya ve müşteri memnuniyeti sağlamaya yönelik çalışma düşüncesinin temelini oluşturmaktadır. Ekip çalışmasına dayalı bir örgütsel yapı genellikle yetki taleplerindeki daha geniş çalışma rollerine ilişkindir. Bunun arkasında yatan temel mantık genellikle daha esnek bir kurum yaratarak müşteri ile daha yakın bir işbirliği oluşturulmasıdır (Gard, Lindstrom, Dallner, 2003).

Ekip çalışması kavramı yapılacak işin niteliğine göre, belirli hedef ve yöntemler göz önünde bulundurularak, sıkıca kenetlenmiş bir eylem grubunun karakteristiği olan, koordine edilmiş ve etkin şekilde eşgüdümlemiş faaliyet ifade edilmektedir (Atasoy ve ark., 2011; Özdemir, 1999).

Sağlık kurumlarında tanımlanan ortak amaçlar doğrultusunda, belirli görev, sorumluluk, yetki ve farklı rollerdeki sağlık disiplini üyelerinin, sistematize ve planlı işbirliği ile birey ve topluma doğrudan ve dolaylı etkin ve nitelikli hizmet dağılımını sağlamasına sağlık ekibi hizmeti, bu hizmeti verenlere de sağlık ekibi denir. Ekip

alışması ortak bir hedef çerçevesinde uzmanlıklarını birbirleriyle paylaşmak için bir araya gelmiş olan ve her biri belirli bir bilgi ve beceri taşıyan üyelerin oluşturduğu grupların yaptığı çalışmadır. (Sarp, 1993).

Sağlık alanında görevli meslek gruplarının görev tanımları Uluslar Arası alışma Örgütü'nün (ILO= International Labour Organization) sınıflandırmasına göre, hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar esas sağlık profesyonelleridir. Sağlık alanında çalışan 40'dan fazla meslek grubu vardır. (Oktay ve ark.1994). Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesinin ve işlevsel bağımlılığın çok yüksek olması, yapılan işlerin karmaşık, değişken, ertelenemez, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlı ve toleranssız olması ekip çalışmasını gerektirmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Pek çok ülkede ekip çalışması vurgulanmaktadır. Örneğin İngiltere, hasta ihtiyaçlarını karşılamak ve değişen sağlık politikalarının taleplerini sağlamak için ekip çalışmasına siyasal alanda büyük önem vermektedir. İngiltere' de bu yaklaşım Ulusal Sağlık Hizmeti için yönetimi modernleştirme gündeminin kaçınılmaz bağlantısıdır (Scholes, 2002). Amerika' da Amerikan Hemşireler Birliği ve Sosyal Hizmetler Uzmanları Birliği etik kodlarında ekip çalışmasının gerekliliği vurgulanmaktadır(Leipzig,2002). Galhotra ve diğerleri, 2005 yılında Amerika Birleşik Devletleri' nde 300 hemşire ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %93' ünün ekip çalışmasının hasta bakımını geliştirdiğini ve % 84' ünün ekip çalışmasının hemşirelerin çalışma ortamını geliştirdiğini hissettiklerini belirtmişlerdir (Galhotra, 2006)

Lingard ve arkadaşlarının, 2002 yılında Kanada' da, 52 ekip üyesini içeren araştırmalarında ekip üyelerinin diğer ekip üyelerinin rollerini basitleştirmeye yöneldikleri ve yanlış anlam verdikleri belirtilmiştir(Lingard at all, 2002). Wicke ve Coppin, 2004 yılında İngiltere' de yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin ekip çalışmasını arzu ettiklerini fakat nadiren başarabildiklerini belirlemişlerdir (Wicke, 2004).

Sağlık hizmetleri kuruluşlarında sürekli olarak değişim ve gelişmeler yaşanmaktadır (Gayef, 2006). Sağlık alanında disiplinler arası ekip çalışması son

yıllarda giderek önem kazanan bir kavram olmuştur. Ekip çalışması, tüm sağlık kurumlarında, özellikle de hastanelerde, hasta ve yaşlıların bakıldığı, disiplinler arası etkilerinin fazla olduğu kurumlarda önemli bir konudur (Karahan, 2008). Sağlık meslekleri üyeleri arasında hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmayı öngören anlayıştır (Coşkun, 1996; Moroğlu, 2007).

Sağlık kavramının çok boyutluluğu ve sağlık hizmetlerinin disiplinlerarası bir işbirliği oluşu ekip yaklaşımını gerektirir. Ekibin uyumu ve başarısı ise, ekipteki her üyenin rol ve işlevlerinin tanımlanmış ve tanınmış olmasına, ekipteki her üyenin kendi rol ve işlevlerini en üst düzeyde yerine getirebilme yeterliliğine ve olanağına sahip olmasına bağlıdır. Oysa hastanelerde hala görev tanımı eksikliği yaşanmaktadır (Aslan, 2004). Tanrıverdi 2006 yılında gerçekleştirdiği hekim ve hemşirelerin ekip hizmetini algılama durumu konulu araştırma sonucunda ekip hizmetini algılama durumunun olumlu tablo çizmediğini her iki grubun olumsuz algısında yürütülen sağlık hizmetinin özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde, ekip çalışmasının uygulanabilmesi için hastane liderinin, komitelerin spesifik hedeflerini bilmesi gerekmektedir. Bu sebeple, ekibe sadece üst yönetim değil tüm personel dahil edilmeli ve personellerin komiteye aktif katılımları sağlanmalıdır. Çünkü, üst yönetim veya denetici kendi rollerinde kolaylığı sağlamaya yönelecektir. Yalnızca yöneticilerden oluşan bir komite, planlama, organize etme ve koordinasyonu sağlayabilir, fakat spesifik işlerin yapılmasında sorunlarla karşılaşılabilir (Karahan, 2008).

Disiplinler arası ekip karakterini taşıyan bir topluluğun kurulabilmesi için aşılması gereken engelleri şöyle sıralayabiliriz:

Eğitim: Sağlık bakımından sorumlu meslek üyelerinin değişik ve bireysel eğitim almış olmaları ekip çalışmasını engelleyen önemli etmenlerden birisidir. Sağlık mesleğinin bir üyesinin diğeri hakkında çok az, becerilerini kendisi ile birleştirme konusunda daha da az şey bildiği bir gerçektir (Velioğlu ve Babadağ, 1993). Sağlık meslek sahipleri, eğitimleri sırasında, hastaların sağlığı ve sağlık gereksinimleri

konusunda diğ er personelin yapabileceği katkılar hakkında daha iyi bilgilendirilmelidir. Bu anlayışın bir önkoşulu olarak da sağlık personelinin eğitimi sırasında uygulamalı ekip çalışması yapması sağlanmalıdır (Velioğlu, 1994).

Rol belirsizliği ve yanlış beklentiler: Ekip  yelerinin birbirlerinin rollerini anlamamaları sistem için karmaşa yaratır ve ekip çalışmasının gelişimini engeller. Ekip elemanları birbirlerinin rol içeriğini iyice bilmelidir. Burada bilgi yoksunluğu, tüm rollerin doğru oynanmasında zorluk yaratır. Ekip içinde rollerin, sorumlulukların ve pozisyonların belirsiz olması, bir mesleğin diğ er meslek üyelerini sürekli yönetmesini doğurabilir. Eğer kişi otorite ve karar verme açısından rolünün sınırı konusunda güvenlik duymuyorsa, tereddüt ve karmaşa baş gösterir (Yıldırım, 2002). Rol belirsizliği, bugün hemşirelikte çokça yaşandığı gibi, kişisel stres ve çatışma yaratarak iş doyumsuzluğunu artırmaktadır. Tüm bunlar kişinin çalışmasını ve doğru karar vermesini engeller ve sorun potansiyelini artırır. Bir meslek üyesinin diğ er bir meslek üyesinin bilgi, beceri ve yetenekleri konusunda kendini konuşmaya yetkili görmesi eğilimi de disiplinlerarası ekip çalışmasının düzgün islemesine engeldir (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Otorite: Kararların uygunluğunun güvenceye alınması, bireysel rol sorumluluklarının doğrulanması ve faaliyetlerin koordinasyonunu sağlayan bir pozisyon olarak tanımlanabilir (Gjerberd, 2001). Ekibin uyumu ve başarısı ise, ekipteki her üyenin rol ve işlevlerinin tanımlanmış ve tanınmış olmasına, ekipteki her üyenin kendi rol ve işlevlerini en üst düzeyde yerine getirebilme yeterliliğine ve olanağına sahip olmasına bağlıdır. Oysa hastanelerde hala görev tanımı eksikliği yaşanmaktadır (Aslan, 2004).

G  : Otoritede olduğu gibi bir pozisyona bağlı değildir. Kişinin kendinden kaynaklanır ve grup tarafından verilir. G   kavramı da etkili bir ekip çalışması için zorluklar yaratır. Kendini güçlü pozisyonda gören bir kişi, yalnız kendi gereksinimlerinin karşılanmasına yönelir. Diğ erlerini yönetip etkilemeye çalışır. Kendisinin daha altındaki pozisyonrakiler ise daha çok güçlü olmak isterler, bunun içinde etkilenmeye karşı çıkarlar ve özgürlük arayışları başlar (Ataman,2009). Sağlık

ekibi içinde geleneksel olarak hekim hem en çok güce hem de yetkiye sahiptir. Bu onun diğerlerini etkilemesine olanak sağlar. Beceri ve bilgisine ihtiyaç duymadıkça ekip üyeleri ile çalışma isteği azdır. Bu durum diğer üyelere hekime bağımlı olmaktan kurtulmak için yeter sebep olarak görülebilir. Bir başka çıkmaz ise, bazı sağlık elemanlarının gücü elinde bulunduranların sevgi ve saygısını kazanmak için zaman zaman hekimin güçlü pozisyonunu desteklemeleridir. Bunu gerçekten inandıkları için değil, çatışmaya girmemek için yaparlar (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Statü: Ekipteki kişilerarası ilişkilerin çalışmayı belirleyici bir özelliğidir. Statü, her kisinin baska bir pozisyonunun olması durumudur. Sağlık ekibi içindeki elemanlar geleneksel olarak hekimin altında ve onun yönetiminde yer almışlardır. Statüdeki bu farklılık ekibin hem formal hem de informal yapı ve işlevini etkiler. Örneğin, hemşireler bağımsızca yargılara varmaktan çekinir ve yalnızca hekimin söylediklerini yapar, hastanın iyileşmesinde yararlı olabilecek mesleki yeteneklerini kullanmaktan çekinir. Hastanelerde ekip çalışması kurma çabaları, statüde eşitlik gerçekleştirilinceye kadar zorluk ve gerilimlerle dolu olacaktır (Velioğlu, 1994; Akansel, 2005).

Otonomi: Bir sağlık mesleğinin, hastanın bakımında sorumluluk üstlenmesidir. Hastanın sorununu tanımlamak, sorunun çözümü için gerekli faaliyetlere karar vermek, hizmetin doğruluğunu ve yerindeliğini değerlendirmek anlamına gelir. Fakat eğer gerekiyorsa diğer meslek üyelerinin önerileri sonucun işlemlerde değişikliğe gidilebilmelidir. Geleneksel olarak sağlık ekibi içinde bir tek hekim, işlevlerinde otonom olarak hareket edebilmiştir. Gerçek bir ekipte ise politikaların, hedeflerin ve yaklaşımların saptanması beraberce yapılmalıdır. Bu da hekimin otonomisine bir müdahale gibi algılanabilecektir (Velioğlu ve Babadağ, 1993).

Kişisel özellikler: Ekip üyelerinin kişisel özellikleri de disiplinlerarası çalışmayı engeller. Yaş, cinsiyet, değer yargıları gibi farklılıklar kişilerarası ilişkileri ve mesleklerarası işbirliğini azaltabilir. Düşünce ve değer yargılarındaki farklılıklara saygılı olma, ekibin diğer üyelerinin yetenek ve bilgilerine güven duyma, statü ve mesleki merkezli olmaktan çok sorun ve hasta merkezli hareket etme, soruna çeşitli

perspektiflerden bakabilme, başkalarının değer yargıları, düşünce ve bilgilerinden yararlanabilme ekip çalışması için gerekli kişisel yeteneklerdir (Velioğlu, 1994).

İletişim: İletişim olmadan örgüt personelinin belirli bir amaç veya amaçlara yönelik olarak çalışması beklenemez. İletişimdeki engeller, amaçlarda farklılaşmaya ve benzer amaçları paylaşan personelin gruplaşmalarına yol açar. Bu gruplaşmalar da çatışmalara neden olur. İletişimdeki algılama farklılıkları da çatışmalara yol açabilir. Çünkü kişilerin davranışları sadece çevresel etkilere değil, aynı zamanda bunların nasıl algılandıklarına da bağlıdır.(Demirel, 2005)

Sağlık ekibinin eğitimi ekip çalışması kavramının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi için, gerekmektedir. Problem çözme becerisi, toplantı yapma, etkili dinleme ve anlama, iletişim teknikleri, çatışma yönetimi, istatistiki ve matematiksel analizler yapma, mesleki işbirliği, ekip çalışması, görev tanımları gibi konuları kapsayan eğitimlerin ekip üyelerinin lisans yılları içerisindeki müfredat programlarında yer alması gerekmektedir Sağlık hizmeti veren ekiplerin ve ekip çalışmasının gelişmesinde, birlikte öğrenme destekleyici ve yardımcı olması açısından son derece önemlidir. (Ataman ,2009).

4.2.4. Sağlık Bakım Sisteminde Kalite Geliştirme

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980’li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır (Aslantekin ve ark. 2007).

Sağlık Bakım Sistemi; sağlık bakımı, tıbbi tedavi-bakım, rehabilitasyon ve tüm destek hizmetlerinin tümünün topluma sunulması anlamında kullanılan bir terimdir. Günümüzde toplumların politik, sosyal, ekonomik, kültürel etmenlere bağımlı olarak değişebilir sağlık sorunları, genelde karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşanın çözümü için; “sağlığı” ilgilendiren her bir disiplinin kendi alanına özgü bilgi ve becerisi

ile planlı, işbirlikçi örgütlü bir sektörler arası katılımı sağlanmalıdır. Böylece birey ve toplumun sağlıklı, üretken ve anlamlı bir yaşam biçimine kavuşması gerçekleşebilir (Sabuncu, Babadağ, Topocak ve Ataberk, 1996).

Sağlıkta kaliteli hizmet vermek için belirli kurallar çerçevesinde, etkili bir yönetim anlayışı ile hizmeti veren tüm personelin kalite bilincini benimseyerek katılımı gerekmektedir. Özellikle sağlık çalışanları içinde klinik birimde çalışan tüm personel kalite uygulamaları çalışmalarına aktif olarak katılmak zorunda olmalıdırlar(Lewis and Malecha, 2011). Bu çalışmalar içinde hemşirelerin yeri mutlaka olmalıdır. Hemşireler, sürekli gelişme, kalite çemberleri ve eğitim süreçlerinin ayrılmaz parçaları olmalıdırlar. Sağlıkta kaliteyi sağlamak ve devamlılığı için başlıca bazı hedeflerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu hedeflerden başlıcalar şunlardır (Alcan, 2001; İncesu ve Yorulmaz, b.t.):

- **Güvenli (safe):** Hastaya yararlı olabilme kastıyla verilen hizmetin hastaya muhtemel zararının önlenmesi.
- **Etkili (effective):** Bilimsel bilgiye dayalı hizmetlerin yararlanacak olan bütün insanlara verilmesi, yarar sağlamayacak olanlara hizmetlerin verilmesinden kaçınılması (hizmetlerin eksik kullanımı ve aşırı kullanımının önlenmesi)
- **Hasta merkezli (patient centered):** Hastanın bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygı duyan ve bunlara karşılık gelen hizmetin verilmesi ve hastanın değerlerinin bütün klinik kararlarda yönlendirici olması
- **Vakitli (timely):** Bekleme sürelerinin ve hem hizmet alana/hizmeti sunana bazen zararlı olabilen gecikmelerin azaltılması.
- **Yeterli (efficient):** Cihaz, kaynak, düşünce ve enerji dahil bütün israfın önlenmesi.
- **Hakkaniyetli (equitable):** Cinsiyet, ırk, bölgesel yerleşim ve sosyoekonomik statü gibi kişisel özelliklere bağlı olarak kalitesinde farklılaşma olmayan hizmetin sunulması.

Kaliteyi geliştirme de benimsenen hedefler ve temel olgular geçici, belli bir dönemi içine alan ve ek bir iş gibi değil, diğer sorumlulukların bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite sağlama sistemlerini kalite kontrolü, kalite güvencesi, sağlık hizmetlerinde ISO ve akreditasyon standartları ve sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi olmak üzere dört şekilde incelemek mümkündür. bunlara ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

Kalite Kontrol: Uluslararası standartlar organizasyonu (ISO) Kalite Kontrolünü “kaliteyi oluşturmak, korumak, geliştirmek ve üretimi müşteriye tatmin edecek en ekonomik seviyede sürdürmek için üretici tarafından uygulanan işlemler dizisi” şeklinde tanımlamaktadır (Kovancı, 2004).

Kalite kontrolü; en ekonomik şekilde tüketici ihtiyaçlarını karşılayacak malları üretebilmek için bir organizasyonun tüm elemanlarının kaliteyi geliştirme, sürdürme ve iyileştirme çabalarının bütünleştirilmesi amacıyla etkili bir sistemin oluşturulmasıdır. Kalite kontrolünün ana amacı; tüketici isteklerini mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılayan mamulün üretimi şeklinde ifade edilir. Bu amaca ulaşmak için kalite kontrolünün yanısıra tüm işletme departmanlarının değişen derecelerde sorumluluk yüklenmesi gerekir. Ancak temel amacın gerçekleştirilmesi yolunda harcanan çabaların koordinasyonu ve etkinliğinin artırılması sorumluluğu kalite kontrol departmanına ait olmalıdır (Kaya, 2005).

Kalite Güvencesi: Kalite güvence sistemi genel olarak; kurumda çeşitli departmanların gösterdiği kaliteyi geliştirme, koruma, iyileştirme, müşterilerin tam beğenisini kazanma ve en ekonomik düzeyde hizmet sağlamayı amaçlayan çabaların birleşimidir (Alcan 2001, Aslantekin ve ark., 2007).

Kalite Güvence Sisteminin amacı, tüm kurumu, kaliteyi doğrudan veya dolaylı etkileyen süreçler zinciri olarak ele alıp kalitenin sürekliliğini sağlamak ve kurumun hedeflenen kalite düzeyini asgari maliyetle elde edebilmesini sağlayacak çabaları başlatmak, eş güdümü sağlamak ve sonuçları sürekli izleyerek gereken önlemleri

almaktır. Kalite güvence sistemleri, yaklaşık yarım yüzyıl önce savunma sanayiinde ortaya çıkmıştır. Ardından uçak sanayii, tıbbi cihazlar ve ürünler alanında, daha sonra da nükleer tesislerde, kısaca insan yaşamını etkileyen sektörlerde zorunlu tutulmuştur (Özçelik, 2012).

Kalitede standart kavramı, “belirli hastalıkların tedavisiyle ilgili üzerinde mesleki uzlaşma varılmış, gerçekleştirilebilir ve arzulanır başarı düzeyi” şeklinde tanımlanabilmektedir. ISO 9000 standartları 1979 yılında 20 üye ve 10 gözlemci ülkenin katılımı ile İngiltere, Kanada, Amerika ve Japonya standartlarından faydalanılarak hazırlanmış ve 1987 yılında uygulanmaya sokulmuştur. ISO 9000 serisinde yer alan standartlar ülkemiz sağlık sektöründe yaygın biçimde kullanılmaktadır. ISO 9000 kalite güvence sisteminin başlıca öğeleri; müşteri ihtiyaçlarını araştırmak, tasarım geliştirme, satın alma, üretim, üretim sonrası işlevler, insan ile ilgili hususlar ve belgelemedir (Can, 2008).

Sağlık Hizmetlerinde ISO , Akreditasyon ve Magnet Standartları: Sağlık hizmetlerinde ISO 9000 dışında kalite güvencesi sistemi olarak, ABD’de 1953’den beri sağlık kuruluşlarına yönelik standartlar belirleyen ve kökeni 1910’a kadar uzanan Sağlık Kuruluşlarının Birleşik Akreditasyon Komisyonu (JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) bulunmaktadır. Komisyon, 1998’de “Joint Commission International” adı altında, uluslararası alanda da akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır. JCAHO akreditasyonu üzerine ABD Florida’da 140 hastanede yapılan bir çalışmada, JCAHO’dan yüksek derece ile akredite olan hastanelerin vergi öncesi faaliyet kârı ve vergi öncesi varlıkların geri dönüşü değişkenleri bağlamında, akredite olmayan veya düşük derece ile olan hastanelere oranla çok daha yüksek bir performans sergiledikleri görülmüştür (Bekaroğlu, 2005).

Joint Commission International, Akreditasyon tanımını şu şekilde yapmıştır; "Sağlık kuruluşundan ayrı ve müstakil, çoğunlukla resmi kimliği olmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimi karşılayıp karşılamadığını değerlendirdiği bir süreçtir". Akreditasyon çoğunlukla gönüllüdür. Akreditasyon standartları genellikle en uygun ve ulaşılabilir olarak kabul

edilir. Akreditasyon bir kuruluş tarafından hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak ve hastalara ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü temsil etmektedir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı olmuştur (Yıldız, 2012).

Mıknatıs tescili, Amerika Hemşireler Derecelendirme Merkezi' nin (ANCC- American Nursing Credentialing Center) tescilli profesyonel hemşirelik hizmetleri sağlayan dünya çapındaki sağlık kuruluşlarının uyumlaştırılmasında en üst seviye tescil programıdır. Profesyonel uygulamalara olanak sağlayan üstün kalitenin sağlanması, hastalara sağlanan hemşirelik hizmetlerinde uyumluluk değerlendirmesi yapılması ve hemşirelik hizmetlerinde "en iyi uygulama" anlayışının yaygınlaşmasını sağlayacak bir mekanizma oluşturulması amacıyla program oluşturulmuş. 1981 yılında Amerika Hemşirelik Akademisi, ciddi hemşirelik kaynakları sıkıntısı yaşadığı dönemde gündeme gelen araştırmalar magnetik güçler ile bütünleştirilmiştir (ANCC, 2005).

Manyetik Kuvvetler , vizyon sahibi lider hemşireler tarafından hemşirelik ve hasta bakımı alanında olumlu bir ortam sağlamak İdari Hemşirelik Kapsamı ve Standartları esaslarının yaratıcı, yenilikçi ve dinamik uygulamasının sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu on dört Manyetik Kuvvet' in her birinin uygulanıyor olması mıknatıs tanımlaması için zorunlu olan esaslar içinde yer almaktadır ve hemşirelik kadrosunun ve hemşirelik hizmetlerinde uyumluluğun arttırılması ve geliştirilmesine olanak sağlayan profesyonel bir ortamın varlığının işaretidir (ANCC, 2005)

Manyetik kuvvetler:

- **Nitelikli Hemşirelik Liderliği-** Lider hemşireler bilgili, risk almaktan çekinmeyen ve hemşirelik bölümü içinde emrinde bulunanlara arka çıkmak ve onları desteklemek açısından güven duyulan kişiler olarak kabul edilmektedir.
- **Kurumsal Yapı-** Kurumsal Yapı , dikey olmaktan çok yatay olarak nitelendirilmektedir ve kararların ünite bazında alınması esastır. Hemşirelik bölümleri merkeziyetçi yapıda oluşturulmakta, organizasyon yapısı içinde

hemşirelerin güçlü bir biçimde temsil edildiği gözlenmektedir. Lider hemşire organizasyon içinde yürütmede yer almakta ve şef hemşire genel müdüre bağlı olarak çalışmaktadır.

- **Yönetim Tarzı-** Hastane ve hemşire idari personeli katılımcı yönetim tarzını benimsemiştir ve organizasyonun her kademesinde yer alan personelden yönetime katkı sağlanmaktadır. Personelin bu tür katkısı özendirilmekte ve önemsenmektedir. Lider konumunda hizmet veren hemşireler şeffaf, erişilebilir ve emrinde çalışanlarla diyalog içinde olan kişiler olarak ortaya çıkmaktadır.
- **Personel Politika Ve Programları-** Personel politikası, personelin katılımı ile oluşturulmakta ve önemli idari ve klinik promosyon olanakları sağlanmaktadır. Yaratıcı ve esnek dağılım modelleri kullanılmaktadır.
- **Profesyonel Bakım Modeli-** Hemşirelere hasta bakımında sorumluluk ve yetki veren bakım modeli kullanılmaktadır.
- **Bakım Kalitesi-** Hemşireler hastalara yüksek kaliteli hizmet sağlamakla yükümlü olduklarının bilincindedirler. Kaliteli bakım hizmeti sağlanmasının aynı zamanda kurumsal öncelik olduğunu ve lider konumunda olan hemşirelerin yüksek kaliteli hizmetin sağlanabileceği ortamın oluşturulmasından sorumlu kişiler olduğu düşünülmektedir.
- **Kalite Geliştirme-** Kalite geliştirme faaliyetlerinin eğitim ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Görevli hemşireler kalite geliştirme sürecine katılmakta ve bu süreci kurum içinde sağlanan hizmet kalitesinin geliştirilmesinin ayrılmaz parçası olduğu düşünülmektedir.
- **Danışma ve Kaynaklar-** Uygun danışmanlık ve insan kaynakları temin edilebilmektedir. Bilgili uzmanlar ve özellikle deneyimli hemşireler temin edilebilmekte ve devreye sokulabilmektedir.
- **Özerklik-** Hemşirelerin mesleki standartlar çerçevesinde bağımsız davranmalarına izin verilmekte ve beklenmektedir. Hasta bakım sürecinde öngörülen çok yönlü meslekler açısından öngörülen yaklaşım çerçevesinde bağımsız karar verme süreci uygulanmaktadır.

- **Topluluk ve Hastane-** Eniyi hemşirelik kadrosu istihdam eden ve bunu koruyan hastaneler aynı zamanda aynı zamanda güçlü bir topluluk katılımı anlayışı sergilemektedirler.
- **Öğretmen Hemşireler-** Hemşirelerin çalışmalarının her aşamasında eğitim faaliyetlerine katılmalarına izin verilmekte ve beklenmektedir. Araştırma sonuçları, eğitim faaliyetlerin hemşirelere mesleki tatmin açısından çok önem taşıyan bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.
- **Hemşireler İmajı-** Hemşireler hastanenin hasta bakım hizmetini sağlama yeteneğinin bir parçası olarak algılanmaktadır. Hemşireler tarafından sağlanan hizmetler esas olarak sağlık hizmetlerinin diğer üyeleri içinde zorunlu olarak nitelendirilmektedir.
- **Disiplinler Arası İlişkiler-** Farklı disiplinler arası ilişkilere olumlu olarak bakılmaktadır. Bütün disiplinler karşılıklı olarak birbirinden saygı görmektedir.
- **Mesleki Gelişme-** Oryantasyon, servis içi eğitim, kesintisiz eğitim, sınıf eğitimi ve kariyer geliştirme üzerinde özel önem verilmektedir. Kişisel ve mesleki gelişme ve ilerleme önemsenmektedir. Ayrıca rekabete dayalı klinik geliştirme uygulamaları yapılmakta ve rekabetin sürdürülmesine yönelik kaynaklar temin edilmektedir.

1990 yılında ANA (Amerikan Hemşirelik Akademisi), ANCC' nın ayrılarak magnet Projesi ile ilgilenmesine karar vermiştir. Aynı yıl Hemşirelik Hizmetlerinde Mükemmellik için Magnet Onaylama Programı Başlatılmıştır. 1994 yılında ise ilk hastaneye Magnet onayı verilmiştir. Şu anda Magnet Onaylama Programı Amerika Birleşik Devletleri dışında Avustralya, Yeni Zellanda, Beyrut ve Lübnan' da uygulanmaktadır (Alcan ve ark., 2011)

Günümüzde birçok sağlık kuruluşu ISO belgesine sahiptir, bunun yanında akreditasyon standartlarına olan yoğun ilgi giderek artmaktadır. ISO ve Akreditasyon arasındaki farklılıkları ortaya koymak faydalı olacaktır. Bu farklılıklar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Yıldız, 2012):

- ISO sertifikasyonu, bir ürünün müşterinin istekleri doğrultusunda üretim süreci için oluşturulmuş bir kalite sistemidir, dolayısıyla süreçler üzerine yoğunlaşır. Akreditasyon ise, bakım kalitesini ve hastalarla çalışanlara verilen hizmetin geliştirilmesini amaçlar, dolayısıyla altyapı ve klinik servislere odaklanır.
- ISO standartları, hizmet endüstrileri için geneldir ve sonuçlardan çok yapabilirlik üzerine odaklanmıştır, sonuçları müşteri mutluluğu üzerinden değerlendirilir. Akreditasyon, hasta memnuniyetini dikkate almakla beraber bu unsurun gücünün sınırlarını da hesaba katarak, yasal süreçleri ve çıktıları ortaya koyar.
- ISO standartları, laboratuvar ve radyoloji gibi bazı servislere kolay uyum sağlamakla birlikte klinik hizmetlere uygulanmasında çok dikkatli bir yorumlama gerektirmektedir. Akreditasyon standartları ise alımlar, ekipman kontrolü ve kalibrasyonu, doküman kontrolü gibi konularda ISO'ya göre göreceli olarak daha yetersiz bulunmaktadır.
- Akreditasyon, organizasyonun her 1-3 yılda bir yeniden değerlendirilmesini gerektirirken, ISO ise 6 ayda bir değerlendirmeyi uygun görür.
- ISO sertifikasyonunun maliyetini, değerlendirmeyi yapan uzman sayısı ve değerlendirmenin gün cinsinden süresi belirler. Akreditasyon genellikle daha yüksek bir maliyete sahiptir.
- ISO'nun aksine Akreditasyon şemalarının uluslararası düzeyde tanınması henüz söz konusu değildir. Bu sorunla ilgili olarak "International Society for Quality in Health Care" kurulmuştur. Kuruluşun amacı ISO ve Akreditasyonu aynı çizgiye getirmek ve ülkelere kendi ulusal şemalarını geliştirmeleri için yardımcı olmaktır.

Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi: Toplam kalite yönetimi (TKY), sunulan hizmetlerin kalitesinin sürekli yükseltilmesi amaçlayan ve kurumunca katılıma dayanan bir yönetim anlayışıdır. TKY, kalite denetimi ve kalite güvencesi anlayışlarını içinde bulundurmakla birlikte, kalite kavramını ve kaliteli hizmet sunumuna farklı bir anlayış getirmektedir. TKY, ne kalite denetimi gibi sadece sonuçlar üzerinde odaklanmakta, ne de kalite güvencesi gibi sadece süreçlere ağırlık vermektedir.

TKY, kaliteyi bir kurumsal kültür olarak görmekte ve kaliteyi bütün birim ve personelin katılımını sağlayan süreçlerin bir neticesi olarak görmektedir (Can, 2008).

Sağlık sektöründe 1980’li yıllarda başlayan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarında, “hasta tatmini”, sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır. Hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin salt kendi tercihlerinde değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınlarının tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı araştırmalarda saptanmıştır (Zerenler ve Öğüt, 2007).

Sağlık hizmetlerinde de TKY yaklaşımına göre hastaların ve diğer müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli hedeflerden biridir. Sağlık hizmetlerinde uygulanan tedavi ve yöntemlerin uygunluğunu içeren teknik kalite yanında, hastalarla birlikte diğer iç ve dış müşterilerinde verilen hizmetin sunulmuş şekli de müşteri memnuniyeti üzerinde etkilidir. Sağlık hizmetlerinde müşteri tatmini yalnızca hastane hizmetlerinden faydalanan hasta ve yakınlarını değil çalışanlar ve tedarikçilerle birlikte tüm iç ve dış müşterileri kapsamaktadır. TKY ile birlikte ortaya çıkan sürekli iyileştirme prensibinin sağlık sektöründe önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Hastaların ihtiyaç ve beklentilerine önem veren, tedavi ve uygulamalarda süreç yönetimi anlayışını benimseyen bir sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetin kalitesini arttıracığı aşikârdır (Bostan, 2006).

TKY, sağlık hizmetlerinde; mevcut verilerin analizi, aksaklıkların belirlenmesi ve çözüm yollarının uygulamaya konulmasında da büyük fayda sağlayacaktır. Bununla birlikte TKY uygulamalarında kullanılan iş akış şemaları, süreç analizleri, kontrol çizelgeleri, neden-sonuç diyagramları ve pareto analizleri gibi araçlar, sağlık hizmetlerin hemen hemen tüm alanlarında uygulanabilir ve sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasına katkı sağlayabilir niteliktedir. Türkiye’de TKY’yi temel alan kalite yönetim sistemlerinin sağlık işletmelerinde uygulanması çalışmalarını kaynakların verimli ve etkin kullanımı ve maliyetlerin kontrol altına alınmasını mümkün kılar. Halen özel

hastanelerde ve kamu hastanelerinde kalite çalışmaları artan bir ivme ile devam etmektedir (Çıraklı ve Sayım, 2009).

4.2.5. Hemşireliğin Yasal Yönleri

Yasalar mesleklerin uygulamalarını güven içinde yapmalarına olanak veren, sorumlu oldukları hizmet alanlarının sınırlarını belirleyen ve meslek formasyonu elde etme koşullarını içeren hukuksal temelli dökümanlardır. Mesleğe özel yasalar, üyelerine hizmetleri ile ilgili hesap verme ve hesap sorma haklarını güçlü bir şekilde elde tutma olanağı verir. Uygulamalarını mesleğe özel yasa ile güvence altında sürdürmek meslekler için önemli bir avantajdır (Yıldırım, 2008).

Hemşirelik hizmeti gibi, geniş kapsamlı bir meslekte görev, yetki ve sorumlulukların çeşitli ve karmaşık olması doğaldır. Ne var ki mesleki alan içine giren standartları saptamak, devam ettirmek ve geliştirmek kendi sorumluluğudur (Velioğlu, 1985)

Hemşire doğrudan hemşirelik hizmeti verirken, sorumluluğu üstlenmekte ve gereken yetkiyi kullanmaktadır. Kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır. Yönetim, eğitim, uygulama ve araştırma alanlarında öğrenimine devam edebilmesi için kişisel gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlerini karşılamak için önlem almak sorumluluğu vardır. Hemşirenin işlevleri kaynağını doğrudan doğruya hemşireliğin toplumdaki misyonundan almaktadır. Hemşirelik bakımının verileceği yer (ev, işyeri, okul, üniversite, cezaevi, mülteci kampı, hastane, temel sağlık bakımı veren bir klinik vb.) veya zaman ne olursa olsun bu işlevlerde herhangi bir değişiklik söz konusu olamaz. Bu işlevler her ülkede hemşireliğe ilişkin mevzuatta yer almalıdır (Erken, 2008; Yılmaz, 2010).

Dünyada profesyonel hemşireliğin çalışmasını düzenleyen yasalar 1891 yılında Güney Afrika Birliği'nde yer almış, ilk bağımsız hemşirelik yasası ise 1901 yılında Yeni Zelanda'da çıkarılmıştır. Bunu 1903 yılında ABD'nin Gordine Eyaleti izlemiştir. Hemşireleri ilgilendiren yasa, tüzük ve yönetmelikleri kronolojik olarak aşağıda sıralanmaktadır (Otluoğlu, b.t.);

- 1928 yılında yürürlüğe giren, 1219 sayılı "Tıp ve Tıpla ilgili mesleklerin Uygulanmasına ilişkin Kanun." (5. Fasıl, 64.65.maddeler, 24.25.26. Maddeler)
- 1926 "Türk Kodeksi" (4. Ve 12. Maddeler ilaç hazırlanması ve uygulanmasına dair)
- 1926 yılında yürürlüğe giren 765 sayılı TCK (Türk Ceza Kanunu) 79 yıl yürürlükte kalmıştır. 5237 sayılı TCK 1 haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.
- 1936 yılında yürürlüğe giren, 2017 sayılı S.S.Y.B Teşkilat ve Memurları Kanunu".Başhemşireye hemşireyi sicil amiri yapmıştır. Atama ve nakil ile ilgili kararları da kapsar.
- 1943 "Trahomla Savaş Talimatnamesi" Hizmet alanındaki hemşirenin yetki ve sorumluluklarını belirtir
- 1954 yılında yürürlüğe giren, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu".Bu kanun ilk ve halen geçerli hemşirelik yasasıdır.
- 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Ait Yasa" Halk sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluğuna yer verilmiş
- 1965 yılında yürürlüğe giren 637 sayılı "Devlet Personel Yasası" hem bu yasadaki aksaklıkları gidermek için çıkarılan yasa,
- 1970 yılında yürürlüğe giren 1327 sayılı yasa,
- 1983 yılında yeniden düzenlenerek yürürlüğe konulan "S.S.Y.B Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği" dir. Başhemşire, yardımcısı, servis sorumlusu, hemşire yardımcılarının görev, yetkileri ele alınmıştır.
- 1987 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu", Temel insan hakları doğrultusunda hizmetin verilmesi karara bağlanmıştır.
- 2007 yılında değiştirilen ve yürürlüğe giren 6283 sayılı "Hemşirelik Kanunu" " Değ. Kanun No. 5634 RG: 2.5.2007/26510"
- 8 Mart 2010 tarihinde 27515 sayılı resmi gazetede yayımlanan " Hemşirelik Yönetmeliği"
- 19 Nisan 2011 tarihinde 27910 sayılı resmi gazetede yayımlanan " Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"

Türkiye’de 1954 yılında çıkarılan hemşirelik kanunu (Resmi Gazete. Sayı: 8647. 02.03.1954 tarih ve 6283’nolu Hemşirelik Kanunu), her ne kadar yetersiz ve gereksinimlere cevap verecek durumda değilse de, hemşireliği ayrı bir meslek olarak tanımlamış ve her isteyenin hemşire sayılmasını önlemiştir. 50 yıldan fazla bir süre yürürlükte kalan bu yasa, hemşirelerin, sağlık hizmetlerindeki rol ve işlevleri zamanımızdaki mesleki amaçlara uygun hale getirilmesi ve hemşireliğin meslekleşme çalışmalarında gelişmeler, kanunun yenilenmesini kaçınılmaz kılmıştır (Şentürk, 2011). Çalışmaların sonucu 2 Mayıs 2007 de resmi gazetede yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile değiştirilmiştir (Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun). Bu kanunda yapılan yasal düzenlemeler ile 6283 sayılı kanunda işlerliğini kaybetmiş maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır. Hemşirelik Kanunu’nun değiştirilen 3. maddesi ile cinsiyet ayrımı ortadan kalkmıştır. Bu doğrultuda Hemşirelik Yüksek Okullarına 2007’den itibaren erkek öğrenci de alınmaya başlanmıştır. Günümüzde erkekler, yasal olarak hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilmektedir (Kaya, Turan ve Öztürk, 2011).

Türk Hemşireler Derneği ve 7 Hemşire derneğinin başvurusu ile Danıştay 8. Dairesi’nin 5 Temmuz 2005 tarihli kararı ile Sağlık Meslek Liselerinin hemşirelik bölümlerini kapatmıştır. Yenilenmiş hemşirelik kanununun 2. maddesine göre, 5 yıl daha Sağlık Meslek Liselerine öğrenci alınması hükmü konmuştur. Ülkemiz nüfusuna oranla gerekli olan hemşire sayısının, Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında az olması gerekçesiyle Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Meslek Liselerinin Hemşirelik Bölümüne öğrenci alındığı gibi, 2010 yılında yeniden öğrenci alınacağını duyurmuştur (Şentürk, 2011).

Yenilenen hemşirelik kanunu ile;

- Hemşirenin görev tanımı mesleki amaçlara uygun olarak düzenlenmiştir,
- Lisansüstü mezunların uzman hemşire olarak çalışabilecekleri hükmü yer almıştır,

- Başhemşire ve yöneticilik görevleri için lisans ve yüksek lisans mezunlarına rüçhan hak tanınmıştır,
- Özellik arz eden birimlerde çalışanlara yetki belgesi verilmesi hükme bağlanmıştır,
- Hemşireliğe eşdeğer eğitim gören sağlık memurları yasa kapsamına alınmıştır,
- Geçici madde olarak hemşirelik alanlarında çalışan ve görevlerine devam etmek isteyen ebelerin aynı görevde ne şekilde kalabilecekleri belirtilmiştir,
- Kazanılmış haklar saklı tutulmuştur (HK, 2007; Saraçoğlu, 2010)

Yasalar mesleklerin genel olarak tanımını içerir. Yasa hükümleri bu doğrultuda düzenlenen yönetmeliklerle yaşama aktarılır. Yönetmelikler, yasa maddelerinde yer alan hükümleri genişletir ve uygulamaya geçilmesine olanak verir(Saraçoğlu,2010). Hemşirelik Kanunun ardından bir çalışma grubu oluşturulmuş ve “Yasayı Destekleyen Yönetmelikler” üzerinde çalışılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda yeni hemşirelik yönetmeliği 8 Mart 2010 Tarihinde 27515 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin hazırlanmasındaki amaç hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesidir. Bu yönetmelik;

- Hemşirelik hizmetlerinin kapsamı
- Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları
- Uzman hemşire ve yetki belgesine sahip hemşireler
- Hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu ile ilgili maddeleri kapsamaktadır.

Yönetmeliğin 5. Maddesinde hemşirelik hizmetleri aşağıdaki hususları kapsar;

Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbi tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,

Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,

Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini.

Yönetmeliğin 6. Maddesinde hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirlenmiştir:

a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

f) Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

g) Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

h) Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

i) Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

i) Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

Bu bölümde, hemşirelikle ilgili önceki düzenlemelerde hiç sözü edilmeyen ‘‘ hemşirelik tanılama süreci’’ kavramına yer verilerek, hemşirelerin doğrudan meslek alanı içinde yer alan, bireyin mevcut ve olası sağlık sorunlarına en uygun hemşirelik bakımını verme sorumluluğuna açıkça vurgu yapılmıştır(Yıldırım,2010).

Ayrıca hemşirelik hizmetlerinin içeriği açılarak, hemşirelerin ‘‘bakım verme’’ ve ‘‘tedavi planına katılma’’ rolleri yanı sıra, ‘‘güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma’’, ‘‘eğitim’’, ‘‘danışmanlık’’, ‘‘ araştırma’’, ‘‘yönetim’’, ‘‘ kalite geliştirme’’, ‘‘ işbirliği yapma’’, ‘‘ iletişimi sağlama’’ gibi rolleride tek tek isimlendirilmektedir. Aynı bölümde hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının açıklandığı maddede, söz konusu roller daha ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu ayrıntı, özellikle hemşireliği salt hekim direktiflerinin uygulanması işlevleri ile sınırlı algılayanlar açısından önemli olduğu söylenebilir. Ülkemizde tıbbi tanıya bağlı tedavi kararı, hekimin öncelikli sorumluluğunda temel görevlerinden biridir. Hemşirelerin tedavi konusunda sorumluluğu, geleneksel anlayışta söz konusu karara ilişkin herhangi bir değerlendirme yapmasını öngörmez. Hemşirelerden beklenen, kararın planlanan biçimde uygulanmasıdır. Ancak son yıllarda güvenli bakım, hasta güvenliği, hasta hakları, gibi kavramlar ve Türk Ceza Kanunu’ nun sağlık çalışanlarına ilişkin hükümleri, özellikle

hekim hemşire arasındaki reçete verici ilişkinin daha anlaşılır hale getirilmesini gerekli kılmıştır (Yıldırım, 2010)

Yönetmeliğin 7. Maddesinde Uzman Hemşire ve Yetki Belgesine Sahip Hemşireler şu şekilde belirlenmiştir;

Uzman Hemşire lisans mezunu hemşirelerden; yurtiçinde hemşirelik anabilim dallarında ve bunların altında açılan lisansüstü eğitim programlarından mezun olan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler ile yurtdışında bu programlardan mezun olup, diplomalarının denklikleri onaylanan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler alanlarında uzman hemşire olarak çalışırlar.

Uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir.

Yetki belgesine sahip hemşireler hemşirelik mesleği ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesine sahip ve bu alanlara ilişkin hemşirelik bakım hizmetlerinden sorumlu hemşiredir. Yetki belgesine sahip hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları, sahip oldukları yetki belgeleri ve çalıştıkları özellikli alana göre Bakanlıkça düzenlenir.

Uzman hemşire tanımı ile birlikte yetki belgesi kavramına yer verilmesi, hemşirelik dünyasında sıklıkla karıştırılan, hemşirelikte akademik uzmanlaşma ile özel alanlara ilişkin sertifikalı eğitim program arasındaki farkı anlaşılır duruma getirmiştir (Yıldırım, 2010).

Yönetmeliğin 9. ve 10. Maddelerinde hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu, başhemşire, sorumlu hemşire ile ilgili hususlar yer almaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Başhemşire olmak için, “en az lisans mezunu olmak” şeklinde tek bir kriter tanımlanırken, sorumlu hemşire için “öncelikle ilgili alanlarda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans mezunları arasından

başhemşire tarafından görevlendirilir’’ şeklinde kriterler belirtilmiştir. Başhemşireler, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminden en üst düzeyde sorumlu kişilerdir. Hemşirelikle ilgili insan kaynakları ve maddi kaynakların, kurumun amaçlarına uygun ve etkin bir şekilde yönetilmesinden sorumludurlar. Söz konusu işlevler sadece lisans mezunu olmanın ötesinde önemli liderlik ve yönetim becerileri gerektirir. Nitekim başhemşirenin görevleri arasında tanımlanan hemşirelik hizmetleri bütçesinin hazırlanması ve hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik planlama gibi işlevler yönetim alanında özel eğitimi ve uzmanlaşmayı gerektiren nitelikte işlevlerdir. Ülkemizde hemşirelikte yönetim, bir uzmanlık alanı olarak lisansüstü eğitim programı ile yürütülmekte ve oldukça ilgi görmektedir (Yıldırım, 2010).

Yönetmelikle gelen bir diğer değişiklik, gözetmen hemşire statüsüne yer verilmesidir. Başhemşirenin görevleri normal mesai dışında ve resmi tatil günlerinde gözetmen hemşire tarafından yürütülür. Bu hemşireler meslekte beş yıl deneyimli, lisans mezunu hemşireler arasından başhemşire tarafından seçilir ve görevlendirilir. Ancak kurum/kuruluştaki, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

Mart 2010 tarihli yönetmelikte değişikliğe gidilerek 19 Nisan 2011 tarihinde 27910 sayılı resmi gazetede yayımlanan ‘‘ Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’’ ile uzman hemşire ve yetki Belgesine Sahip Hemşirelerle ilgili 7. Maddesine 4 madde eklenerek, uzman hemşirelerin görev ve yetkileri daha net olarak belirtilmiştir. Bunlar aşağıda yer almaktadır;

Uzmanlık alanı ile ilgili kapsamlı sağlık değerlendirmeleri yapar. Hemşirelik bakımını planlar, uygular ve yönetir. Bakımda istenen hedeflere ulaşılamaması durumunda, yeni stratejiler geliştirir.

Hastalara uygulanan tıbbi tanı ve tedavi işlemlerine ilişkin karşılaşılan kritik durumlarda, uygun kararın verilmesinde hemşirelere danışmanlık yapar, mesleki gelişimleri açısından hemşirelere yardımcı olur.

Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar.

Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir.

Aynı yönetmeliğin eki EK-1'den sonra gelmek üzere ekteki Ek-2 ‘‘ Çalışılan Birim/ Servis/ Ünite/ Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları’’ ile Ek-3 ‘‘Hemşirelik Girişimleri Listesi’’ eklenmiştir. Görev, yetki ve sorumluluklar; hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra ‘‘ Hemşirelik bakımı’’ ve ‘‘Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma’’ ‘‘Eğitim ve Danışmanlık’’ başlıkları altında belirlenmiştir.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte Ek-2 de yer alan Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev Yetki ve Sorumlulukları şu başlıklar altında yer almaktadır;

- Yoğun Bakım Hemşiresi
- Acil Servis Hemşiresi
- İç Hastalıkları Hemşireliği (Diyabet Eğitim Hemşiresi, Onkoloji Hemşiresi, Diyaliz Hemşiresi, Rehabilitasyon Hemşiresi, Endoskopi Hemşiresi)
- Cerrahi Hemşireliği (Ameliyathane Hemşiresi, Stoma Yara Bakım Hemşiresi)
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (Psikiyatri Klinik Hemşiresi, Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi, Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisi Hemşiresi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi)
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (Pediatri Hemşiresi, Yenidoğan Hemşiresi)
- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
- Halk Sağlığı Hemşireliği (Evde Bakım Hemşiresi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Hemşiresi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi, İş Sağlığı Hemşiresi, Okul Sağlığı Hemşiresi, Ceza ve Tutukevi Hemşiresi)

Ek-3 Hemşirelik Girişimleri Listesinde yer alan hemşirelik girişimleri, “Hemşirelik Kararı ile Uygulanır”, “Hekim Kararı ile Uygulanır” ve “Hekim ile Birlikte Yapar” şeklinde yer almaktadır. (EK-2)

Hemşirelik diğer sağlık disiplinlerinden farklı olarak, kendine özgü bir yasaya sahip olma ayrıcalığını, yine kendine özgü bir yönetmelikle güçlendirmiş olduğu kabul edilmektedir. Sonuç olarak, hemşireliği geleneksel anlayıştan uzak çağdaş ve profesyonel kimlikte rolleri ile tanımlayan yönetmeliğin, en öz anlatımla “ezber bozan” bir nitelikte bir düzenleme olduğu söylenebilir. Ancak bir yönetmeliğin bir doküman olmaktan kurtarılması, öncelikle Sağlık Bakanlığının yönetmelik hükümlerini doğrultusunda kurumsal düzenlemeleri en kısa zamanda başlatması ile mümkün olacaktır (Yıldırım, 2010).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma; İstanbul İli Avrupa Bölgesi sınırları içinde yer alan yatak sayısı en fazla olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi bir üniversiteye bağlı tıp fakültesi hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere toplam üç hastanede yapılmıştır. Bu araştırma sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sağlık profesyonellerinden sağlık bakım sisteminin temel işgücünü oluşturmaları ve aralarında işlevsel etkileşimin yüksek olması nedeniyle hemşireler ve hekimler bu araştırmaya alınmıştır. Aralık 2011 ve Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; İstanbul İli Avrupa Bölgesi sınırları içinde yer alan yatak kapasitesi en fazla olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir tıp fakültesi hastanesi, bir özel hastane olmak üzere toplam üç hastanede görev yapan hemşireler (N=1822) ve hekimlerden (N=1320) oluşturmuştur. (N=3142) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşire (N=534) ve hekim (N=440), Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşire (N=1100) ve hekim (N=785), Özel Hastanede çalışan hemşire (N=188) ve hekim (N=95) sayıları belirlenmiştir. (N=3142)

Tablo 5.1. Hemşire Örneklem Sayısının Belirlenmesi

Tabaka Sayısı	Hastane	Hemşire Sayısı (Ni)	Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai	Örneklem Girecek Hemşire Sayısı N* ai=Ni	
1	ÜH	1100	1100/3142=0,35	649x0,35=228	228
2	EAH	534	534/3142=0,17	649x0,17=110	110
3	ÖH	188	188/3142=0,06	649x0,06= 40	40
Toplam(N=3142)		Toplam(Ni=1822)	0,58		378

Tablo 5.2. Hekim Örneklem Sayısının Belirlenmesi

Tabaka Sayısı	Hastane	Hekim Sayısı	Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai	Örneklem Girecek Hekim Sayısı N* ai= Ni	
1	ÜH	785	785/3142=0,25	649x0,25=162	162
2	EAH	440	440/3142=0,14	649x0,14=90	90
3	ÖH	95	95/3142=0,03	649x0,3 =21	20
Toplam(N=3142)		Toplam(Ni=1320)	0,42		271

*Ni/N=ai formülünde, Ni: örneklemdeki birey sayısı, N: evrendeki birey sayısı, ai: örneklemin ağırlığı N*ai=Ni formülünde, N: örneklem alınacak eleman sayısı, ai: örneklemin ağırlığı, Ni: i nolu tabakadan alınacak birey sayısı olarak simgelenir.*

Araştırmanın örneklemini tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiş ve buna göre üç hastanenin dağılımı; Üniversite Hastanesi Hemşire(Ni=228) Hekim(Ni=162); Eğitim Araştırma Hastanesi Hemşire (Ni=110), Hekim(Ni=90); Özel Hastane Hemşire (Ni=40), Hekim (Ni=20) hesaplanmıştır.

Örneklem grubunu araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ve hekimler oluşturmuştur.(N=649).

5.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu literatür ve ilgili mevzuat ışığında iki bölümden oluşturulmuştur.(EK-1).

Anketin birinci bölümünde hemşirelerin ve hekimlerin demografik özelliklerini ortaya koymak üzere toplam 11 sorudan oluşan “**Kişisel Bilgiler Formu**” bulunmaktadır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, çalıştığı kurum, bölüm, çalıştığı hastanede pozisyonu, mesleği, meslekte hizmet süresi, çalışma biçimi, eğitim durumu, bakımla yükümlü olduğu günlük ortalama hasta sayısı, çalıştığı serviste sağlık ekibinin diğer üyelerinden mevcut olanlar bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Anketin ikinci bölümünde ise 50 sorudan oluşan “**Hemşirelik İşlevleri Listesi**” bulunmaktadır. Hemşirelik işlevlerinin her birinin karşısında yer alan üç ayrı sütunda **hemşirelik işlevidir hemşire kararı ile uygulanır, Hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır. Hemşirelik işlevi değildir** ifadelerinden tek bir sütunun işaretlenmesi istenmiştir.

İşlevlerin belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı’nca resmi gazetede yayınlanan 1954 Tarihli 6283 Sayılı Hemşirelik Kanununa göre güncellenen 2.5.2007 Tarihli 5634 Sayılı Hemşirelik Kanunu, 8 Mart 2010 Tarihli 27515 Sayılı Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği ve aynı yönetmeliğin eki olarak 19 Nisan 2011 Tarihinde 27910 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin hemşirelik işlevleri ile ilgili bölümlerinden yararlanılmıştır.

Hastanelerde hastaların kabulünden taburcu olmasına dek geçen sürede hemşirelik hizmetlerinin kapsamında yer alan “**Yönetim**”, “**Bakım**”, “**Tanı ve Tedavi**” ve “**Eğitim**” ile ilgili araştırmacı tarafından belirlenen hemşirelik işlevlerine anket içinde yer verilmiştir. Hemşirelik işlevleri anketinin genel güvenilirliği 0,906 olarak çok yüksek bulunmuştur. Yönetim boyutunu oluşturan ifadelerin (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) güvenilirliği 0,896; Hemşirelik Bakımı boyutu oluşturan ifadelerin (15, 16, 26, 27, 28, 29, 30,31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41) güvenilirliği 0,886; Tanı ve Tedavi boyutunu oluşturan ifadelerin (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) güvenilirliği 0,901; Eğitim boyutunu oluşturan ifadelerin (42,43,44,45,46,47,48,49,50) güvenilirliği 0,892 olarak çok yüksek bulunmuştur. Anket ifadelerine Hemşirelik İşlevi Değildir” için bir puan: “Hemşirelik İşlevidir Hekim Kararı İle Uygulanır” için iki puan; “Hemşirelik İşlevidir Hemşirelik Kararı İle

Uygulanır” için üç puan verilmektedir. Hemşirelik işlevleri alt boyutları hesaplanırken sorular toplanarak ortalama puanları alınmıştır. Alt boyutlarda elde edilen puanın artması işlevlerin hemşirelik kararı ile uygulanma görüşüne katılımın arttığını göstermektedir.

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma ile ilgili hemşirelere ve hekimlere araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmada kullanılan veri toplama araçları verilerek uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasında ortalama görüşme süresi 10-15 dakikadır.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın hastanelerde uygulanabilmesi için, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün etik kurulundan, üniversite hastanesinin etik kurulu ve rektörlüğünden, dekanlığından ve ayrıca hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden, özel hastanenin başhemşiresinden onay alındıktan sonra uygulamaya başlanmıştır (Ek - 3,4,5,6,7,8). Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hemşire ve hekimlere anket soruları uygulanmıştır.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, mevzuatta yer alan araştırmacı tarafından belirlenen hemşirelik işlevleri ve örnekleme kapsamında elde edilen verilerle gerçekleştirilmiş olup, örnekleme ile sınırlıdır.

5.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken

tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde gruptaki denek sayısı yeterli değilse ya da denek sayısı yeterli olduğu halde veri parametrik test varsayımlarını yerine getiremiyorsa parametrik olmayan yöntemler kullanılır (Kalaycı, 2008; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2007: 154). Araştırmanın değişkenleri için parametrik test varsayımlarından normal dağılım analizi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılımını gösteren Kolmogorov Smirnov testi sonucunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler tercih edilmiştir.

Tablo 5.3. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi

Grup	N	p
Yönetim	649	0,098
Bakım	649	0,118
Tanı Tedavi	649	0,214
Eğitim	649	0,173

Hemşirelik İşlevlerinin grup değişkenler ile karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark t-testi ile analiz edilmiştir. İki'den fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi uygulanmıştır. Anova (Varyans Analizi) testinin kullanıldığı durumlarda, homojenlik testi (Levene testi) sonuçlarına göre kullanılan çoklu karşılaştırmalar da (Post Hotc Tests) değişmektedir. Grup varyanslarının homojen (eşit) olduğu durumlarda Scheffe, Tukey, LSD testleri kullanılabilir. Varyansların homojen olmadığı durumlarda Dunnett's C veya Tamhane's T2 testi seçilebilir (Büyüköztürk, Ş. 2010). Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Scheffe ve Dunnett's C çoklu karşılaştırma testleri tercih edilmiştir. Hemşirelik İşlevleri arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2008, s.116);

<i>r</i>	<i>İlişki</i>
0,00 - 0,25	<i>Çok Zayıf</i>
0,26 - 0,49	<i>Zayıf</i>
0,50 - 0,69	<i>Orta</i>
0,70 - 0,89	<i>Yüksek</i>
0,90 - 1,00	<i>Çok Yüksek</i>

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Araştırma Aralık 2011 ve Mayıs 2012 tarihleri arasında toplam 378 hemşire ve 271 hekim ile gerçekleştirilmiştir (N=649). Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırmada elde edilen bulgular toplam üç bölümden oluşmaktadır.

6.1. Sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri,

6.2. Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri,

6.3. Hemşirelik işlevlerinden yönetim, bakım, tanı ve tedavi, eğitim alt boyutlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

6.1. Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N:649)

Demografik Özellikler	İfadeler	Frekans(N)	Yüzde (%)
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	387	59,6
	Eğitim Araştırma Hastanesi	199	30,7
	Özel Hastane	63	9,7
	Toplam	649	100,0
Cinsiyet	Erkek	199	30,7
	Kadın	450	69,3
	Toplam	649	100,0
Yaş	18-25	88	13,6
	26-32	282	43,5
	33-39	138	21,3
	40 Ve üzeri	141	21,7
	Toplam	649	100,0
	Dahiliye	208	32,0
Çalışılan Bölüm	Cerrahi	390	60,1
	Diğer*	51	7,9
	Toplam	649	100,0
	Hemşire	378	58,2
Meslek	Hekim	271	41,8
	Toplam	649	100,0
	1-5 Yıl	274	42,2
Meslekteki Hizmet Süresi	6-10 Yıl	120	18,5
	11-16 Yıl	106	16,3
	17-21 Yıl	48	7,4
	22 Yıl üzeri	101	15,6
	Toplam	649	100,0
	Yönetici	92	14,2
Pozisyon	Yönetici Değil	557	85,8
	Toplam	649	100,0
	Sürekli Gündüz	306	47,1
Çalışma Biçimi	Vardiya (8 Saat)	38	5,9
	Nöbet (12-16-24 Saat)	199	30,7
	Hem Vardiya Hem Gündüz	106	16,3
	Toplam	649	100,0
	Sağlık Meslek Lisesi	49	7,6
Eğitim Durumu**	Ön Lisans	73	11,2
	Lisans	189	29,1
	Yüksek Lisans	223	34,4
	Doktora	115	17,7
	Toplam	649	100,0
	Bakmıyor	13	2,0
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	1-3	72	11,1
	4-6	80	12,3
	7-10	94	14,5
	11-15	80	12,3
	16-20	99	15,3
	21 Ve üstü	211	32,5
	Toplam	649	100,0

* Çalışılan bölüm Diğer kapsamında Poliklinik, acil, başhemşire ve yardımcıları yer almaktadır.

** Eğitim Durumu ile meslekleri arasında ilişki Tablo 6.2. de yer almaktadır.

Tablo 6.1 incelendiğinde çalışılan kurum, cinsiyet, yaş, çalışılan bölüm, meslek, meslekteki hizmet süresi, pozisyon, çalışma biçimi, eğitim durumu ve günlük bakılan hasta sayısına ilişkin özellikler görülmektedir.

Sağlık profesyonelleri **çalışılan kuruma göre** 387'si (%59,6) Üniversite hastanesi, 199'u (%30,7) Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 63'ü (%9,7) Özel hastane olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **cinsiyete göre** 199'u (%30,7) erkek, 450'si (%69,3) kadın olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **yaşa göre** 88'i (%13,6) 18-25 yaş, 282'si (%43,5) 26-32 yaş, 138'i (%21,3) 33-39 yaş, 141'i (%21,7) 40 ve üzeri yaş olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **çalışılan bölüme göre** 208'i (%32,0) dahiliye, 390'ı (%60,1) cerrahi, 51'i (%7,9) diğer olarak dağılmaktadır. Diğer olarak belirtilenlerin 21'i (%3,2) poliklinik, 23'ü (%3,5) acil, 7'si (%1,2) Başhemşire ve Yardımcıları olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **mesleğe göre** 378'i (%58,2) hemşire, 271'i (%41,8) Hekim olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **meslekteki hizmet süresine göre** 274'ü (%42,2) 1-5 yıl, 120'si (%18,5) 6-10 yıl, 106'sı (%16,3) 11-16 yıl, 48'i (%7,4) 17-21 yıl , 101'i (%15,6) 22 yıl üzeri olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **pozisyona göre** 92'si (%14,2) yönetici, 557'si (%85,8) yönetici değil olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **çalışma biçimine göre** 306'sı (%47,1) sürekli gündüz, 38'i (%5,9) vardiya (8 saat), 199'u (%30,7) nöbet (12-16-24 saat), 106'sı (%16,3)

vardiya ve gündüz olarak dağılmaktadır. Vardiya ve gündüz olarak çalışan grubun tamamını (n=106) hekimler oluşturmaktadır (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **eğitim durumuna göre** 49'u (%7,6) sağlık meslek lisesi, 73'ü (%11,2) ön lisans, 189'u (%29,1) lisans, 223'ü (%34,4) yüksek lisans, 115'i (%17,7) doktora olarak dağılmaktadır (Tablo 6.1.). Sağlık profesyonellerinin eğitim durumu ile meslek arasındaki ilişki Tablo 6.2'de gösterilmiştir (Tablo 6.1.).

Sağlık profesyonelleri **günlük bakılan hasta sayısına göre** 13'ü (%2,0) bakmıyor, 72'si (%11,1) 1-3, 80'i (%12,3) 4-6, 94'ü (%14,5) 7-10, 80'i (%12,3) 11-15, 99'u (%15,3) 16-20, 211'i (%32,5) 21 ve üstü olarak dağılmaktadır.

Tablo 6.2. Sağlık Profesyonellerinin Eğitim Durumu ile Meslekleri Arasındaki İlişki (N:649)

Eğitim Durumu	Sayı % Değeri	Meslek		Toplam
		Hemşire	Hekim	
Sağlık Meslek Lisesi	Sayı	49	0	49
	Yüzde	%13,0	%0,0	%7,6
Ön Lisans	Sayı	73	0	73
	Yüzde	%19,3	%0,0	%11,2
Lisans	Sayı	189	0	189
	Yüzde	%50,0	%0,0	%29,1
Yüksek Lisans	Sayı	63	160	223
	Yüzde	%16,7	%59,0	%34,4
Doktora	Sayı	4	111	115
	Yüzde	%1,0	%41,0	%17,7
Toplam	Sayı	378	271	649
	Yüzde	%100,0	%100,0	%100,0

Eğitim durumu ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=408,321$; $p=0,000<0,05$). Mesleği hemşire olanların 49'unun (%13,0) sağlık meslek lisesi, 73'ünün (%19,3) ön lisans, 189'unun (%50,0) lisans, 63'ünün (%16,7) yüksek lisans, 4'ünün (%1,0) doktora; Mesleği hekim olanların 160'ının (%59,0) yüksek lisans, 111'i (%41,0) doktora olduğu görülmektedir (Tablo 6.2.).

6.2. Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşleri

Tablo 6.3. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı (N=649)

HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ	İFADELER	HEMŞİRE N=378		HEKİM N=271	
		N	%	N	%
Hemşirelik hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi , geliştirilmesini sağlama.	H.I.D.	4	1,1	6	2,2
	H.İ.Hek.K.İ. U.	10	2,6	52	19,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	364	96,3	213	78,6
Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılma.	H.I.D.	48	12,7	23	8,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	89	23,5	124	45,8
	H.İ.Hem.K.İ. U.	241	63,8	124	45,8
Hizmet birimlerinde görevlendirilecek hemşirelerin sayısını ve niteliğini belirleme.	H.I.D.	42	11,1	30	11,1
	H.İ.Hek.K.İ. U.	18	4,8	115	42,4
	H.İ.Hem.K.İ. U.	318	84,1	126	46,5
Hemşirelerin görev dağılımlarını ve çalışma çizelgelerini yapma, izleme, onaylama.	H.I.D.	15	4,0	7	2,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	7	1,9	34	12,5
	H.İ.Hem.K.İ. U.	356	94,2	230	84,9
Göreve yeni başlayan hemşirelerin uyum eğitimlerini planlama, uygulama ve değerlendirme.	H.I.D.	9	2,4	3	1,1
	H.İ.Hek.K.İ. U.	7	1,9	21	7,7
	H.İ.Hem.K.İ. U.	362	95,8	247	91,1
Hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapma.	H.I.D.	71	18,8	32	11,8
	H.İ.Hek.K.İ. U.	9	2,4	19	7,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	298	78,8	220	81,2
Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin performans değerlendirmelerini yapma.	H.I.D.	43	11,4	42	15,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	18	4,8	83	30,6
	H.İ.Hem.K.İ. U.	317	83,9	146	53,9
Hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik çalışma planları yapma ve uygulama.	H.I.D.	18	4,8	16	5,9
	H.İ.Hek.K.İ. U.	9	2,4	59	21,8
	H.İ.Hem.K.İ. U.	351	92,9	196	72,3
İstenmeyen olaylar ve hatalı hemşirelik uygulamalarını önleyici tedbirleri alma, meydana gelen olayların kaydının tutulmasını ve bildirilmesini sağlama.	H.I.D.	20	5,3	14	5,2
	H.İ.Hek.K.İ. U.	28	7,4	117	43,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	330	87,3	140	51,7
Afet planları doğrultusunda acil durum protokolü geliştirme ve gerektiğinde uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlama.	H.I.D.	88	23,3	42	15,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	80	21,2	138	50,9
	H.İ.Hem.K.İ. U.	210	55,6	91	33,6
Komite, konsey ve yönetim kurulu toplantılarına üye olarak katılma.	H.I.D.	76	20,1	36	13,3
	H.İ.Hek.K.İ. U.	45	11,9	74	27,3
	H.İ.Hem.K.İ. U.	257	68,0	161	59,4
Değişim, çatışma Çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti verme.	H.I.D.	114	30,2	58	21,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	27	7,1	69	25,5
	H.İ.Hem.K.İ. U.	237	62,7	144	53,1
Hemşirelik hizmetleri ile ilgili tüm kayıt sistemlerinin ve formlarının geliştirilmesini ve düzenli olarak kullanılmasını sağlama.	H.I.D.	15	4,0	18	6,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	12	3,2	47	17,3
	H.İ.Hem.K.İ. U.	351	92,9	206	76,0
Hasta ile ilgili ziyaret, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunma.	H.I.D.	29	7,7	18	6,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	123	32,5	161	59,4
	H.İ.Hem.K.İ. U.	226	59,8	92	33,9

***H.I.D.: Hemşirelik İşlevi Değildir ; H.İ.Hek.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hekim Kararı İle Uygulanır ; H.İ.Hem.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hemşirelik Kararı İle Uygulanır**

Hemşirelik işlevlerinden “**yönetim**” işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde aşağıdaki bulgular tespit edilmiştir. Bulguların ardından hemşirelik işlevlerinin, Sağlık Bakanlığı’nca resmi gazetede yayınlanan 1954 Tarihli 6283 Sayılı Hemşirelik Kanununa göre güncellenen 2.5.2007 Tarihli 5634 Sayılı Hemşirelik Kanunu (HK), 8 Mart 2010 Tarihli 27515 Sayılı Hemşirelik Yönetmeliği (HY) ve aynı yönetmeliğin eki olarak 19 Nisan 2011 Tarihinde 27910 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (HYDYDY) kapsamında ifadelerine yer verilmiştir (Tablo 6.3.).

Hemşirelik hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi, geliştirilmesini sağlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=52,144$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 4’ünün (%1,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 10’unun (%2,6) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 364’ünün (%96,3) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 6’sının (%2,2) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 52’si (%19,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 213’ünün (%78,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nca 8 Mart 2010 Tarihli 27515 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliği (HY) dördüncü bölümde hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(a) Başhemşire bağlı olduğu kurum/kuruluş üst amirine karşı sorumlu olarak “***Hemşirelik hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi, geliştirilmesini ve kayıt altına alınmasını sağlar***” ifadesi yer almaktadır. Aynı yönetmeliğin eki olarak 19 Nisan 2011 Tarihinde 27910 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin (HYDYDY), Hemşirelik Girişimleri Listesi (Ek-3) sağlık sisteminin yönetimi ve destek hizmetler başlığı altında yer alan çalışanların denetimi, delege etme/görevlendirme ***hemşirelik kararı ile uygulanır*** olduğu belirtilmiştir (Tablo 6.3.).

Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=35,379$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 48’i (%12,7) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 89’unun (%23,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 241’i (%63,8) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 23’ünün

(%8,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 124’ünün (%45,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 124’ünün (%45,8) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nca 8 Mart 2010 Tarihli 27515 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliği (HY) 2. bölüm hemşirelik hizmetlerinin kapsamı, hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları Madde 6-1(h): “**Hemşire sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır**” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Hizmet birimlerinde görevlendirilecek hemşirelerin sayısını ve niteliğini belirleme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=141,990$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 42’si (%11,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 18’i (%4,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 318’i (%84,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 30’unun (%11,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 115’i (%42,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 126’sının (%46,5) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(c) Başhemşire; “**Hemşirelik hizmetlerinde istihdam edilen personeli ilgili birimlere görevlendirir ve göreve uyumunu sağlar. Hizmet birimlerinde görevlendirilecek hemşirelerin sayısını ve niteliğini belirler**”. Aynı yönetmeliğin HYDYY, Hemşirelik Girişimleri Listesi (Ek-3) sağlık sisteminin yönetimi ve destek hizmetler başlığı altında yer alan çalışanların denetimi, delege etme/görevlendirme “*hemşirelik kararı ile uygulanır*” ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Hemşirelerin görev dağılımlarını ve çalışma çizelgelerini yapma, izleme, onaylama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=30,983$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 15’i (%4,0) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 7’si (%1,9) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 356’sının (%94,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 7’si (%2,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 34’ünün (%12,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 230’unun (%84,9) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(d) Başhemşire; “**Hemşirelerin bilgi ve deneyimlerini göz önünde bulundurarak görev dağılımlarının ve çalışma çizelgelerinin yapılmasını, izlenmesini sağlar ve onaylar**”. Aynı yönetmeliğin Madde 10-3(e) Sorumlu Hemşire; “**Hemşirelerin çalışma**

çizelgelerini ve izinlerini düzenler, başhemşirenin onayına sunar” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Göreve yeni başlayan hemşirelerin uyum eğitimlerini planlama, uygulama ve değerlendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=14,468$; $p=0,001<0.05$). Mesleği hemşire olanların 9'unun (%2,4) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 7'si (%1,9) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 362'si (%95,8) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 3'ünün (%1,1) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 21'i (%7,7) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 247'si (%91,1) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(c) Başhemşire: ***“Hemşirelik hizmetlerinde istihdam edilen personeli ilgili birimlere görevlendirir ve göreve uyumunu sağlar”***. Madde10-3(a) Sorumlu Hemşire ***“ Servis/üniteye yeni başlayan hemşirelerin uyumunu sağlar”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=12,790$; $p=0,002<0.05$). Mesleği hemşire olanların 71'i (%18,8) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 9'unun (%2,4) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”* uygulanır, 298'i (%78,8) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; mesleği hekim olanların 32'si (%11,8) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 19'unun (%7,0) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 220'si (%81,2) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm, hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 10-3(d) Sorumlu Hemşire: ***“Kendine bağlı hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili konularda servis/ünite içinde gerekli düzenlemeleri sağlar”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin performans değerlendirmelerini yapma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=89,799$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 43'ünün (%11,4) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 18'i (%4,8) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 317'si (%83,9) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 42'si (%15,5) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 83'ünün (%30,6) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 146'sının (%53,9) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm, hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 10-3(d) Sorumlu Hemşire: ***“Kurum politikaları***

doğrultusunda hemşirelerin gelişimi için performans değerlendirmelerini yapar, geribildirimde bulunur’’ ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik çalışma planları yapma ve uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=64,928$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 18'i (%4,8) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 9'unun (%2,4) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 351'i (%92,9) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 16'sının (%5,9) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 59'unun (%21,8) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 196'sının (%72,3) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(c) Başhemşire: ***“Hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik çalışma planlarını yapar ve uygulanmasını sağlar”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

İstenmeyen olaylar ve hatalı hemşirelik uygulamalarını önleyici tedbirleri alma, meydana gelen olayların kaydının tutulmasını ve bildirilmesini sağlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=118,063$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 20'si (%5,3) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 28'i (%7,4) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 330'unun (%87,3) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 14'ünün (%5,2) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 117'si (%43,2) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 140'ının (%51,7) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(b) Başhemşire: ***“İstenmeyen olaylar ve hatalı hemşirelik uygulamalarını önleyici tedbirler alır, meydana gelen menfi olayların kaydının tutulmasını ve bildirilmesini sağlar”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Afet planları doğrultusunda acil durum protokolü geliştirme ve gerektiğinde uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=62,821$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 88'i (%23,3) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 80'i (%21,2) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 210'unun (%55,6) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 42'si (%15,5) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 138'i (%50,9) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 91'i (%33,6) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(i) Başhemşire: ***“Olağanüstü durumlarda afet planları doğrultusunda ilgili birimlerle işbirliği içinde, acil durum planlamaları***

yapar, protokol geliştirir ve/veya geliştirilmesini sağlar ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlar ” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Komite, konsey ve yönetim kurulu toplantılarına üye olarak katılma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=26,480$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 76'sının (%20,1) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 45'i (%11,9) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 257'si (%68,0) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 36'sının (%13,3) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 74'ünün (%27,3) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 161'i (%59,4) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(j) Başhemşire: ***“Komite, konsey ve yönetim kurulu toplantılarına üye olarak katılır”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti verme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=42,832$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 114'ünün (%30,2) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 27'si (%7,1) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 237'si (%62,7) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 58'i (%21,4) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 69'unun (%25,5) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 144'ünün (%53,1) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYYDYY “Ek-2” Çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları E) ruh sağlığı ve hemşireliği kapsamında yer alan konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları arasında (k) maddesi: ***“değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti verir ”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Hemşirelik hizmetleri ile ilgili tüm kayıt sistemlerinin ve formlarının geliştirilmesini ve düzenli olarak kullanılmasını sağlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=42,291$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 15'i (%4,0) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 12'si (%3,2) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 351'i (%92,9) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 18'i (%6,6) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 47'si (%17,3) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 206'sının (%76,0) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(ç) Başhemşire: ***“Hemşirelik hizmetleri ile ilgili tüm kayıt***

sistemlerinin ve formların geliştirilmesi ve düzenli olarak kullanılmasını sağlar'' ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Hasta ile ilgili vizit, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=47,782$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 29'unun (%7,7) "*hemşirelik işlevi değildir*", 123'ünün (%32,5) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 226'sının (%59,8) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*"; Mesleği hekim olanların 18'i (%6,6) "*hemşirelik işlevi değildir*", 161'i (%59,4) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 92'si (%33,9) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*" olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 10-3(1) Sorumlu hemşire: "***Hasta ile ilgili vizit, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunur***" ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.).

Tablo 6.4. Hemşirelik İşlevlerinden Bakım İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı (Toplam N:649)

HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ	İFADELER	HEMŞİRE N=378		HEKİM N=271	
		N	%	N	%
Hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlama, uygulama ve yönetme.	H.İ.D.	6	1,6	4	1,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	23	6,1	61	22,5
	H.İ.Hem.K.İ. U.	349	92,3	206	76,0
Bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirme, gerekli iyileştirmeleri yapma.	H.İ.D.	11	2,9	15	5,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	33	8,7	95	35,1
	H.İ.Hem.K.İ. U.	334	88,4	161	59,4
Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlama.	H.İ.D.	11	2,9	18	6,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	75	19,8	117	43,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	292	77,2	136	50,2
Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirme.	H.İ.D.	47	12,4	75	27,7
	H.İ.Hek.K.İ. U.	143	37,8	147	54,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	188	49,7	49	18,1
Sıvı elektrolit ve Asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunlara uygun hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme.	H.İ.D.	21	5,6	54	19,9
	H.İ.Hek.K.İ. U.	109	28,8	158	58,3
	H.İ.Hem.K.İ. U.	248	65,6	59	21,8
Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlama ve uygulama.	H.İ.D.	40	10,6	48	17,7
	H.İ.Hek.K.İ. U.	104	27,5	135	49,8
	H.İ.Hem.K.İ. U.	234	61,9	88	32,5
Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilme ve uygulama.	H.İ.D.	39	10,3	31	11,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	133	35,2	158	58,3
	H.İ.Hem.K.İ. U.	206	54,5	82	30,3
Hastaya pozisyon verme.	H.İ.D.	12	3,2	11	4,1
	H.İ.Hek.K.İ. U.	46	12,2	109	40,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	320	84,7	151	55,7
Fiziksel hareketi sınırlama.	H.İ.D.	32	8,5	15	5,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	164	43,4	147	54,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	182	48,1	109	40,2
Aldığı çıkardığı sıvıları izleme.	H.İ.D.	13	3,4	6	2,2
	H.İ.Hek.K.İ. U.	119	31,5	130	48,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	246	65,1	135	49,8
Endotrakeal ekstubasyon uygulama.	H.İ.D.	246	65,1	169	62,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	107	28,3	84	31,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	25	6,6	18	6,6
Nazogastrik ve Oragastrik sonda yerleştirme.	H.İ.D.	229	60,6	153	56,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	109	28,8	94	34,7
	H.İ.Hem.K.İ. U.	40	10,6	24	8,9
Rektal tüp uygulama.	H.İ.D.	186	49,2	123	45,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	130	34,4	119	43,9
	H.İ.Hem.K.İ. U.	62	16,4	29	10,7
Postüral drenaj uygulama.	H.İ.D.	103	27,2	75	27,7
	H.İ.Hek.K.İ. U.	125	33,1	136	50,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	150	39,7	60	22,1
Kas gevşetici girişimleri uygulama.	H.İ.D.	77	20,4	77	28,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	184	48,7	148	54,6
	H.İ.Hem.K.İ. U.	117	31,0	46	17,0
Ağrı ve bulantıyı önleme amaçlı vücudun belirli bölgelerine bası uygulama.	H.İ.D.	101	26,7	75	27,7
	H.İ.Hek.K.İ. U.	143	37,8	129	47,6
	H.İ.Hem.K.İ. U.	134	35,4	67	24,7
Çalışma ortamının risklerini değerlendirme ve standartlara uygun önlem alma.	H.İ.D.	43	11,4	26	9,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	43	11,4	103	38,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	292	77,2	142	52,4
Hasta güvenliği önlemleri alma.	H.İ.D.	14	3,7	17	6,3
	H.İ.Hek.K.İ. U.	33	8,7	85	31,4
	H.İ.Hem.K.İ. U.	331	87,6	169	62,4

**H.İ.D.: Hemşirelik İşlevi Değildir ; H.İ.Hek.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hekim Kararı İle Uygulanır ; H.İ.Hem.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hemşirelik Kararı İle Uygulanır*

Hemşirelik işlevlerinden “**bakım**” işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde aşağıdaki bulgular tespit edilmiştir. Bulguların ardından hemşirelik işlevlerinin, Sağlık Bakanlığı’nca 8 Mart 2010 Tarihli 27515 Sayılı Hemşirelik Yönetmeliği (HY) ve aynı yönetmeliğin eki olarak 19 Nisan 2011 Tarihinde 27910 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (HYDYYD) kapsamında ifadelerine yer verilmiştir (Tablo 6.4.).

Hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlama, uygulama ve yönetme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=37,823$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 6’sının (%1,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 23’ünün (%6,1) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 349’unun (%92,3) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 4’ünün (%1,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 61’i (%22,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 206’sının (%76,0) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliği 2. Bölüm; Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları Madde 6(1) hemşireler (a): “***Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirme, gerekli iyileştirmeleri yapma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=75,521$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 11’i (%2,9) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 33’ünün (%8,7) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 334’ünün (%88,4) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 15’i (%5,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 95’i (%35,1) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 161’i (%59,4) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY 2. Bölüm; Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları Madde 6(1) hemşireler (b): “***Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=51,496$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 11’i (%2,9) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 75’i (%19,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 292’si (%77,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır.

uygulanır’’; Mesleği hekim olanların 18'i (%6,6) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’, 117'si (%43,2) ‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’, 136'sının (%50,2) ‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’ olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY ‘‘Ek-2’’ Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(a): **‘‘Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar’’**; ‘‘Ek-3’’Enfeksiyon kontrolü önlemleri: **‘‘hemşirelik kararı ile uygulanır’’** ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=72,330$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 47'si (%12,4) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’, 143'ünün (%37,8) ‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’, 188'i (%49,7) ‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’; Mesleği hekim olanların 75'i (%27,7) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’, 147'si (%54,2) ‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’, 49'unun (%18,1) ‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’ olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY ‘‘Ek-2’’ Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(d): **‘‘Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.’’** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Sıvı elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunlara uygun hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=125,642$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 21'i (%5,6) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’, 109'unun (%28,8) ‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’, 248'i (%65,6) ‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’; Mesleği hekim olanların 54'ünün (%19,9) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’, 158'i (%58,3) ‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’, 59'unun (%21,8) ‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’ olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY ‘‘Ek-2’’ Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ç): **‘‘Sıvı- elektrolit ve asit- baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir’’** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlama ve uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=54,795$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 40'ının (%10,6) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’, 104'ünün (%27,5) ‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’, 234'ünün (%61,9) ‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’; Mesleği hekim olanların 48'i (%17,7) ‘‘hemşirelik işlevi değildir’’,

135'i (%49,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 88'i (%32,5) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ğ): “***Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilme ve uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=39,894$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 39'unun (%10,3) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 133'ünün (%35,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 206'sının (%54,5) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 31'i (%11,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 158'i (%58,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 82'si (%30,3) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ğ): “***Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Hastaya pozisyon verme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=70,566$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 12'si (%3,2) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 46'sının (%12,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 320'si (%84,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 11'i (%4,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 109'unun (%40,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 151'i (%55,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Acil servis hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ğ): “***Hastaya pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonu değiştirir ve mobilizasyonu sağlar***”; “Ek-3” Hareketsizlik yönetimi: “***Pozisyon verme (sırtüstü, düz, yan, oturur, yarı oturur vb.) hemşirelik kararı/ hekim kararı ile uygulanır***” ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Fiziksel hareketi sınırlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=7,966$; $p=0,019<0.05$). Mesleği hemşire olanların 32'si (%8,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 164'ünün (%43,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 182'si (%48,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 15'i (%5,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 147'si (%54,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 109'unun (%40,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Hareketsizlik yönetimi: “

Fiziksel hareketi sınırlama hekim kararı ile uygulanır ” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Aldığı çıkardığı sıvıları izleme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=18,259$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 13'ünün (%3,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 119'unun (%31,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 246'sının (%65,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 6'sının (%2,2) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 130'unun (%48,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 135'i (%49,8) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Acil servis hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(h): ***“Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder”***; “Ek-3” Hastanın izlenmesi/Monitorizasyonu: ***“Aldığı çıkardığı sıvının izlenmesi (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire bu parametreleri izler)hemşire kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır ”*** ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Endotrakeal ekstübasyon uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,570$; $p=0,752>0.05$). Mesleği hemşire olanların 246'sının (%65,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 107'si (%28,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 25'i (%6,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 169'unun (%62,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 84'ünün (%31,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 18'i (%6,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Solunum yönetimi: ***“Endotrakeal ekstübasyon hekim kararı ile uygulanır ”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Nazogastrik ve orogastrik sonda yerleştirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=2,660$; $p=0,264>0.05$). Mesleği hemşire olanların 229'unun (%60,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 109'unun (%28,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 40'ının (%10,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 153'ünün (%56,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 94'ünün (%34,7) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 24'ünün (%8,9) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Beslenme desteği: ***“Nazogastrik ve orogastrik sonda yerleştirme(*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire bu parametreleri izler) hemşirelik kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır ”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Rektal tüp uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=7,871$; $p=0,020<0.05$). Mesleği hemşire olanların 186'sının (%49,2) "*hemşirelik işlevi değildir*", 130'unun (%34,4) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 62'si (%16,4) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*"; Mesleği hekim olanların 123'ünün (%45,4) "*hemşirelik işlevi değildir*", 119'unun (%43,9) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 29'unun (%10,7) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*" olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY "Ek-2" Acil servis hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(e): "**Rektal tüp uygular, lavman yapar**"; "Ek-3" Boşaltım yönetimi: "**Rektal tüp hekim kararı ile uygulanır**" ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Postüral drenaj uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=26,519$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 103'ünün (%27,2) "*hemşirelik işlevi değildir*", 125'i (%33,1) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 150'si (%39,7) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*"; Mesleği hekim olanların 75'i (%27,7) "*hemşirelik işlevi değildir*", 136'sının (%50,2) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 60'ının (%22,1) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*" olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY "Ek-3" Solunum yönetimi: "**Postüral drenaj (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire bu parametreleri izler) hemşirelik kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır**" ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Kas gevşetici girişimleri uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=17,669$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 77'si (%20,4) "*hemşirelik işlevi değildir*", 184'ünün (%48,7) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 117'si (%31,0) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*"; Mesleği hekim olanların 77'si (%28,4) "*hemşirelik işlevi değildir*", 148'i (%54,6) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 46'sının (%17,0) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*" olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY "Ek-3" Beslenme desteği: "**Kas gevşetici girişimlerin uygulanması: hemşirelik kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır**" ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Ağrı ve bulantıyı önleme amaçlı vücudun belirli bölgelerine bası uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=9,512$; $p=0,009<0.05$). Mesleği hemşire olanların 101'i (%26,7) "*hemşirelik işlevi değildir*", 143'ünün (%37,8) "*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*", 134'ünün (%35,4) "*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*"; Mesleği hekim olanların 75'i (%27,7) "*hemşirelik işlevi değildir*",

129'unun (%47,6) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 67'si (%24,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Beslenme desteği: “***Ağrı ve bulantıyı önleme amaçlı vücudun belirli bölgelerine bası hemşirelik kararı ile uygulanır***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Çalışma ortamının risklerini değerlendirme ve standartlara uygun önlem alma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=64,810$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 43'ünün (%11,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 43'ünün (%11,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 292'si (%77,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” ; Mesleği hekim olanların 26'sının (%9,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 103'ünün (%38,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 142'si (%52,4) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” İç hastalıkları hemşireliği/onkoloji hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(c): “***Çalışma ortamının risklerini değerlendirir ve standartlara uygun önlem alır***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Hasta güvenliği önlemleri alma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=59,675$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 14'ünün (%3,7) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 33'ünün (%8,7) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 331'i (%87,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 17'si (%6,3) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 85'i (%31,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 169'unun (%62,4) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY 2. Bölüm; Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları Madde 6(1) hemşireler (c): “***hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır***” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.).

Tablo 6.5. Hemşirelik İşlevlerinden Tanı ve Tedavi İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı (N:649)

HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ	İFADELER	HEMŞİRE N=378		HEKİM N=271	
		N	%	N	%
Yaradan kültür için örnek alma, yarayı değerlendirme, mekanik temizliği, irrigasyonu ve pansumanı yapma, bandaj uygulama.	H.İ.D.	134	35,4	104	38,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	170	45,0	115	42,4
	H.İ.Hem.K.İ. U.	74	19,6	52	19,2
Nazogastrik/Orogastrik tüpten mide sıvısı alma.	H.İ.D.	187	49,5	101	37,3
	H.İ.Hek.K.İ. U.	138	36,5	116	42,8
	H.İ.Hem.K.İ. U.	53	14,0	54	19,9
EKG çekme.	H.İ.D.	118	31,2	55	20,3
	H.İ.Hek.K.İ. U.	150	39,7	137	50,6
	H.İ.Hem.K.İ. U.	110	29,1	79	29,2
Kafa içi basıncı izleme.	H.İ.D.	163	43,1	130	48,0
	H.İ.Hek.K.İ. U.	160	42,3	117	43,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	55	14,6	24	8,9
Hasta ile ilgili toplanan verileri değerlendirme ve yorumlama.	H.İ.D.	105	27,8	134	49,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	104	27,5	110	40,6
	H.İ.Hem.K.İ. U.	169	44,7	27	10,0
Hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözlemleme, kayıt etme, gerektiğinde ilgililere rapor etme.	H.İ.D.	27	7,1	36	13,3
	H.İ.Hek.K.İ. U.	84	22,2	131	48,3
	H.İ.Hem.K.İ. U.	267	70,6	104	38,4
Bilinci kapalı olan hastaların nörolojik değerlendirmelerini yapma.	H.İ.D.	154	40,7	170	62,7
	H.İ.Hek.K.İ. U.	110	29,1	79	29,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	114	30,2	22	8,1
Kardiyak ritmi izleme, yorumlama, öldürücü ritimleri tanıma ve gerekli acil girişimleri bilme.	H.İ.D.	98	25,9	96	35,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	140	37,0	126	46,5
	H.İ.Hem.K.İ. U.	140	37,0	49	18,1
Gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatma, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon, ve acil senkronize kardiyoversiyon uygulama ve rapor etme.	H.İ.D.	106	28,0	61	22,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	147	38,9	160	59,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	125	33,1	50	18,5

*H.İ.D.: Hemşirelik İşlevi Değildir ; H.İ.Hek.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hekim Kararı İle Uygulanır ; H.İ.Hem.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hemşirelik Kararı İle Uygulanır

Hemşirelik işlevlerinden “**tanı ve tedavi**” işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde aşağıdaki bulgular tespit edilmiştir. Bulguların ardından hemşirelik işlevlerinin, Sağlık Bakanlığı’nca 19 Nisan 2011 Tarihinde 27910 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (HYDYYD) kapsamında ifadelerine yer verilmiştir (Tablo 6.5.).

Yaradan kültür için örnek alma yarayı değerlendirme, mekanik temizliği, irrigasyonu ve pansumanı yapma, bandaj uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,612$; $p=0,736>0.05$). Mesleği hemşire olanların 134’ünün (%35,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 170’i (%45,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile*

uygulanır'', 74'ünün (%19,6) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 104'ünün (%38,4) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 115'i (%42,4) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 52'si (%19,2) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin (HYDYDY) “Ek-3” Tanı işlemleri/örnek alma: ***“Yaradan kültür için örnek alınması* (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire kararı ile uygulanır) hekim kararı ile uygulanır”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Nazogastrik/Orogastrik tüpten mide sıvısı alma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=10,233$; $p=0,006<0.05$). Mesleği hemşire olanların 187'si (%49,5) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 138'i (%36,5) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 53'ünün (%14,0) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 101'i (%37,3) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 116'sının (%42,8) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 54'ünün (%19,9) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Tanı işlemleri/örnek alma: ***“Nazogastrik/Orogastrik tüpten mide sıvısı alınması hekim kararı ile uygulanır”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

EKG çekme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=11,281$; $p=0,004<0.05$). Mesleği hemşire olanların 118'i (%31,2) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 150'si (%39,7) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 110'unun (%29,1) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 55'i (%20,3) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 137'si (%50,6) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 79'unun (%29,2) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Tanı işlemleri/örnek alma: ***“EKG çekilmesi* (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire kararı ile uygulanır) hekim kararı ile uygulanır”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Kafa içi basıncı izleme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=5,053$; $p=0,080>0.05$). Mesleği hemşire olanların 163'ünün (%43,1) *“hemşirelik işlevi değildir”*,

160'ının (%42,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 55'i (%14,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 130'unun (%48,0) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 117'si (%43,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 24'ünün (%8,9) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Hastanın izlenmesi/ monitorizasyonu: **“Kafa içi basıncının izlenmesi* (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire kararı ile uygulanır) hekim kararı ile uygulanır”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Hasta ile ilgili toplanan verileri değerlendirme ve yorumlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=91,408$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 105'i (%27,8) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 104'ünün (%27,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 169'unun (%44,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 134'ünün (%49,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 110'unun (%40,6) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 27'si (%10,0) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” yoğun bakım hemşiresi , tıbbi tanı ve tedavi planının uygulamasına katılma (a): **“ Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir”**; “Ek-3” II-Hemşirelik tanılarının veya ortak bakım sorunlarının değerlendirilmesi: **“Hasta ile ilgili toplanan verilerde (öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve diğer tanı işlemleri sonuçlarında) veya bakım uygulaması sonuçlarında normalden sapmaların değerlendirilmesi ve yorumlanması hemşire kararı ile uygulanır”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözlemlene, kayıt etme, gerektiğinde ilgililere rapor etme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=67,365$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 27'si (%7,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 84'ünün (%22,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 267'si (%70,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 36'sının (%13,3) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 131'i (%48,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 104'ünün (%38,4) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve

sorumlulukları tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma içinde (d): **“ Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerinin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Bilinci kapalı olan hastaların nörolojik değerlendirmelerini yapma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=51,879$; $p=0,000<0.05$). Meslek hemşire olanların 154'ünün (%40,7) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 110'unun (%29,1) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 114'ünün (%30,2) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”**; Mesleği hekim olanların 170'i (%62,7) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 79'unun (%29,2) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 22'si (%8,1) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”** olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY **“Ek-2”** yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları içinde (h): **“Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Kardiyak ritmi izleme, yorumlama, öldürücü ritimleri tanıma ve gerekli acil girişimleri bilme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=27,684$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 98'i (%25,9) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 140'ının (%37,0) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 140'ının (%37,0) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”**; Mesleği hekim olanların 96'sının (%35,4) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 126'sının (%46,5) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 49'unun (%18,1) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”** olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY **“Ek-2”** yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasına katılma (f): **“Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatma, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygulama ve rapor etme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=27,937$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 106'sının (%28,0) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 147'si (%38,9) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 125'i (%33,1) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”*; Mesleği hekim olanların 61'i (%22,5) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 160'ının (%59,0) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, 50'si (%18,5) *“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYYD *“Ek-2”* yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları içinde/ tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasına katılma (ğ) ve aynı madde acil servis hemşiresi/ tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasına katılma (c): ***“Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünitelerde hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.”*** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Tablo 6.6. Hemşirelik İşlevlerinden Eğitim İşlevlerinin Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı (N=649)

HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ	İFADELER	HEMŞİRE N=378		HEKİM N=271	
		N	%	N	%
İşitme ve konuşma problemi olan hastalarla iletişim sağlama.	H.İ.D.	36	9,5	39	14,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	30	7,9	69	25,5
	H.İ.Hem.K.İ. U.	312	82,5	163	60,1
Hastaneye yattığı andan itibaren hasta ve ailesini taburculuğa ve evde bakıma hazırlama.	H.İ.D.	6	1,6	12	4,4
	H.İ.Hek.K.İ. U.	29	7,7	80	29,5
	H.İ.Hem.K.İ. U.	343	90,7	179	66,1
Kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık / üreme sağlığı sorunlarını belirleme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütme.	H.İ.D.	49	13,0	45	16,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	57	15,1	89	32,8
	H.İ.Hem.K.İ. U.	272	72,0	137	50,6
Hasta ve ailesini hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirme.	H.İ.D.	150	39,7	121	44,6
	H.İ.Hek.K.İ. U.	78	20,6	103	38,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	150	39,7	47	17,3
Bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler veya alternatif tıp uygulamalarını değerlendirme.	H.İ.D.	190	50,3	157	57,9
	H.İ.Hek.K.İ. U.	89	23,5	79	29,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	99	26,2	35	12,9
Hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlama, uygulama ve eğitimin etkinliğini değerlendirme.	H.İ.D.	86	22,8	103	38,0
	H.İ.Hek.K.İ. U.	71	18,8	123	45,4
	H.İ.Hem.K.İ. U.	221	58,5	45	16,6
Hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirme.	H.İ.D.	33	8,7	47	17,3
	H.İ.Hek.K.İ. U.	68	18,0	111	41,0
	H.İ.Hem.K.İ. U.	277	73,3	113	41,7
İhmal ve istismar durumunu tanıma, şüpheli durumlarda ilgili yerlere bildirimde bulunma.	H.İ.D.	42	11,1	27	10,0
	H.İ.Hek.K.İ. U.	69	18,3	117	43,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	267	70,6	127	46,9
Hasta ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirleme ve destek almalarına yardımcı olma.	H.İ.D.	81	21,4	61	22,5
	H.İ.Hek.K.İ. U.	46	12,2	79	29,2
	H.İ.Hem.K.İ. U.	251	66,4	131	48,3

*H.İ.D.: Hemşirelik İşlevi Değildir ; H.İ.Hek.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hekim Kararı İle Uygulanır ;
H.İ.Hem.K.İ.U.: Hemşirelik İşlevidir Hemşirelik Kararı İle Uygulanır

Hemşirelik işlevlerinden “**eğitim**” işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde aşağıdaki bulgular tespit edilmiştir. Bulguların ardından hemşirelik işlevlerinin, Sağlık Bakanlığı’nca 19 Nisan 2011 Tarihinde 27910 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (HYDYYD) kapsamında ifadelerine yer verilmiştir (Tablo 6.6.).

İşitme ve konuşma problemi olan hastalarla iletişim sağlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=45,827$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 36’sının (%9,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 30’unun (%7,9) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 312’si (%82,5) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” ; Mesleği hekim olanların 39’unun (%14,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 69’unun (%25,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” uygulanır, 163’ünün (%60,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin (HYDYYD) “**Ek-3**”İletişim geliştirme: “**İşitme problemi olan hasta ile iletişim hemşirelik kararı ile uygulanır**” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Hastaneye yattığı andan itibaren hasta ve ailesini taburculuğa ve evde bakıma hazırlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=61,416$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 6’sının (%1,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 29’unun (%7,7) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 343’ünün (%90,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” ; Mesleği hekim olanların 12’si (%4,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 80’i (%29,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 179’unun (%66,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYYD “**Ek-2**” Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği görev yetki ve sorumlulukları/egitim ve danışmanlık (d): “**Hastaneye yattığı andan itibaren taburculuğa ve evde bakıma hazırlar**” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirleme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=35,056$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 49’unun (%13,0) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 57’si (%15,1) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 272’si (%72,0) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 45’i (%16,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 89’unun (%32,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 137’si (%50,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYYD “**Ek-2**” Halk sağlığı hemşireliği/Ana çocuk

sağlığı ve aile planlaması merkezi hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/eğitim ve danışmanlık (ç): **“Kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirler, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütür ”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Hasta ve ailesini hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=43,963$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 150'si (%39,7) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 78'i (%20,6) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 150'si (%39,7) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”**; Mesleği hekim olanların 121'i (%44,6) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 103'ünün (%38,0) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 47'si (%17,3) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”** olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” iç hastalıkları hemşireliği/onkoloji hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/tıbbi tanı ve tedavi uygulamasına katılma/kemoterapi ve biyoterapi (b): **“Birey ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusunda sorularını yanıtlar, gerekli durumlarda hekime yönlendirir”**; “Ek-3” Eğitim ve danışmanlık: **“hastalık süreci hakkında eğitim hemşirelik kararı ile uygulanır”** ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler veya alternatif tıp uygulamalarını değerlendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=17,125$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 190'ının (%50,3) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 89'unun (%23,5) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 99'unun (%26,2) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”**; Mesleği hekim olanların 157'si (%57,9) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 79'unun (%29,2) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 35'i (%12,9) **“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”** olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Halk sağlığı hemşireliği/Toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları (g): **“Toplumdaki bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekleri gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir ”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlama, uygulama ve eğitimin etkinliğini değerlendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=117,470$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 86'sının (%22,8) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 71'i (%18,8) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 221'i (%58,5) hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır; Mesleği hekim olanların 103'ünün (%38,0) **“hemşirelik işlevi değildir”**, 123'ünün (%45,4) **“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”**, 45'i (%16,6)

“hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği/psikiyatri hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ eğitim ve danışmanlık(f): **“Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=65,894$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 33'ünün (%8,7) “hemşirelik işlevi değildir”, 68'i (%18,0) “hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”, 277'si (%73,3) “hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”; Mesleği hekim olanların 47'si (%17,3) “hemşirelik işlevi değildir”, 111'i (%41,0) “hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”, 113'ünün (%41,7) “hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” iç hastalıkları hemşireliği/onkoloji hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ radyoterapi sürecinde hemşire(g): **“Hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirir”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

İhmal ve istismar durumunu tanıma, şüpheli durumlarda ilgili yerlere bildirimde bulunma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=49,087$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 42'si (%11,1) “hemşirelik işlevi değildir”, 69'unun (%18,3) “hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”, 267'si (%70,6) “hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”; Mesleği hekim olanların 27'si (%10,0) “hemşirelik işlevi değildir”, 117'si (%43,2) “hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”, 127'si (%46,9) “hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği görev yetki ve sorumlulukları/hemşirelik bakımı(e): **“Çocuk ihmal ve istismarı durumlarını tanır. Şüpheli durumlarda ilgili yerlere bildirimde bulunur”** ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.6.).

Hasta ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirleme ve destek almalarına yardımcı olma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=32,467$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 81'i (%21,4) “hemşirelik işlevi değildir”, 46'sının (%12,2) “hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”, 251'i (%66,4) “hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır”; Mesleği hekim olanların 61'i (%22,5) “hemşirelik işlevi değildir”, 79'unun (%29,2) “hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”, 131'i (%48,3) “hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” iç hastalıkları hemşireliği/onkoloji hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ radyoterapi sürecinde palyatif hemşirelik

bakımı(d): *“Birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirler ve destek almalarına yardımcı olur”*; ‘Ek-3’ Sağlık sistemi: *“Sosyal hizmetlerden yararlandırıcı girişimler hemşirelik kararı ile uygulanır ”* ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.6.).

6.3. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı ve Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.7. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı ve Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Ortalaması

Alt Boyutlar	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yönetim	649	2,618	0,332	1,000	3,000
Bakım	649	2,279	0,333	1,330	3,000
Tanı ve Tedavi	649	1,930	0,444	1,000	3,000
Eğitim	649	2,323	0,462	1,000	3,000
Genel Ortalama	649	2,287	0,297	1,470	3,000

Sağlık profesyonellerinin görüşlerine göre hemşirelik işlevleri boyutlarından yönetim boyutu $2,618 \pm 0,332$; bakım boyutu $2,279 \pm 0,333$; tanı ve tedavi boyutu $1,930 \pm 0,444$; eğitim boyutu $2,323 \pm 0,462$ olarak tespit edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin görüşlerine göre hemşirelik işlevleri genel ortalaması $2,287 \pm 0,297$ olarak tespit edilmiştir. Hemşirelik işlevleri alt boyutlarına ilişkin ortalamaların 2 ve üzerine çıkması “Hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır” görüşünün arttığını göstermiştir (Tablo 6.7.).

Tablo 6.8. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı ve Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Mesleğe Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Meslek	N	Ort	Ss	t	p
Yönetim	Hemşire	378	2,685	0,332	6,245	0,000
	Hekim	271	2,525	0,310		
Bakım	Hemşire	378	2,370	0,300	8,714	0,000
	Hekim	271	2,152	0,336		
Tanı ve Tedavi	Hemşire	378	2,004	0,439	5,171	0,000
	Hekim	271	1,825	0,430		
Eğitim	Hemşire	378	2,447	0,443	8,502	0,000
	Hekim	271	2,150	0,432		

Yönetim, Bakım, Tanı tedavi, Eğitim düzeylerinin **meslek değişkenine** göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.8).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=6.245$; $p=0.000<0,05$). Hemşirelerin yönetim puanları ($x=2,685$), hekimlerin yönetim puanlarından ($x=2,525$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.8).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=8.714$; $p=0.000<0,05$). Hemşirelerin bakım puanları ($x=2,370$), hekimlerin bakım puanlarından ($x=2,152$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.8).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=5.171$; $p=0.000<0,05$). Hemşirelerin tanı ve tedavi puanları ($x=2,004$), hekimlerin tanı ve tedavi puanlarından ($x=1,825$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.8).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=8.502$; $p=0.000<0,05$). Hemşirelerin eğitim puanları ($x=2,447$), hekimlerin eğitim puanlarından ($x=2,150$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.8).

Tablo 6.9. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ort	Ss	t	p
Yönetim	Erkek	199	2,540	0,305	-4,064	0,000
	Kadın	450	2,653	0,338		
Bakım	Erkek	199	2,153	0,348	-6,627	0,000
	Kadın	450	2,335	0,311		
Tanı ve Tedavi	Erkek	199	1,864	0,440	-2,526	0,012
	Kadın	450	1,959	0,442		
Eğitim	Erkek	199	2,178	0,446	-5,431	0,000
	Kadın	450	2,387	0,455		

Yönetim, Bakım, Tanı ve tedavi, Eğitim düzeylerinin “**cinsiyet**” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.9).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **cinsiyet** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=-4.064$; $p=0.000<0,05$). Kadınların yönetim

puanları ($x=2,653$), erkeklerin yönetim puanlarından ($x=2,540$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.9).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının **cinsiyet** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=-6.627$; $p=0.000<0,05$). Kadınların bakım puanları ($x=2,335$), erkeklerin bakım puanlarından ($x=2,153$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.9).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **cinsiyet** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=-2.526$; $p=0.012<0,05$). Kadınların tanı ve tedavi puanları ($x=1,959$), erkeklerin tanı ve tedavi puanlarından ($x=1,864$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.9).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının **cinsiyet** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=-5.431$; $p=0.000<0,05$). Kadınların eğitim puanları ($x=2,387$), erkeklerin eğitim puanlarından ($x=2,178$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.9).

Tablo 6.10. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Çalışılan Kuruma Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Çalışılan Kurum	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	Üniversite Hastanesi	387	2,677	0,320	18,405	0,000	1 > 2 3 > 2
	Eğitim Araştırma Hastanesi	199	2,506	0,340			
	Özel Hastane	63	2,610	0,291			
Bakım	Üniversite Hastanesi	387	2,293	0,323	0,957	0,385	
	Eğitim Araştırma Hastanesi	199	2,253	0,347			
	Özel Hastane	63	2,273	0,352			
Tanı Tedavi	Üniversite Hastanesi	387	1,942	0,441	7,282	0,001	3 > 1 1 > 2 3 > 2
	Eğitim Araştırma Hastanesi	199	1,854	0,424			
	Özel Hastane	63	2,090	0,479			
Eğitim	Üniversite Hastanesi	387	2,364	0,458	3,930	0,020	1 > 2
	Eğitim Araştırma Hastanesi	199	2,257	0,460			
	Özel Hastane	63	2,273	0,473			

Yönetim, Bakım, Tanı ve tedavi, Eğitim düzeylerinin “**çalışılan kuruma**” göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.10).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **çalışılan kurum** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=18,405$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştığı kurum “üniversite hastanesi” olanların yönetim puanları ($2,677 \pm 0,320$), çalıştığı kurum “EAH” olanların yönetim puanlarından ($2,506 \pm 0,340$) yüksek bulunmuştur. Çalıştığı kurum “özel hastane” olanların yönetim puanları ($2,610 \pm 0,291$), çalıştığı kurum “EAH” olanların yönetim puanlarından ($2,506 \pm 0,340$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.10).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **çalışılan kurum** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=7,282$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştığı kurum “özel hastane” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,090 \pm 0,479$), çalıştığı kurum “üniversite hastanesi” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,942 \pm 0,441$) yüksek bulunmuştur. Çalıştığı kurum “üniversite hastanesi” olanların tanı ve tedavi puanları ($1,942 \pm 0,441$), çalıştığı kurum “EAH” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,854 \pm 0,424$) yüksek bulunmuştur. Çalıştığı kurum “özel hastane” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,090 \pm 0,479$), çalıştığı kurum “EAH” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,854 \pm 0,424$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.10).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının **çalışılan kurum** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=3,930$; $p=0,020<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştığı kurum “üniversite hastanesi” olanların eğitim puanları ($2,364 \pm 0,458$), çalıştığı kurum “EAH” olanların eğitim puanlarından ($2,257 \pm 0,460$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.10).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının **çalışılan kurum** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 6.10).

Tablo 6.21. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Pozisyona Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Pozisyon	N	Ort	Ss	t	p
Yönetim	Yönetici	92	2,751	0,328	4,186	0,000
	Yönetici Değil	557	2,596	0,328		
Bakım	Yönetici	92	2,432	0,311	4,853	0,000
	Yönetici Değil	557	2,254	0,330		
Tanı Tedavi	Yönetici	92	2,145	0,408	5,122	0,000
	Yönetici Değil	557	1,894	0,439		
Eğitim	Yönetici	92	2,504	0,410	4,106	0,000
	Yönetici Değil	557	2,293	0,464		

Yönetim, Bakım, Tanı tedavi, Eğitim düzeylerinin **pozisyon değişkenine** göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.11).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **pozisyon** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=4.186$; $p=0.000<0,05$). Yöneticilerin yönetim puanları ($x=2,751$), yönetici olmayanların yönetim puanlarından ($x=2,596$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.11).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının **pozisyon** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=4.853$; $p=0.000<0,05$). Yöneticilerin bakım puanları ($x=2,432$), yönetici olmayanların bakım puanlarından ($x=2,254$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.11).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **pozisyon** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=5.122$; $p=0.000<0,05$). Yöneticilerin tanı ve tedavi puanları ($x=2,145$), yönetici olmayanların tanı ve tedavi puanlarından ($x=1,894$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.11).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının **pozisyon** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=4.106$; $p=0.000<0,05$). Yöneticilerin eğitim puanları ($x=2,504$), yönetici olmayanların eğitim puanlarından ($x=2,293$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.11).

Tablo 6.32. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	Sağlık Meslek Lisesi	49	2,554	0,345	8,471	0,000	3 > 1
	Ön Lisans	73	2,620	0,370			3 > 2
	Lisans	189	2,724	0,294			3 > 4
	Yüksek Lisans	223	2,576	0,336			3 > 5
	Doktora	115	2,539	0,314			
Bakım	Sağlık Meslek Lisesi	49	2,266	0,342	11,847	0,000	3 > 1
	Ön Lisans	73	2,358	0,276			2 > 4
	Lisans	189	2,374	0,295			3 > 4
	Yüksek Lisans	223	2,242	0,343			1 > 5
	Doktora	115	2,136	0,347			2 > 5 3 > 5 4 > 5
Tanı Tedavi	Sağlık Meslek Lisesi	49	1,930	0,381	2,425	0,047	
	Ön Lisans	73	1,916	0,459			3 > 4
	Lisans	189	2,003	0,435			3 > 5
	Yüksek Lisans	223	1,908	0,449			
	Doktora	115	1,851	0,452			
Eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	49	2,358	0,426	8,652	0,000	3 > 4
	Ön Lisans	73	2,356	0,464			1 > 5
	Lisans	189	2,453	0,447			2 > 5
	Yüksek Lisans	223	2,265	0,470			3 > 5
	Doktora	115	2,166	0,426			

Yönetim, Bakım, Tanı ve Tedavi, Eğitim düzeylerinin “**eğitim durumu**” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.12).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **eğitim durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=8,471$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu “**lisans**” olanların yönetim puanları ($2,724 \pm 0,294$), eğitim durumu “**Sağlık Meslek Lisesi**” olanların yönetim puanlarından ($2,554 \pm 0,345$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “**lisans**” olanların

yönetim puanları ($2,724 \pm 0,294$), eğitim durumu “ön lisans” olanların yönetim puanlarından ($2,620 \pm 0,370$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “lisans” olanların yönetim puanları ($2,724 \pm 0,294$), eğitim durumu “yüksek lisans” olanların yönetim puanlarından ($2,576 \pm 0,336$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Lisans” olanların yönetim puanları ($2,724 \pm 0,294$), eğitim durumu “Doktora” olanların yönetim puanlarından ($2,539 \pm 0,314$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.12.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının **eğitim durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=11,847$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu “Lisans” olanların bakım puanları ($2,374 \pm 0,295$), eğitim durumu “Sağlık Meslek Lisesi olanların bakım puanlarından ($2,266 \pm 0,342$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Ön lisans” olanların bakım puanları ($2,358 \pm 0,276$), eğitim durumu “Yüksek Lisans” olanların bakım puanlarından ($2,242 \pm 0,343$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Lisans” olanların bakım puanları ($2,374 \pm 0,295$), eğitim durumu Yüksek Lisans olanların bakım puanlarından ($2,242 \pm 0,343$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Sağlık Meslek Lisesi” olanların bakım puanları ($2,266 \pm 0,342$), eğitim durumu “Doktora” olanların bakım puanlarından ($2,136 \pm 0,347$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Ön lisans” olanların bakım puanları ($2,358 \pm 0,276$), eğitim durumu “Doktora” olanların bakım puanlarından ($2,136 \pm 0,347$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Lisans” olanların bakım puanları ($2,374 \pm 0,295$), eğitim durumu “Doktora” olanların bakım puanlarından ($2,136 \pm 0,347$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Yüksek Lisans” olanların bakım puanları ($2,242 \pm 0,343$), eğitim durumu “Doktora” olanların bakım puanlarından ($2,136 \pm 0,347$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.12).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **eğitim durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmuştur($F=2,425$; $p=0,047<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu “Lisans” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,003 \pm 0,435$), eğitim durumu “Yüksek Lisans” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,908 \pm 0,449$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Lisans” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,003 \pm 0,435$), eğitim durumu “Doktora” olanların tanı tedavi puanlarından ($1,851 \pm 0,452$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.12).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının **eğitim durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=8,652$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu “Lisans” olanların eğitim puanları ($2,453 \pm 0,447$), eğitim durumu “Yüksek Lisans” olanların eğitim puanlarından ($2,265 \pm 0,470$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Sağlık Meslek Lisesi” olanların eğitim puanları ($2,358 \pm 0,426$), eğitim durumu “Doktora” olanların eğitim puanlarından ($2,166 \pm 0,426$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Ön lisans” olanların eğitim puanları ($2,356 \pm 0,464$), eğitim durumu “Doktora” olanların eğitim puanlarından ($2,166 \pm 0,426$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu “Lisans” olanların eğitim puanları ($2,453 \pm 0,447$), eğitim durumu “Doktora” olanların eğitim puanlarından ($2,166 \pm 0,426$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.12).

Tablo 6.43. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Günlük Bakılan Hasta Sayısına Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Günlük Bakılan Hasta Sayısı	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	Bakmıyor	13	2,775	0,242	4,374	0,000	1 > 3
	1-3	72	2,649	0,296			2 > 3
	4-6	80	2,544	0,351			5 > 3
	7-10	94	2,587	0,326			6 > 3
	11-15	80	2,697	0,266			5 > 4
	16-20	99	2,710	0,336			6 > 4
	21 Ve üstü	211	2,567	0,348			1 > 7 5 > 7 6 > 7
Bakım	Bakmıyor	13	2,462	0,375	1,747	0,108	
	1-3	72	2,343	0,316			
	4-6	80	2,265	0,321			
	7-10	94	2,258	0,309			
	11-15	80	2,292	0,312			
	16-20	99	2,306	0,355			
	21 Ve üstü	211	2,243	0,344			
Tanı -Tedavi	Bakmıyor	13	2,231	0,441	2,182	0,043	1 > 3
	1-3	72	2,026	0,467			1 > 4
	4-6	80	1,939	0,415			1 > 5
	7-10	94	1,965	0,397			1 > 6
	11-15	80	1,896	0,449			1 > 7
	16-20	99	1,897	0,489			2 > 7
	21 Ve üstü	211	1,887	0,434			
Eğitim	Bakmıyor	13	2,573	0,368	1,506	0,174	
	1-3	72	2,390	0,504			
	4-6	80	2,297	0,492			
	7-10	94	2,317	0,464			
	11-15	80	2,315	0,452			
	16-20	99	2,373	0,485			
	21 Ve üstü	211	2,275	0,428			

Yönetim, Bakım, Tanı ve Tedavi, Eğitim düzeylerinin “**günlük bakılan hasta sayısı**” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.13).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **günlük bakılan hasta sayısı** değişkenine göre anlamlı bir farklılık

gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,374$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların yönetim puanları ($2,775 \pm 0,242$), günlük bakılan hasta sayısı “4-6” olanların yönetim puanlarından ($2,544 \pm 0,351$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “1-3” olanların yönetim puanları ($2,649 \pm 0,296$), günlük bakılan hasta sayısı “4-6” olanların yönetim puanlarından ($2,544 \pm 0,351$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “11-15” olanların yönetim puanları ($2,697 \pm 0,266$), günlük bakılan hasta sayısı “4-6” olanların yönetim puanlarından ($2,544 \pm 0,351$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “16-20” olanların yönetim puanları ($2,710 \pm 0,336$), günlük bakılan hasta sayısı “4-6” olanların yönetim puanlarından ($2,544 \pm 0,351$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “11-15” olanların yönetim puanları ($2,697 \pm 0,266$), günlük bakılan hasta sayısı “7-10” olanların yönetim puanlarından ($2,587 \pm 0,326$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “16-20” olanların yönetim puanları ($2,710 \pm 0,336$), günlük bakılan hasta sayısı “7-10” olanların yönetim puanlarından ($2,587 \pm 0,326$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların yönetim puanları ($2,775 \pm 0,242$), günlük bakılan hasta sayısı “21 ve üstü” olanların yönetim puanlarından ($2,567 \pm 0,348$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “11-15” olanların yönetim puanları ($2,697 \pm 0,266$), günlük bakılan hasta sayısı “21 ve üstü” olanların yönetim puanlarından ($2,567 \pm 0,348$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “16-20” olanların yönetim puanları ($2,710 \pm 0,336$), günlük bakılan hasta sayısı “21 ve üstü” olanların yönetim puanlarından ($2,567 \pm 0,348$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.13.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **günlük bakılan hasta sayısı** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,182$; $p=0,043<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,231 \pm 0,441$), günlük bakılan hasta sayısı “4-6” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,939 \pm 0,415$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,231 \pm 0,441$), günlük bakılan hasta sayısı “7-10” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,965 \pm 0,397$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,231 \pm 0,441$), günlük bakılan hasta sayısı “11-15” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,896 \pm 0,449$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların tanı-tedavi puanları ($2,231 \pm 0,441$), günlük bakılan hasta sayısı “16-20” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,897 \pm 0,489$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “bakmıyor” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,231 \pm 0,441$), günlük bakılan hasta sayısı “21 ve üstü” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,887 \pm 0,434$) yüksek bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı “1-3” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,026 \pm 0,467$), günlük bakılan hasta sayısı “21 ve üstü” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,887 \pm 0,434$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.13.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden bakım, eğitim puanları ortalamalarının günlük bakılan hasta sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.13.).

Tablo 6.54. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Meslekteki Hizmet Süresine Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Meslekteki Hizmet Süresi	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	1-5 Yıl	274	2,558	0,323	5,381	0,000	3 > 1
	6-10 Yıl	120	2,604	0,388			4 > 1
	11-16 Yıl	106	2,694	0,286			5 > 1
	17-21 Yıl	48	2,668	0,298			3 > 2
	22 Yıl üzeri	101	2,694	0,317			5 > 2
Bakım	1-5 Yıl	274	2,242	0,340	4,494	0,001	5 > 1
	6-10 Yıl	120	2,268	0,346			5 > 2
	11-16 Yıl	106	2,277	0,291			5 > 3
	17-21 Yıl	48	2,264	0,315			5 > 4
	22 Yıl üzeri	101	2,403	0,325			
Tanı-Tedavi	1-5 Yıl	274	1,881	0,436	4,174	0,002	5 > 1
	6-10 Yıl	120	1,955	0,438			5 > 2
	11-16 Yıl	106	1,891	0,431			5 > 3
	17-21 Yıl	48	1,910	0,471			5 > 4
	22 Yıl üzeri	101	2,081	0,443			
Eğitim	1-5 Yıl	274	2,275	0,473	1,796	0,128	
	6-10 Yıl	120	2,339	0,495			
	11-16 Yıl	106	2,327	0,456			
	17-21 Yıl	48	2,359	0,383			
	22 Yıl üzeri	101	2,411	0,422			

Yönetim, Bakım, Tanı ve tedavi, Eğitim düzeylerinin “**meslekteki hizmet süresi**” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.14).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **meslekteki hizmet süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(F=5,381; p=0,000<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslekteki hizmet süresi “11-16 yıl”

olanların yönetim puanları ($2,694 \pm 0,286$), meslekteki hizmet süresi “1-5 yıl” olanların yönetim puanlarından ($2,558 \pm 0,323$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “17-21” yıl olanların yönetim puanları ($2,668 \pm 0,298$), meslekteki hizmet süresi “1-5 yıl” olanların yönetim puanlarından ($2,558 \pm 0,323$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların yönetim puanları ($2,694 \pm 0,317$), meslekteki hizmet süresi “1-5 yıl” olanların yönetim puanlarından ($2,558 \pm 0,323$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “11-16 yıl” olanların yönetim puanları ($2,694 \pm 0,286$), meslekteki hizmet süresi “6-10 yıl” olanların yönetim puanlarından ($2,604 \pm 0,388$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların yönetim puanları ($2,694 \pm 0,317$), meslekteki hizmet süresi “6-10 yıl” olanların yönetim puanlarından ($2,604 \pm 0,388$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.14.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının **meslekteki hizmet süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=4,494$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların bakım puanları ($2,403 \pm 0,325$), meslekteki hizmet süresi “1-5 yıl” olanların bakım puanlarından ($2,242 \pm 0,340$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların bakım puanları ($2,403 \pm 0,325$), meslekteki hizmet süresi “6-10 yıl” olanların bakım puanlarından ($2,268 \pm 0,346$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların bakım puanları ($2,403 \pm 0,325$), meslekteki hizmet süresi “11-16 yıl” olanların bakım puanlarından ($2,277 \pm 0,291$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların bakım puanları ($2,403 \pm 0,325$), meslekteki hizmet süresi “17-21 yıl” olanların bakım puanlarından ($2,264 \pm 0,315$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.14.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **meslekteki hizmet süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmuştur($F=4,174$; $p=0,002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,081 \pm 0,443$), meslekteki hizmet süresi “1-5 yıl” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,881 \pm 0,436$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,081 \pm 0,443$), meslekteki hizmet süresi “6-10 yıl” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,955 \pm 0,438$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,081 \pm 0,443$), meslekteki hizmet süresi “11-16 yıl” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,891 \pm 0,431$) yüksek bulunmuştur. Meslekteki hizmet süresi “22 yıl üzeri” olanların tanı ve tedavi puanları ($2,081 \pm 0,443$), meslekteki hizmet süresi “17-21 yıl” olanların tanı ve tedavi puanlarından ($1,910 \pm 0,471$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.14.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının **meslekteki hizmet süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 6.14.).

Tablo 6.65. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması(N=649)

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	18-25	88	2,572	0,337	5,434	0,001	3 > 1
	26-32	282	2,574	0,350			4 > 1
	33-39	138	2,667	0,292			3 > 2
	40 Ve üzeri	141	2,688	0,314			4 > 2
Bakım	18-25	88	2,285	0,354	2,001	0,113	
	26-32	282	2,252	0,340			
	33-39	138	2,272	0,300			
	40 Ve üzeri	141	2,335	0,333			
Tanı Tedavi	18-25	88	1,876	0,478	2,027	0,109	
	26-32	282	1,913	0,434			
	33-39	138	1,918	0,421			
	40 Ve üzeri	141	2,007	0,457			
Eğitim	18-25	88	2,312	0,463	0,707	0,548	
	26-32	282	2,302	0,485			
	33-39	138	2,323	0,453			
	40 Ve üzeri	141	2,370	0,424			

Yönetim, Bakım, Tanı ve tedavi, Eğitim düzeylerinin “yaş” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.15).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **yaş** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=5,434$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı “33-39” olanların yönetim puanları ($2,667 \pm 0,292$), yaşı “18-25” olanların yönetim puanlarından ($2,572 \pm 0,337$) yüksek bulunmuştur. Yaşı “40 ve üzeri” olanların yönetim puanları ($2,688 \pm 0,314$), yaşı “18-25” olanların yönetim

puanlarından ($2,572 \pm 0,337$) yüksek bulunmuştur. Yaşı “33-39” olanların yönetim puanları ($2,667 \pm 0,292$), yaşı “26-32” olanların yönetim puanlarından ($2,574 \pm 0,350$) yüksek bulunmuştur. Yaşı “40 ve üzeri” olanların yönetim puanları ($2,688 \pm 0,314$), yaşı “26-32” olanların yönetim puanlarından ($2,574 \pm 0,350$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.15.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım, tanı tedavi, eğitim puanları** ortalamalarının **yaş** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 6.15.).

Tablo 6.76. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Çalışma Biçimine Göre Karşılaştırılması(N:649)

Alt Boyutlar	Çalışma Biçimi	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	Sürekli Gündüz	306	2,654	0,318	5,550	0,001	1 > 4 2 > 4 3 > 4
	Vardiya (8 Saat)	38	2,677	0,288			
	Nöbet (12-16-24 Saat)	199	2,610	0,353			
	Vardiya ve Gündüz (32 saat ve üzeri)	106	2,509	0,324			
Bakım	Sürekli Gündüz	306	2,276	0,345	4,814	0,003	1 > 4 2 > 4 3 > 4
	Vardiya (8 Saat)	38	2,341	0,348			
	Nöbet (12-16-24 Saat)	199	2,324	0,314			
	Vardiya ve Gündüz (32 saat ve üzeri)	106	2,180	0,309			
Tanı Tedavi	Sürekli Gündüz	306	1,961	0,460	2,019	0,110	
	Vardiya (8 Saat)	38	1,921	0,453			
	Nöbet (12-16-24 Saat)	199	1,931	0,447			
	Vardiya ve Gündüz (32 saat ve üzeri)	106	1,839	0,372			
Eğitim	Sürekli Gündüz	306	2,340	0,441	7,146	0,000	1 > 4 2 > 4 3 > 4
	Vardiya (8 Saat)	38	2,421	0,546			
	Nöbet (12-16-24 Saat)	199	2,374	0,458			
	Vardiya ve Gündüz (32 saat ve üzeri)	106	2,142	0,460			

Yönetim, Bakım, Tanı ve tedavi, Eğitim düzeylerinin “**Çalışma Biçimi**” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.16).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim** puanları ortalamalarının **çalışma biçimi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=5,550$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalışma biçimi “sürekli gündüz” olanların yönetim puanları ($2,654 \pm 0,318$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların yönetim puanlarından ($2,509 \pm 0,324$) yüksek bulunmuştur. Çalışma biçimi “vardiya (8 saat)” olanların yönetim puanları ($2,677 \pm 0,288$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların yönetim puanlarından ($2,509 \pm 0,324$) yüksek bulunmuştur. Çalışma biçimi “nöbet (12-16-24 saat)” olanların yönetim puanları ($2,610 \pm 0,353$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların yönetim puanlarından ($2,509 \pm 0,324$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.16.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **bakım** puanları ortalamalarının **çalışma biçimi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=4,814$; $p=0,003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalışma biçimi Sürekli Gündüz olanların bakım puanları ($2,276 \pm 0,345$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz(32 saat ve üzeri)” olanların bakım puanlarından ($2,180 \pm 0,309$) yüksek bulunmuştur. Çalışma biçimi Vardiya (8 saat) olanların bakım puanları ($2,341 \pm 0,348$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların bakım puanlarından ($2,180 \pm 0,309$) yüksek bulunmuştur. Çalışma biçimi “Nöbet (12-16-24 saat)” olanların bakım puanları ($2,324 \pm 0,314$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz(32 saat ve üzeri)” olanların bakım puanlarından ($2,180 \pm 0,309$) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.16.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **eğitim** puanları ortalamalarının çalışma biçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,146$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalışma biçimi “sürekli gündüz” olanların eğitim puanları ($2,340 \pm 0,441$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların eğitim puanlarından ($2,142 \pm 0,460$) yüksek bulunmuştur. Çalışma biçimi “vardiya (8 saat)” olanların eğitim puanları ($2,421 \pm 0,546$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların eğitim puanlarından ($2,142 \pm 0,460$) yüksek bulunmuştur. Çalışma biçimi “Nöbet (12-16-24 saat)” olanların eğitim puanları ($2,374 \pm 0,458$), çalışma biçimi “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” olanların eğitim puanlarından ($2,142 \pm 0,460$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.16.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **çalışma biçimi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.16.).

Tablo 6.17. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutlarının Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırılması(N:649)

Alt Boyutlar	Çalışılan Bölüm	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Yönetim	Dahiliye	208	2,593	0,362	1,477	0,229	
	Cerrahi	390	2,624	0,313			
	Diğer*	51	2,678	0,346			
Bakım	Dahiliye	208	2,273	0,335	1,761	0,173	
	Cerrahi	390	2,271	0,335			
	Diğer*	51	2,363	0,306			
Tanı Tedavi	Dahiliye	208	1,876	0,446	3,409	0,034	3 > 1
	Cerrahi	390	1,943	0,439			
	Diğer*	51	2,044	0,452			
Eğitim	Dahiliye	208	2,265	0,476	2,414	0,090	
	Cerrahi	390	2,352	0,456			
	Diğer*	51	2,336	0,443			

***Diğer:** Çalışılan bölüm Diğer* kapsamında poliklinik, acil, başhemşire ve yardımcıları yer almaktadır.

Yönetim, Bakım, Tanı ve tedavi, Eğitim düzeylerinin “**çalışılan bölüm**” değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.17).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **tanı ve tedavi** puanları ortalamalarının **çalışılan bölüm** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=3,409$; $p=0,034<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalışılan bölümü diğer olanların tanı-tedavi puanları ($2,044 \pm 0,452$), çalışılan bölümü dahiliye olanların tanı-tedavi puanlarından ($1,876 \pm 0,446$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.17.).

Sağlık profesyonellerine göre hemşirelik işlevlerinden **yönetim, bakım, eğitim** puanları ortalamalarının **çalışılan bölüm** değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 6.17.).

Tablo 6.88. Hemşirelik İşlevlerinden Yönetim, Bakım, Tanı Tedavi, Eğitim Alt Boyutları Arasındaki İlişki(N:649)

Alt Boyutlar	Test İstatistiği P, r	Yönetim	Bakım	Tanı Tedavi	Eğitim
Yönetim	r	1,000			
	p	0,000			
	N	649			
Bakım	r	0,306**	1,000		
	p	0,000	0,000		
	N	649	649		
Tanı-Tedavi	r	0,238**	0,642**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	
	N	649	649	649	
Eğitim	r	0,298**	0,609**	0,438**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	649	649	649	649

Yönetim, Bakım, Tanı ve Tedavi, Eğitim alt boyutları arasındaki ilişkide anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir(Tablo 6.18).

Hemşirelik işlevlerinden **bakım ile yönetim** arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($r=0.306$; $p=0,000<0.05$). Buna göre bakım arttıkça yönetim artmaktadır(Tablo 6.18).

Hemşirelik işlevlerinden **yönetim ile tanı-tedavi** arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($r=0.238$; $p=0,000<0.05$). Buna göre yönetim arttıkça tanı-tedavi artmaktadır(Tablo 6.18).

Hemşirelik işlevlerinden **tanı-tedavi ile bakım** arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($r=0.642$; $p=0,000<0.05$). Buna göre tanı-tedavi arttıkça bakım artmaktadır(Tablo 6.18).

Hemşirelik işlevlerinden **eğitim ile yönetim** arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($r=0.298$; $p=0,000<0.05$). Buna göre eğitim arttıkça yönetim artmaktadır(Tablo 6.18).

Hemşirelik işlevlerinden **eğitim ile bakım** arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($r=0.609$; $p=0,000<0.05$). Buna göre eğitim arttıkça bakım artmaktadır(Tablo 6.18).

Hemşirelik işlevlerinden **eğitim ile tanı-tedavi** arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($r=0.438$; $p=0,000<0.05$). Buna göre eğitim arttıkça tanı-tedavi artmaktadır(Tablo 6.18).

7. TARTIŞMA

Hemşirelikle ilgili yasa ve yönetmelikler mesleki uygulamaların güvence altında sürdürülmesini sağlamaktadır. Meslek üyelerinin hesap sorma ve hesap verebilme alanlarını belirlemektedir. Diğer yandan sağlık hizmeti veren disiplinlerin rol ve sorumlulukları arasındaki karmaşayı ve belirsizliği ortadan kaldırmakta, hemşirelik hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi, hemşirelerin mesleki amaç ve felsefesine uygun işlevleri gerçekleştirmesine rehber olmaktadır(Velioğlu,1994; Yıldırım, 1988; 1995; Özçelik ve ark, 2006).

Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırma, Eğitim Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi ve Özel Hastane olmak üzere üç ayrı kurumda, 378 hemşire ve 271 hekimin katılımıyla toplam N=649 kişi ile gerçekleştirilmiş olup, literatür bilgilerinin ışığında ve bulguların bölümleri doğrultusunda tartışılmıştır. Hastanelerde hastaların kabulünden taburcu olmasına dek geçen sürede hemşirelik hizmetlerinin kapsamında yer alan ve araştırmacı tarafından belirlenen hemşirelik işlevleri ile ilgili elde edilen;

6.2. Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri,

6.3 ve 6.1. Hemşirelik işlevlerinden ‘‘Yönetim’’, ‘‘Bakım’’, ‘‘Tanı ve Tedavi’’, ‘‘Eğitim’’, alt boyutlarına ilişkin bulguların sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri ile karşılaştırılması tartışmada yer almaktadır.

Anket ifadelerine ‘‘*Hemşirelik İşlevi Değildir*’’ için bir puan; ‘‘*Hemşirelik İşlevidir Hekim Kararı İle Uygulanır*’’ için iki puan; ‘‘*Hemşirelik İşlevidir Hemşirelik Kararı İle Uygulanır*’’ için üç puan verilmiştir. Hemşirelik işlevleri alt boyutları hesaplanırken sorular toplanarak ortalama puanları alınmıştır. Alt boyutlarda elde edilen puanın artması işlevlerin hemşirelik kararı ile uygulanma görüşüne katılımın arttığını göstermektedir. Elde edilen bulgular bu doğrultuda tartışılmıştır.

Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Tablo 6.3. Hemşirelik işlevlerinden “**yönetim**” işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde; mesleği hemşire olanların ve mesleği hekim olanların çoğunluğunun 14 ifadeden 12’ sinde “**hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır**” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nca 8 Mart 2010 Tarihli 27515 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliği (HY) 2. bölüm hemşirelik hizmetlerinin kapsamı, hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarında yer alan maddelerde bu görüşü desteklemektedir.(Tablo 6.3.). Balçık’ ın (2013) Çalıştığı ortamda yaptığı işlerle ilgili karar verme yetki ve sorumluluğunun olduğunu ifade eden hemşirelerin puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Gürhan (2006) çalışmasında “yaptığımız işlerle ilgili karar verme yetki ve sorumluluğu bize aittir” sorusu kararlara katılımı sorgulamakta hemşirelerin bu sorudan aldıkları puanın orta düzeyde olduğunu belirttiği görülmüştür, bu sonuçlar çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Hemşirelerin yaptıkları iş üzerinde karar verme, kontrol sahibi olmalarını sağlamak onların iş memnuniyetinin artmasını ve hasta bakım kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır (Laschinger, 2008).

Afet planları doğrultusunda acil durum protokolü geliştirme ve gerektiğinde uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=62,821$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 88’i (%23,3) “**hemşirelik işlevi değildir**”, 80’i (%21,2) “**hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır**”, 210’unun (%55,6) “**hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır**”; Mesleği hekim olanların 42’si (%15,5) “**hemşirelik işlevi değildir**”, 138’i (%50,9) “**hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır**”, 91’i (%33,6) “**hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır**” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 9-2(i) Başhemşire: “**Olağanüstü durumlarda afet planları doğrultusunda ilgili birimlerle işbirliği içinde, acil durum planlamaları yapar, protokol geliştirir ve/veya geliştirilmesini sağlar ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlar** ” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.). Işık (2012) çalışmasında genel anlamda bakıldığında orta düzeyde olumlu

yaklaşımlarının ve performanslarının olduğunu bulmuştur. Çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Kriz yönetiminde; etkin stratejilerini oluşturulması, bu stratejilerin kurumun geneline yayılması ve ayrıntılı görev tanımları yapılarak oluşturulmuş bir kriz yönetimi ekibi kurulması önemlidir. Bununla beraber etkili bir bilgi akış sisteminin kurulması ve iyi bir ekip çalışması ile kriz durumlarının aşılması mümkün olabilecektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kriz yönetimi ile ilgili kurum yöneticilerinin bir ekip anlayışı içinde etkili çalışmalar yapmaları gerektiği düşünülmektedir.

Hasta ile ilgili vizit, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=47,782$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 226'sının (%59,8) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 161'i (%59,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY dördüncü bölüm hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu Madde 10-3(1) Sorumlu hemşire: “*Hasta ile ilgili vizit, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunur*” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.3.). Yıldırım (1988) çalışmasında hemşireler hekim vizitlerine katılmaya hemşirelik işlevidir uyguluyorum olarak verdikleri yanıtlar beklenenin üstünde bulunmuştur. Kutun(2011) çalışmasında hekim ağırlıklı üst yönetimin diğer meslek üyelerini hala kendilerinin yardımcıları olarak görmeleri araştırmaya katılan hemşirelerin bu yöndeki görüşlerini desteklememektedir. Sağlık profesyonellerinin ilişkilerindeki sorunların, genellikle sağlık ekibi içindeki rollerini ve görevlerini algılama konusundaki karışıklıktan kaynaklandığı, ekipteki her üyenin açık ve net bir şekilde rol ve görev tanımlarının yapılmasının yönetimin etkinliğini arttıracaklarını belirtmiştir. Çalışma bulgularımız Kutun (2011) ve Yıldırım (1988) çalışmaları ile paralellik göstermemektedir. Velioğlu’ da (1988), disiplinler arası bir ekip çalışma sisteminin kurulması ve işlerlik kazanmasında hastane yönetiminin desteğinin zorunlu olduğunu savunmaktadır.

Tablo 6.4. Hemşirelik işlevlerinden “**bakım**” işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde; **Hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlama, uygulama ve yönetme** ifadesine: mesleği hemşire olanların 349'unun (%92,3), mesleği hekim olanların 206'sının (%76,0) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliği 2. Bölüm; Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları Madde 6(1) hemşireler (a): “*Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler*” ifadesi yer

almaktadır. **Bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirme, gerekli iyileştirmeleri yapma** ifadesine: mesleği hemşire olanların 334'ünün (%88,4), mesleği hekim olanların 161'i (%59,4) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HY 2. Bölüm; Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları Madde 6(1) hemşireler (b): “*Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir*” ifadesi yer almaktadır. **Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlama** ifadesine mesleği hemşire olanların 292'si (%77,2), mesleği hekim olanların 136'sının (%50,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(a): “*Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar*”; “Ek-3” Enfeksiyon kontrolü önlemleri: “*hemşirelik kararı ile uygulanır*” ifadeleri yer almaktadır. **Hastaya pozisyon verme ifadesine** mesleği hemşire olanların 320'si (%84,7), mesleği hekim olanların 151'i (%55,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-2” Acil servis hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ğ): “*Hastaya pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonu değiştirir ve mobilizasyonu sağlar*”; “Ek-3” Hareketsizlik yönetimi: “*Pozisyon verme (sırtüstü, düz, yan, oturur, yarı oturur vb.) hemşirelik kararı/ hekim kararı ile uygulanır*” ifadeleri yer almaktadır. **Aldığı çıkardığı sıvıları izleme** mesleği hemşire olanların 246'sının (%65,1), mesleği hekim olanların 135'i (%49,8) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-2” Acil servis hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(h): “*Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder*”; “Ek-3” Hastanın izlenmesi/Monitorizasyonu: “*Aldığı çıkardığı sıvının izlenmesi (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire bu parametreleri izler)hemşire kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır*” ifadesi yer almaktadır. **Çalışma ortamının risklerini değerlendirme ve standartlara uygun önlem alma ile, Hasta güvenliği önlemleri alma** ifadelerine her iki meslek grubunun çoğunluğunun “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-2” görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(c): “*Çalışma ortamının risklerini değerlendirir ve standartlara uygun önlem alır*” ; “*hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır*” ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.4.). Mesleği hemşire olanların ve mesleği hekim olanların çoğunluğunun “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmış olup bu bulguların yasa ve yönetmelikle paralel olduğu görülmüştür.

Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirme ifadesinde; mesleği hemşire olanların 188'i (%49,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların ise 147'si (%54,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(d): “*Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.*” ifadesi yer almaktadır. **Sıvı elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunlara uygun hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme** ifadesinde mesleği hemşire olanların 248'i (%65,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; mesleği hekim olanların ise 158'i (%58,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ç): “*Sıvı- elektrolit ve asit- baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir*” ifadesi yer almaktadır. **Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlama ve uygulama** ifadesine mesleği hemşire olanların 234'ünün (%61,9) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; mesleği hekim olanların ise 135'i (%49,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(g): “*Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.*” ifadesi yer almaktadır. **Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilme ve uygulama** ifadesinde mesleği hemşire olanların 206'sının (%54,5) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların ise 158'i (%58,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(ğ): “*Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.*” ifadesi yer almaktadır. **Fiziksel hareketi sınırlama** ifadesinde; mesleği hemşire olanların 182'si (%48,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; mesleği hekim olanların ise 147'si (%54,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Hareketsizlik yönetimi: “*Fiziksel hareketi sınırlama hekim kararı ile uygulanır*” ifadesi yer almaktadır. **Postüral drenaj uygulama** ifadesine; mesleği hemşire olanların 150'si (%39,7) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”, mesleği hekim olanların 136'sının (%50,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Solunum yönetimi: “*Postüral drenaj (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire bu parametreleri izler) hemşirelik kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır*” ifadesi

yer almaktadır (Tablo 6.4.).Araştırma bulgularımıza göre mesleği hemşire olanların çoğunluğunun görüşünün “**hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır**” iken, mesleği hekim olanların çoğunluğunun ise “**hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır**” olarak görüş belirttiği saptanmıştır.

Endotrakeal ekstubasyon uygulama ifadesine; mesleği hemşire olanların 246'sının (%65,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 107'si (%28,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”; mesleği hekim olanların 169'unun (%62,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 84'ünün (%31,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-3” Solunum yönetimi: “*Endotrakeal ekstubasyon hekim kararı ile uygulanır* ” ifadesi yer almaktadır. **Nazogastrik ve orogastrik sonda yerleştirme** ifadesine; mesleği hemşire olanların 229'unun (%60,6) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 109'unun (%28,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”; mesleği hekim olanların 153'ünün (%56,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 94'ünün (%34,7) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-3” Beslenme desteği: “*Nazogastrik ve orogastrik sonda yerleştirme(*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire bu parametreleri izler) hemşirelik kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır* ” ifadesi yer almaktadır. **Rektal tüp uygulama** ifadesine ise; mesleği hemşire olanların 186'sının (%49,2) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 130'unun (%34,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, mesleği hekim olanların 123'ünün (%45,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 119'unun (%43,9) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYY “Ek-2” Acil servis hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ hemşirelik bakımı(e): “*Rektal tüp uygular, lavman yapar*”; “Ek-3”Boşaltım yönetimi: “*Rektal tüp hekim kararı ile uygulanır* ” ifadeleri yer almaktadır (Tablo 6.4.). Mesleği hemşire olanların ve mesleği hekim olanların çoğunluğunun “**hemşirelik işlevi değildir**” olarak görüş belirttiği saptanmış olup araştırma bulgularının yasa ve yönetmeliği desteklemediği görülmüştür. Yıldırım (1988) çalışmasında %41,5 hastaya nazogastrik tüp yutturma ve lavman yapma ifadelerine hemşirelik işlevidir uyguluyorum şeklinde yanıtlanmıştır. Taşçıkan (2004) çalışma bulgularına göre hastalarda işlem sonrasında abdominal ağrıyı azaltma ve rahatlığı sağlama, anksiyeteyi düşürmek için rektal tüp uygulaması önerilmektedir saptanmıştır. Araştırma bulgularımızın Yönetmeliğe, Yıldırım’ ın (1988) ve Taşçıkan’ ın (2004) bulgularına paralel olmadığı saptanmıştır.

Kas gevşetici girişimleri uygulama ifadesine mesleği hemşire olanların 77'si (%20,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 184'ünün (%48,7) “*hemşirelik işlevidir hekim*

kararı ile uygulanır'', mesleği hekim olanların 148'i (%54,6) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Beslenme desteği: *“Kas gevşetici girişimlerin uygulanması: hemşirelik kararı ile uygulanır; hekim kararı ile uygulanır ”* ifadesi yer almaktadır. **Ağrı ve bulantıyı önleme amaçlı vücudun belirli bölgelerine bası uygulama** ifadesine; mesleği hemşire olanların 101'i (%26,7) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 143'ünün (%37,8) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*; mesleği hekim olanların 75'i (%27,7) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 129'unun (%47,6) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Beslenme desteği: *“Ağrı ve bulantıyı önleme amaçlı vücudun belirli bölgelerine bası hemşirelik kararı ile uygulanır ”* ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.4.). Sağlık profesyonellerinin daha çok hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır görüşü yasayı desteklemektedir ancak ifadelere hemşirelik işlevi değildir yanıtını veren sağlık profesyonellerinin olması yasa ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu düşündürmektedir. Yıldırım (1988) çalışmasında hemşirelik uygulamalarında mesleki amaç doğrultusunda işlevlere yer verilebilmesi için öncelikle meslek üyelerinin gerçek işlevleri konusunda bilinçlendirilmelerinin gereğini ortaya koymaktadır.

Hemşireler hastanın bakım gereksinimlerini belirleyecek eğitimi almalıdırlar. Zaten hemşirelik mesleğinin en önemli işlevlerinden biri de hastaya bakım vermektir. Hastanın tedavisini planlayan hekimler geleneksel yapıdan dolayı hemşirelik bakımını planlamaya da karar vermek istemektedirler. Araştırmamızın sonuçları hemşirelerin sağlık bakım gereksinimlerini belirlerken çoğunlukla geleneksel yapıda davrandıklarını, bakıma karar vermede hekim direktiflerine bağlı kaldığını göstermektedir. Hemşirelerin yasa ve yönetmeliklerinden güç alarak mesleki alanlarında daha özerk olmaları, asıl işleri olan bakımın yönetimine sahip çıkmaları gerektiğini araştırma bulgularımız göstermektedir.

Tablo 6.5.'te hemşirelik işlevlerinden **“tanı ve tedavi”** işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde;

Yaradan kültür için örnek alma yarayı değerlendirme, mekanik temizliği, irrigasyonu ve pansumanı yapma, bandaj uygulama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,612$; $p=0,736>0.05$). Mesleği hemşire olanların 134'ünün (%35,4) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 170'i (%45,0) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”*, Mesleği hekim olanların 104'ünün (%38,4) *“hemşirelik işlevi değildir”*, 115'i (%42,4) *“hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır”* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin

(HYDYDY) “Ek-3” Tanı işlemleri/örnek alma: “*Yaradan kültür için örnek alınması** (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire kararı ile uygulanır) hekim kararı ile uygulanır” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Nazogastrik/Orogastrik tüpten mide sıvısı alma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=10,233$; $p=0,006<0.05$). Mesleği hemşire olanların 187'si (%49,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 138'i (%36,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, Mesleği hekim olanların 101'i (%37,3) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 116'sının (%42,8) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Tanı işlemleri/örnek alma: “*Nazogastrik/Orogastrik tüpten mide sıvısı alınması hekim kararı ile uygulanır*” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

EKG çekme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=11,281$; $p=0,004<0.05$). Mesleği hemşire olanların 118'i (%31,2) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 150'si (%39,7) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 110'unun (%29,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 55'i (%20,3) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 137'si (%50,6) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 79'unun (%29,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Tanı işlemleri/örnek alma: “*EKG çekilmesi** (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire kararı ile uygulanır) hekim kararı ile uygulanır” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Kafa içi basıncı izleme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=5,053$; $p=0,080>0.05$). Mesleği hemşire olanların 163'ünün (%43,1) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 160'ının (%42,3) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 55'i (%14,6) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 130'unun (%48,0) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 117'si (%43,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 24'ünün (%8,9) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-3” Hastanın izlenmesi/ monitorizasyonu: “*Kafa içi basıncının izlenmesi** (*ekip belli vakalarda neyin izleneceğine dair ortak

bakım planları hazırlamış ya da kararlaştırmış ise hekim istemi beklemeden hemşire kararı ile uygulanır) hekim kararı ile uygulanır’’ ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Hasta ile ilgili toplanan verileri değerlendirme ve yorumlama ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=91,408$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 105'i (%27,8) *‘‘hemşirelik işlevi değildir’’*, 104'ünün (%27,5) *‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’*, 169'unun (%44,7) *‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’*; Mesleği hekim olanların 134'ünün (%49,4) *‘‘hemşirelik işlevi değildir’’*, 110'unun (%40,6) *‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’*, 27'si (%10,0) *‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYYD *‘‘Ek-2’’* yoğun bakım hemşiresi, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulamasına katılma (a): *‘‘ Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir’’*; *‘‘Ek-3’’* II-Hemşirelik tanıların veya ortak bakım sorunlarının değerlendirilmesi: *‘‘Hasta ile ilgili toplanan verilerde (öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve diğer tanı işlemleri sonuçlarında) veya bakım uygulaması sonuçlarında normalden sapmaların değerlendirilmesi ve yorumlanması hemşire kararı ile uygulanır’’* ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözleme, kayıt etme, gerektiğinde ilgililere rapor etme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=67,365$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 267'si (%70,6) *‘‘hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır’’*; Mesleği hekim olanların 131'i (%48,3) *‘‘hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır’’* olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYYD *‘‘Ek-2’’* yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma içinde (d): *‘‘ Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerinin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder’’* ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Bilinci kapalı olan hastaların nörolojik değerlendirmelerini yapma ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=51,879$; $p=0,000<0.05$). Meslek hemşire olanların 154'ünün (%40,7) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 110'unun (%29,1) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 114'ünün (%30,2) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” ; Mesleği hekim olanların 170'i (%62,7) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 79'unun (%29,2) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 22'si (%8,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları içinde (h): “*Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar*” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Kardiyak ritmi izleme, yorumlama, öldürücü ritimleri tanıma ve gerekli acil girişimleri bilme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=27,684$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 98'i (%25,9) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 140'ının (%37,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 140'ının (%37,0) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” ; Mesleği hekim olanların 96'sının (%35,4) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 126'sının (%46,5) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 49'unun (%18,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasına katılma (f): “*Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir*” ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.).

Gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatma, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygulama ve rapor etme ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=27,937$; $p=0,000<0.05$). Mesleği hemşire olanların 106'sının (%28,0) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 147'si (%38,9) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 125'i (%33,1) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*”; Mesleği hekim olanların 61'i (%22,5) “*hemşirelik işlevi değildir*”, 160'ının (%59,0) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, 50'si (%18,5) “*hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” yoğun bakım hemşiresi görev yetki ve

sorumlulukları içinde/ tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasına katılma (ğ) ve aynı madde acil servis hemşiresi/ tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasına katılma (c): ‘‘Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağırısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünitelerde hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder. ’’ ifadesi yer almaktadır (Tablo 6.5.). Araştırma bulguları çoğunlukla **hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır** olmakla birlikte sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının **hemşirelik işlevi değildir** olarak görüşlerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin yasada yer alan işlevleri ile ilgili klinik bilgi ve becerilerini bağımsız oldukları konularda uygulamalarına yansıtamadıklarını düşündürmektedir. Saraçoğlu (2010) çalışmasında tanı tedavi uygulamalarını yapan hemşirelerin yüksek seviyede otonom olmaları beklenmektedir. Çünkü hemşirelerin hastalarında gözlemleyip fark ettiği durum hayati önem taşımaktadır ve hemen müdahale edilmesi gerektiğinden yapılan ilk girişimden sonra hekim çoğu zaman haberdar edilebilmektedir. Kaya (2005) hemşirelerin problem çözme becerilerinin ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi konulu çalışmasında hemşirelerin %60,3’ ünün problem çözme becerilerinin desteklenmesi için konu ile ilgili eğitimler düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Kaya (2005) çalışma bulguları araştırma bulularımızın paralel olduğu Saraçaoğlu (2010) çalışma bulguları ile Paralel olmadığı saptanmıştır. Bulgularımız hemşirelerin yasada yer alan tanı ve tedavi ile ilgili işlevlerinde etkin, yeterli ve yetkili olmaları yönünde belirli bilgi ve beceri düzeyine ulaştırılmalarının kaçınılmaz olduğunu düşündürmektedir. Hemşirelik eğitim programlarında klinik bilgi ve becerilerinde problem çözme becerilerinin öğretimine yeterince yer verilmemesi de çağdaş hemşirelik uygulamalarında güvenli ve etkili bakımın verilememesinin nedeni olarak belirtilmektedir(Kaya, 2005).

Tablo 6.6.’da Hemşirelik işlevlerinden ‘‘eğitim’’ işlevlerinin hekim ve hemşirelere göre dağılımı incelendiğinde: İştme ve konuşma problemi olan hastalarla iletişim sağlama, hastaneye yattığı andan itibaren hasta ve ailesini taburculuğa ve evde

bakıma hazırlama, kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirleme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütme, hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirme, ihmal ve istismar durumunu tanıma, şüpheli durumlarda ilgili yerlere bildirimde bulunma, hasta ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirleme ve destek almalarına yardımcı olma ile ilgili ifadelerde hemşirelerin ve hekimlerin çoğunluğunun “**hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır**” olarak görüşlerini belirttiği saptanmıştır. Yasa ve yönetmelik kapsamında yer alan ifadelerde araştırma bulgularını desteklemektedir. Ancak **Hasta ve ailesini hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirme** Mesleği hemşire olanların 150'si (%39,7), mesleği hekim olanların 121'i (%44,6) “*hemşirelik işlevi değildir*” olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” iç hastalıkları hemşireliği/onkoloji hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/tıbbi tanı ve tedavi uygulamasına katılma/kemoterapi ve biyoterapi (b): “*Birey ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusunda sorularını yanıtlar, gerekli durumlarda hekime yönlendirir*”; “Ek-3” Eğitim ve danışmanlık: “*hastalık süreci hakkında eğitim hemşirelik kararı ile uygulanır*” ifadeleri yer almaktadır. **Bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler veya alternatif tıp uygulamalarını değerlendirme** de mesleği hemşire olanların 190'ının (%50,3), mesleği hekim olanların 157'si (%57,9) “*hemşirelik işlevi değildir*”, olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Halk sağlığı hemşireliği/Toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları (g): “*Toplumdaki bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekleri gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir*” ifadesi yer almaktadır. **Hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlama, uygulama ve eğitimin etkinliğini değerlendirme** de mesleği hemşire olanların 221'i (%58,5) hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır; mesleği hekim olanların 123'ünün (%45,4) “*hemşirelik işlevidir hekim kararı ile uygulanır*”, olarak görüş belirttiği saptanmıştır. HYDYDY “Ek-2” Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği/psikiyatri hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları/ eğitim ve danışmanlık(f): “**Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir**” ifadesi yer almaktadır. Korkmaz (2007) çalışmasında taburculuk planlamasının semptom kontrolünü ve yaşam kalitesine etkisinin olduğunu saptamıştır.

Hemşirelik işlevlerinden ‘Yönetim’, ‘Bakım’, ‘Tanı ve Tedavi’, ‘Eğitim’, Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular İncelendiğinde (Tablo 6.7.);

Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz araştırmanın katılımcılarına göre; **“yönetim”, “bakım” ve “eğitim”** boyutlarında yer alan işlevlerin, hemşirelik işlevi olarak hemşirelerin kararı ile uygulandığı, **“tanı ve tedavi”**, boyutundaki hemşirelik işlevinin ise hekim kararı ile uygulandığı görüşünde oldukları belirlenmiştir (Tablo 6.7.).

Sağlık profesyonellerinin görüşlerine göre hemşirelik işlevleri boyutlarından yönetim boyutu $2,618 \pm 0,332$; bakım boyutu $2,279 \pm 0,333$; tanı ve tedavi boyutu $1,930 \pm 0,444$; eğitim boyutu $2,323 \pm 0,462$ olarak tespit edilmiştir. Buna göre hemşirelik işlevleri genel ortalaması $2,287 \pm 0,297$ olarak tespit edilmiştir. Hemşirelik işlevleri alt boyutlarına ilişkin ortalamaların 2 ve üzerine çıkması “Hemşirelik işlevidir hemşirelik kararı ile uygulanır” görüşünün arttığını göstermiştir (Tablo 6.7.).

Hemşirelerin **“tanı ve tedavi”** işlevlerine ilişkin uygulamalarında daha bağımsız karar verebilmelerinin sağlanması güvenli bilginin sentezini, deneyim ve eleştirel düşünme tutum ve standartlarını gerektirmektedir. Hemşireler çalışma alanında sıklıkla, bireyin durumundaki değişiklikleri ilk fark eden sağlık ekibi üyeleridir. Tanılama becerileri, bireyin sağlığındaki gözle görünen değişimleri olduğu kadar hemen göze çarpmayan değişimleri de fark etmede güçlü araçlardır. Eğer hemşire sistemli bir şekilde zaman ayırmaz, acele ederse önemli bulguları kaçırabilmekte ve bireyin durumu hakkında yanlış sonuçlara varabilmektedir (Perry&Potter, 2011). Hanson ve ark. (1990) W-S Middleton Memorial Veterans Hastanesi’nde 186 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada da hemşirelik sürecinin bütün basamaklarını değerlendiren hemşireler, hemşirelik sürecini kullanmada en zayıf oldukları alan olarak “hemşirelik tanısı”nı ifade etmişlerdir. Leipzig ve diğerlerinin, 1997-1999 yılları arasında 8 Amerikan Akademik Tıp Merkezindeki, hekim, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı öğrencileriyle yaptığı araştırmalarında, her üç öğrenci grubunun da ekip çalışmasının hasta yararına olduğu ve zamanın verimli kullanılmasını sağladığı konusunda ortak fikir beyan ettiklerini fakat tıp öğrencilerinin bu fikre katılma oranının, hemşirelik ve sosyal hizmet uzmanı

öğrencilerine göre daha düşük olduğunu tıp öğrencilerinin %73'ünün, sosyal hizmet uzmanı öğrencilerinin %44'ünün ve hemşirelik öğrencilerinin %47'sinin ekibin birincil amacını, hekimin hasta için tedavi hedeflerini başarmasına yardımcı olmak şeklinde tanımladıklarını; tıp öğrencilerinin yaklaşık %80'i, sosyal hizmet uzmanı öğrencilerinin %35'i ve hemşirelik öğrencilerinin %40'ının, hekimlerin ekip tarafından geliştirilen hasta bakım planını değiştirme hakkına sahip olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Yıldırım (1988) hemşirelerin tedavi işlevini önemli bir hemşirelik işi olarak gördüklerini birincil işlevleri olan bakım işlevlerini aynı oranda benimsememelerinin hemşireliğin sadece başkaları tarafından planlanan işlevlerin yürütücüsü olduğu imajını güçlendirici nitelikte bulmuştur. Oysa bireyin hastalanması halinde hekim hastalığın tanı ve tedavi işlemleri ile hemşire ise tüm bunlardan hastanın ne şekilde etkilendiği ile ilgilidir. Ayrıca hemşirelerin bu konuyla ilgili yeterli bilgi birikimlerinin olmadığı ve gerçek anlamı ile uygulamalarına yansıtamadıklarını ortaya çıkarmaktadır. Ülker (1993) Ülkemizde hemşirelerin işlevlerinin büyük ölçüde hekimin önerdiği tanı ve tedavi işlemlerinin yerine getirilmesi ile sınırlı kaldığını ifade etmektedir. Kaya ve arkadaşları (2010) hemşirelerin hemşirelik model/ kuramlarını, hemşirelik sürecini ve son sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları konulu çalışmalarında, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin önemli bir çoğunluğu, bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmakta ve kullanılması gerektiğini düşünmektedir. Fakat hemşirelerin, hemşirelik model ve kuramları, hemşirelikte kullanılan sınıflama sistemleri konusundaki bilgilerinin desteklenmesi gerekmektedir sonucuna varmıştır. Çıkan sonuç, hemşirelerin “tanı ve tedavi” işlevinin hekim kararı ile uygulanabileceği sağlık profesyonellerinin görüşüyle örtüştüğünün göstergesidir (Tablo 6.7). Bulgularımız hemşirelerin tanı ve tedavi ile ilgili işlevlerinde etkin, yeterli ve yetkili olmaları yönünde belirli bir bilgi ve beceri düzeyine ulaştırılmalarının kaçınılmaz olduğunu düşündürmektedir.

Son çıkan 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Ek- 2 de “Çalışılan Birim/ Servis/ Ünite/ Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları” ile Ek-3 “Hemşirelik Girişimleri Listesi” eklenmiştir. Görev, yetki ve sorumluluklar; hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra “Hemşirelik bakımı” ve “Tıbbi tanı ve tedavi planının

uygulanmasına katılma” “Eğitim ve Danışmanlık” başlıkları altında belirlenmiştir(Ek-2). Böylece hemşirelere yüklenen roller ve işlevler daha da netleşmiştir.

Hemşirelik İşlevlerinden “Yönetim”, “Bakım”, “Tanı ve Tedavi”, “Eğitim”, Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması;

Araştırmaya katılanların **mesleklerine göre** hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı sorgulanmıştır(Tablo 6.8.). Buna göre hemşire olarak görev yapanlar, “yönetim”, “bakım”, “tanı ve tedavi”, “eğitim” boyutları için bu işlevlerle hemşirelik işlevidir ve hemşire kararı ile uygulanır görüşüne hekimlerden daha fazla katıldıkları belirlenmiştir. Velioğlu (1992) Hemşire, hekim ve öğrencilerinin “bakım ve tedaviye” karşı tutumlarının incelenmesi konulu araştırma sonucunda tıp öğrencilerinin bakıma öğretim üyelerinden daha fazla önem verdiklerinin saptanması, hekim çıkacak olanlar arasında hastalığın salt tıpla ilgisi olmayan faktörlerine duyarlılığın artması eğilimini yansıtmaktadır. Her iki grubun bakım ve tedaviye yönelik amaçları konusunda önemli ölçüde değişik görüşleri ortaya çıkmakla birlikte çoğunluğu tarafından araştırmadaki düşünceler önemli olarak değerlendirilmiştir. Yıldırım (1988) yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri hakkında bilgi düzeylerini araştırmıştır. Genel olarak belirlenen işlevlere hemşirelerin verdikleri yanıtlar uygulamalarında hemşirelikle ilgili ve hemşirelik dışında birçok işlevleri içerdiği, hemşirelerin kendi gerçek işlevlerine bir sınırlama getiremediği ve hemşirelik dışı işlevlerin sıklıkla benimsendiği sonucu belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız Yıldırım ve Velioğlu’nun çalışma bulgularıyla paralellik göstermemektedir. Araştırma bulguları; hemşirelerin meslekleri ile ilgili olan işlevler hakkında hekimlerin görüşünden daha özerk olduklarını göstermektedir. Bu sonuç hemşirelik mesleği içine giren işlevler hakkında hastalara kapsamlı ve bütüncül bir sağlık hizmeti götürülmesinin güvencesidir.

Araştırmaya katılanların **cinsiyetlerine göre** hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaştığı belirlenmiştir(Tablo 6.9). Buna göre kadın katılımcılar, erkek katılımcılardan daha fazla yönetim, bakım ve eğitim hemşirelik

işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı, erkek katılımcılar ise tanı ve tedavi işlevinin kadınlardan daha fazla hekim kararı ile uygulanacağı görüşündedirler. Erkek katılımcılar arasında mesleği doktor olanların mesleği hemşire olanlardan sayıca daha fazla olması erkek katılımcıların “tanı ve tedavi” işlevinin hekim kararı ile uygulanır görüşünde olmalarının nedeni olarak düşünülmektedir. Kadın hemşire oranının fazla olmasının sebebi, Hemşirelik Kanununda 2007 yılında yapılan değişikliklere kadar, mesleğin sadece kadınlar tarafından uygulanmasını öngören hükümlere bağlanabilir. 2007 yılında değiştirilen Hemşirelik kanunu ile mesleki eğitim kriterlerini karşılayan her Türk vatandaşına hemşire olma hakkı tanınmıştır, bu gelişmeler doğrultusunda gelecek yıllarda kurumlarda çalışan erkek hemşire sayısının artması ümit edilmektedir.

Araştırmaya katılanların **çalıştıkları kurumlara göre** bakım hemşirelik işlevi dışında kalan **yönetim, tanı tedavi ve eğitim** hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 6.10). Buna göre farklı kurumlarda çalışan sağlık profesyonellerinin **bakım** hemşirelik işlevine ilişkin görüşleri benzerlik gösterirken, Üniversite hastanesi çalışanlarının, **yönetim, tanı tedavi ve eğitim** hemşirelik işlevlerine ilişkin uygulamaların, eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastane çalışanlarından daha fazla hemşirelik kararı ile gerçekleşeceği görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yıldırım (1988) gerçekleştirdiği çalışmasında da katılımcıların çalıştıkları kuruma göre üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin uygulamalarında mesleki nitelikteki işlevlerin daha fazla yer aldığı ve hemşirelik dışı işlevler hakkında belli bir bilgi ve bilinçlilik düzeyinde oldukları belirlenmiştir. Diğer hastanelerde çalışan hemşirelerin ise hemşirelikle ilgili ve hemşirelik dışı işlevleri birbirlerine benzer oranda kabullenip uyguladıkları sonucu görülmüştür. Balçık (2013) çalışmasında, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının hem Üniversite Hastanesi hem de Özel Hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<,001$), ayrıca Özel Hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının da Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulmuştur ($p<,05$). Çalışma bulgularımız Yıldırım’ ın (1988) ve Balçık’ ın (2013) çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Üniversite hastanelerinde hemşirelik işlevlerine ilişkin uygulamalarında hemşirelik kararı ile uygulanır görüşünün daha fazla olması, hemşirelik hizmetlerinin

yönetimi, standardizasyonu ve planlı olarak yürütülen eğitsel faaliyetlerin etkin olmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **pozisyonlarına göre** hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaştığı belirlenmiştir(Tablo 6.11). Buna göre yönetici olarak çalışanlar, yönetici olmayanlardan daha fazla hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşündedirler. Atik'in (2008) gerçekleştirdiği çalışmada da katılımcıların pozisyonlarına göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerde farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Saraçoğlu (2010) çalışmasında hemşirelerin % 67,1'inin servis hemşiresi, % 10,2'sinin yönetici hemşire olduğunu, Seren (1998) çalışmasında hemşirelerin %44,10 'u ast olma pozisyonlarının, Saraçoğlu (2010) çalışmasında hemşirelerin % 28,3'ü, Kangalı (2005) çalışmasında hemşirelerin % 52,1'i hekime bağımlı olarak çalışma, mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen en önemli etken olarak belirtmiştir. Altuntaş (2004) çalışmasında pozisyon ilerledikçe işe karşı tutum ortalamalarının arttığını belirtmiştir. Çalışma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir. Araştırma bulgularına göre yönetici pozisyonunda olanların çalışanların rol ve işlevleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, sahip oldukları yetkilerle sorunlarla daha kolay baş edebilmeleri ve kararlara katılmaları kaçınılmazdır.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **eğitim durumlarına göre** hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaştığı belirlenmiştir(Tablo 6.12.). Buna göre lisans eğitim düzeyinde olan çalışanlar, daha düşük ve daha yüksek eğitim düzeyindekilerden daha fazla hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşündedirler. Eğitim durumu ile meslek ilişkisine bakıldığında ise (Tablo 6.2.); eğitim düzeyi lisans ve altı olan meslek grubunu hemşireler oluştururken, eğitim düzeyi doktora ve üzeri olan meslek grubunu hekimlerin oluşturduğu saptanmıştır. Saraçoğlu (2010) çalışmasında hemşirelerin %70,2'si hemşirelik yüksekokulu mezunu olduğu, Balçık (2013) çalışmasında genel olarak araştırmaya katılan hemşirelerin %57,9'u lisans mezunu, Kutun (2011) çalışmasında %47,7'si, Polat (2008) çalışmasında hemşirelerin % 60,6'sının lisans mezunu olduğunu belirtilmiş olup çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Tanrıverdi

2006 yılında gerçekleştirdiği hekim ve hemşirelerin ekip hizmetini algılama durumu konulu araştırma sonucunda ekip hizmetini algılama durumunun olumlu tablo çizmediğini her iki grubun olumsuz algısında yürütülen sağlık hizmetinin özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Demirel (2001) sağlık yüksek okulları hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümü öğrencilerinin hemşirelik rol ve işlevlerine ilişkin düşüncelerini incelediği çalışmada, hemşirelerin eğitici rolüne ilişkin işlevlerden sağlık eğitimi gereksinimlerinin planlanması ve karşılanmasına yönelik işlevine katılmada kararsızlık yaşadıklarını ortaya koymuştur ve gerekli düzenlemelerin yapılmasının bir zorunluluk olduğu kanısına varmıştır. Coşkun (1993) Uygulayıcı rol üstlenen hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri çalışması ve Atik (2008) hemşirelerin mevzuata dayalı işlevleri hakkında hemşire öğretim elemanları ve hemşire yöneticilerin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışma sonucu da bu bulgumuzu destekler nitelikte olup, hastanelerde görev yapan hemşireler ile üniversitelerde görev yapan akademisyen hemşirelerin görüşlerinde farklılıklar olduğu, Akademisyen hemşirelerin hemşirelik rol ve işlevleri hakkında daha bilinçli olduklarını saptamıştır. Söz konusu çalışmada hemşirelik eğitiminin seviyesinin yükselmesi ile hemşirelik hizmetlerine bakış açısının olumlu yönde geliştiği ifade edilmektedir. 2007 yılında güncellenen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ile birlikte hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde standardize edilmiş olması ve 1997 yılından itibaren sağlık meslek liselerinin, sağlık yüksekokullarına dönüştürülmesi ve 2009 yılında ön lisans mezunu hemşirelere hemşirelikte lisans tamamlama imkanının sağlanmış olması kurumlarda çalışan lisans mezunu hemşire sayısının artmasının nedeni olarak düşünülmektedir. Ülkemizde sağlık alanında yaşanan personel eksikliğini gidermek için son yıllarda sayıları giderek artan sağlık meslek liselerinin yasaya rağmen kontrolsüz olarak açılması kapsamlı ve bütüncül bir sağlık hizmeti üretilmesini, dolayısı ile halkın sağlık güvencesini tehdit etmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **günlük baktıkları hasta sayılarına göre** bakım ve eğitim hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaşmadığı, yönetim ve tanı tedavi hemşirelik işlevlerine göre ise görüşlerinin farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 6.13.). Buna göre günde hasta bakmayan veya çeşitli sayılarda hasta bakan çalışanların bakım ve eğitim hemşirelik işlevlerine

ilişkin görüşleri benzerlik gösterirken, hasta bakmayan çalışanların, farklı sayıda hasta bakan çalışanlardan daha fazla yönetim ve tanı tedavi hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **hizmet sürelerine göre** eğitim hemşirelik işlevi dışında kalan yönetim, bakım ve tanı tedavi hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 6.14.). Buna göre farklı hizmet sürelerine sahip sağlık profesyonellerinin eğitim hemşirelik işlevine ilişkin görüşleri benzerlik gösterirken, 22 yıl ve üzeri hizmet süresine sahip olanların, daha az hizmet süresine sahip olanlara göre yönetim, bakım ve tanı tedavi işlevlerine ilişkin uygulamaların, daha fazla hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucumuzu destekler nitelikte Adams (1999), hemşirelik eğitiminde deneyim yılı arttıkça profesyonelliğin ve eleştirel düşünme gücünün arttığını belirtmiştir. Velioğlu (1998), profesyonel olmada gerekli ve önemli bir unsur olan eleştirel düşünmenin, hemşirelik için birçok kaynaktan elde edilen bilgilerin toplanması ve düzenlenmesi, bu bilgiler ışığında neye gereksinim olduğunun saptanması, birçok olası yaklaşımdan birinin seçilmesi, uygulanması ve işlemin sonuçlarının değerlendirilmesi gibi özellikleri içeren vazgeçilmez bir düşünme süreci olduğunu belirtmiştir. Balçık (2013) çalışmasında mesleki deneyim süresindeki artış ile ilgili bulgular çalışmamızı destekler nitelikte olup beraberinde hemşirelerin mesleki tecrübe ve uzmanlık gücünün arttığı ve hasta bakımı sunma konusunda becerilerin de hizmet süresi ile birlikte geliştiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **yaşlarına göre** yönetim hemşirelik işlevi dışında kalan bakım, tanı ve tedavi ve eğitim hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.15.). Buna göre farklı yaşlardaki sağlık profesyonellerinin bakım, tanı tedavi ve eğitim hemşirelik işlevine ilişkin görüşleri benzerlik gösterirken, yaşla birlikte yönetim hemşirelik işlevinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşüne katılımın arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucumuzla örtüşen şekilde Altuntaş (2004) çalışmasında hemşirelerin yaşları arttıkça işlerine karşı tutumlarının olumlu yönde değiştiğini saptamıştır. Atik (2008) araştırmasında katılımcıların yaşlarına göre hemşirelik

işlevlerini değerlendirmelerinde farklılaşmalar olduğunu saptamıştır, araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **çalışma biçimlerine göre** tanı ve tedavi hemşirelik işlevi dışında kalan yönetim, bakım ve eğitim hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 6.16.). Buna göre farklı çalışma biçimine sahip çalışanların tanı tedavi hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri benzerlik gösterirken, sürekli gündüz, vardiya ve nöbetle çalışanların “vardiya ve gündüz (32 saat üzeri)” çalışanlara göre yönetim, bakım ve eğitim işlevlerine ilişkin kararların daha fazla hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulgularına göre “vardiya ve gündüz (32 saat üzeri)” çalışan meslek grubun tamamını hekimler oluşturmaktadır. Öztürk’ün (2012) çalışmasında hemşirelerin işi ile ilgili kendini etkileyecek kararların alınmasında yer aldığını belirtmiştir. Profesyonellik, bir mesleğin kendi alanı içinde karar verme ve bu kararı bağımsız olarak kendisinin uygulama yetkisini içerir. Hemşirelik mesleğinin profesyonel kimlik kazanabilmesi için hemşirelerin işiyle ilgili kararların alınmasında söz sahibi olması kaçınılmazdır. Çalışma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin **çalıştıkları bölümlere göre** tanı ve tedavi hemşirelik işlevi dışında kalan yönetim, bakım ve eğitim hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.17.). Buna göre farklı bölümlerde çalışanların yönetim, bakım ve eğitim hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri benzerlik gösterirken, dâhiliye ve cerrahi servisi dışında çalışanların tanı ve tedavi işlevine ilişkin uygulamaların daha fazla hemşirelik kararı ile gerçekleşeceği görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Balçık’ ın (2013) çalışmasında; Eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %27,6’sı, Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %32,6’sı cerrahi birimde, özel hastanede çalışan hemşirelerin %31,6’sı dahili birimde çalıştığı, genel olarak hemşirelerin %33,7’sinin cerrahi birimlerde çalıştığı belirtilmiş olup çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Balçık’ ın (2013) çalışmasında dahiliye ve cerrahi biriminde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının ameliyathane/YB biriminde çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<,05$), yönetim biriminde çalışan hemşirelerin puan

ortalamalarının da tüm diğer birimlerde çalışanlarınkine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Tablo 6.18’de sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda tüm boyutların birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları saptanmıştır. Buna göre sağlık profesyonellerinin bir boyuta ilişkin hemşirelik işlevinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşü arttıkça veya azaldıkça, diğer işlevlere ilişkin görüşlerinin de aynı doğrultuda artacağı veya azalacağı sonucuna ulaşılmıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı araştırma, 649 sağlık profesyoneli üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sağlık profesyonellerinden 378' i hemşire, 271'i hekimdir. Bu çalışma sonucunda elde edilen temel sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler aşağıda belirtilmiştir;

- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine göre “yönetim”, “bakım” ve “eğitim” boyutunda hemşirelik işlevlerinin daha çok hemşirelerin kararı ile uygulanma yönünde bulgular elde edilirken, “tanı ve tedavi” boyutunda hemşirelik işlevlerinin ise hekim kararı ile uygulanma yönünde bulgular elde edilmiştir.
- Araştırmaya katılanların mesleklerine göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. Mesleği hemşire olanlar hekimlerden daha fazla “yönetim”, “bakım”, “tanı ve tedavi”, “eğitim” in hemşirelik işlevidir ve hemşire kararı ile uygulanır görüşünde oldukları sonucuna varılmıştır.
- Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. Kadınlar erkeklerden daha fazla yönetim, bakım ve eğitim hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde, erkekler ise tanı tedavi işlevinin kadınlardan daha fazla hekim kararı ile uygulanacağı görüşündedirler.
- Araştırmaya katılanların çalıştıkları kurumlara göre yönetim, tanı tedavi ve eğitim hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. Üniversite hastanesi çalışanları, “yönetim”, “tanı ve tedavi” ve “eğitim” hemşirelik işlevlerinde kararın eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastane çalışanlarından daha fazla hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşündedirler

- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin pozisyonlarına göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. Yönetici olarak çalışanların, yönetici olmayanlardan daha fazla hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları sonucuna varılmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin eğitim durumlarına göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. Lisans eğitim düzeyinde olanların daha düşük ve daha yüksek eğitim düzeyindekilerden daha fazla hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumu ile meslek ilişkisine bakıldığında ise; eğitim düzeyi lisans ve altı olan meslek grubunu hemşireler oluştururken, eğitim düzeyi doktora ve üzeri olan meslek grubunu hekimlerin oluşturduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin günlük baktıkları hasta sayılarına göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin farklılaştığı belirlenmiştir. Hasta bakmayan çalışanların, farklı sayıda hasta bakan çalışanlardan daha fazla “yönetim” ve “tanı ve tedavi” hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin hizmet sürelerine göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. “22 yıl ve üzeri” hizmet süresine sahip olanlar, daha az hizmet süresine sahip olanlardan daha fazla “yönetim”, “bakım” ve “tanı ve tedavi” işlevlerine ilişkin kararların, hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaşlarına göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. “41 yaş ve üzeri” yaştakilerin daha küçük yaştakilere göre hemşirelik işlevlerinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin çalışma biçimlerine göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri farklılaşmaktadır. “Sürekli gündüz”,

“vardiya” ve “nöbetle” çalışanların “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” çalışanlardan daha fazla yönetim, bakım ve eğitim işlevlerine ilişkin uygulamaların hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünde oldukları saptanmıştır. Asistan hekimler “vardiya ve gündüz (32 saat ve üzeri)” çalışan grubun tamamını oluşturmaktadır.

- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin çalıştıkları bölümlere göre hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşleri istatistiksel olarak farklılaşmaktadır. Dahiliye ve cerrahi servisi dışında çalışan diğer (acil, başhemşire ve yardımcıları ve poliklinik) bölümler “tanı ve tedavi” hemşirelik işlevine ilişkin uygulamaların hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşüne daha fazla katılmaktadırlar.
- Araştırmada sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerini belirleyen boyutların birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları sonucuna varılmıştır. Sağlık profesyonellerinin bir boyuta ilişkin hemşirelik işlevinin hemşirelik kararı ile uygulanacağı görüşünün diğer boyutlara da aynı doğrultuda yansıdığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- Hemşirelik geçmişten günümüze önemli bir meslek olarak kabul görmüştür. Ancak son yıllarda meslekte profesyonelleşme adına önemli adımlar atılmıştır. Özellikle son çıkan yasa ve yönetmeliklerle hemşirelere yüklenen roller ve işlevler daha da netleşmiştir. Araştırma sonucunda da görülmüştür ki hemşireler yani mesleğin birebir içinde olanlar diğer sağlık profesyoneli olan hekimlerden işlevlerine yönelik olarak hemşirelik kararı ile uygulama görüşüne katılımı daha yüksektir. Sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlamak için tüm sağlık profesyonellerinin birbirlerinin rol ve işlevleri hakkında bilgi sahibi olmaları gereklidir. Hastane yönetimlerinin çalışanları için düzenleyeceği eğitim ve seminerlerle veya sağlık profesyonellerinin üniversite eğitimleri sırasında alacakları ortak derslerle hemşirelerin rol ve işlevleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaları önerilmektedir.

- Hemşirelerin rol ve işlevlerine yönelik olarak bakım alanında yapılacak araştırma sayısının artması ve araştırma sonuçlarının alana yansıtılması mesleğin daha da profesyonel hale gelmesini sağlayacaktır. Bu nedenle her geçen gün artan yüksek lisans programlarında eğitim gören öğrencilere araştırmamızın benzeri araştırmaların yaptırılması önerilebilir.
- Profesyonel hemşirelerin tanı ve tedavi ile ilgili işlevlerini güvenli ve doğru uygulamaları, hastalarına bakım verirken bağımsız karar verebilme becerisine sahip olmaları en önemli sorumluluklarından birisidir. Hemşireler yasal, ahlaki ve etik açıdan uygulamalarından sorumludurlar. Hemşirelerin tedavi ile ilgili klinik beceri ve uygulamalarında hemşirelik sürecini geliştirmeye yönelik düzenlemelerin yapılması önerilebilir.
- Hemşirelik eğitiminin tamamen lisans düzeyinde üniversiteye temellendirilmesi ve programlarını son çıkan yasa ve yönetmelikler doğrultusunda geliştirmeleri önerilmektedir. Böylelikle geleceğin hemşireleri rol ve işlevlerine ilişkin uygulamalarında daha bağımsız karar verebilmeleri sağlanarak, güvenli bilginin sentezine, deneyime ve eleştirel düşünme tutum ve standartlarına sahip olacaklardır.
- Araştırmanın benzerlerinin daha fazla sağlık profesyoneli kapsayacak şekilde yapılması, araştırma sonuçlarından genelleme yapılmasına olanak sağlayacaktır.

9. KAYNAKLAR

- Adams BL.(1999) Nursing Education for Critical Thinking: an Integrative Review. *Journal Nursing Education*, 38: 111-119.
- Adıgüzel O., Tanrıverdi H., Sönmez Özkan D. (2011) Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9 (2): 235-258.
- Akansel, N. (2005). İşyerinde Takım Bilinci Geliştirme ve Hemşirelik. Hastane Yönetimi Dergisi Nisan-Mayıs-Haziran.
- Akkaş H.S. (1994).*Sağlık Ekibi Elemanlarının Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Bilgi ve Düşüncelerinin Araştırılması*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Çaylan Pektekin).
- Alcan Z. (2001). Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. *Anadolu Matbaası*, İstanbul,15-17.
- Alcan Z., Aksoy A., Civil B. Ve ark. (2011). Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul.
- Alpaslan T., Kılıçgil E. (2005). Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sosyo Kültürel Yapı-Meslek Seçimi İlişkisi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 3 (1): 17-26.
- Altuntaş S. (2004). *Hemşirelerin İşlerine Karşı Tutumlarının Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman:Yard. Doç. Dr. Ülkü Baykal).
- American Nurses Credentialing Center-ANCC (2005). ANCC Magnet Recognizing Program. Recognizing Excellence in Nursing Services Application Manuel, 1-3.
- Ardahan M. (2003). Hemşirelerin Savunuculuk Rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2): 23- 27.
- Aslan Ş. (2004). Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (11): 599- 611.
- Aslankoç R., Öztürk M., Yıldırım Nurhan G. (2001). Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete ile İlişkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8 (2): 12-20.
- Aslantekin F., Gökteş B., Uluşen M., Erdem R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6): 55- 71.
- Ataman G. (2009) İşletme Yönetimi Temel Kavram ve Yeni Yaklaşımlar. *Türkmen Kitabevi*, 3. Baskı, İstanbul.

Atasoy A., Yorgun S., Aksoy S., İka H. (2011). Hasta Güvenliği İklimi, Ekip Çalışması, İş Yükü ve İş Kontrolü, İş Stresi Arasındaki İlişkiler. *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*, (Ed) Beylik U., Önder Ö., Güler H., Öztürk, A., Azim Matbaacılık, Ankara.

Atik G. (2008). *Hemşirelerin Mevzuata Dayalı İşlevleri Hakkında Hemşire Öğretim Elemanları ve Hemşire Yöneticilerin Görüşlerinin Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Aytolan Yıldırım).

Avşar G., Kaşıkçı M. (2009). Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (3): 67- 73.

Ayey A. (1998). *Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Yerine Getirip, Getirememe Durumları ve Nedenlerinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nilgün Dereli).

Balçık E.(2013). *Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Algısı ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Nefise Bahçecik).

Baloğlu N., Karadağ E., Çalışkan N., Korkmaz T. (2006). İlköğretim Öğretmenlerinin Mesleki Benlik Saygısı ve İş Doyumları Arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 7 (2): 345-358.

Baykara Z. Göçmen (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Serap Şahinoğlu).

Bekaroğlu, Ş.B. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5 (9): 18-32.

Bostan S. (2006). Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu. *Sağlık Hakkı Dergisi*, 1 (1): 1-12.

Büyüköztürk Ş. (2010) Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. *Pegem A Yayınları*, Ankara.

Can A. (2008). Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13 (3): 293-307.

Ceylan A., Ulutürk Y.H. (2006) Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, İş Tatmini ve Performans Arasındaki İlişkiler. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (1): 48-58.

Cirhinlioğlu Z. (1996) Meslekler ve Sosyoloji. *Gündoğan Yayınları*, Ankara.

Coşkun A. (1996) Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip çalışmasının Önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4 (3): 181-184.

Coşkun A., Dağ H., Çetinbağ H. (1993). Uygulayıcı Rol Üstlenen Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkındaki Bilgi Durumları ve Uygulama Biçimlerinin Araştırılması. *Hemşirelik Bülteni*, VII (29).

Çetin G. (2008). *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Olumlu İş Ortamına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Aytolan Yıldırım).

Çınar N., Şahin S., Sözeri C., Cevahir R., Akburak Ö. (2011). Erkek Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğini Tercih Nedenleri ve Öğrencilere Göre Hastaların Tepkisi ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6 (17): 15- 25.

Çıraklı Z., Sayım F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda ve Maliyet Etkililik Göstergelerinin İncelenmesi. (Ed) Kırılmaz H., *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara.

Demirel, S. (2005). Ekip Çalışması. Erişim: 08 Eylül 2012, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ekipcalismasi.htm>

Demirer A. (2001). *Sağlık Yüksekokulları Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Memurluğu Bölümü Öğrencilerinin Hemşirelik Rol ve İşlevlerine İlişkin Düşünceleri*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Gülsün Taşocak).

Eken H. (2006). Askeri Kurumların Mesleğe İlişkin Rol İle Aile İçi Rol Etkileşimindeki Rolü: Türk Silahlı Kuvvetlerindeki Kadın Subaylar Örneği, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/huriguleken.pdf> (Erişim Tarihi: 15.10.2012)

Erdemir F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1): 59- 63.

Ergün A., Aslan F.E., Vatan F., Olgun N., Kuşuoğlu S. (2010). Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. *Nobel Kitabevleri*, Adana.

Ericson J.I. (2012). 200 Years of Nursing-A Chief Nurse' s Reflections on Practice, Theory, Policy, Education, and Research. *JONA*, 42(1): 9-11.

Erken S. (2008). *Klinisyen Hemşirelerle Akademisyen Hemşireler Arasındaki İletişim Örüntüsünün İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ömür Neczan Timurcanday Özmen).

Eskimez Z., Öztunç G., Alparslan N. (2008) Lise Son Sınıfta Okuyan Kız Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 58-67.

Galhotra, S., Scholle, C.C., Dew, M.A., Mininni, N.C., Clermont, G., DeVita, M.A.(2006). Issues and Innovations in Nursing Practice, Medical Emergency Teams: A Strategy for improving Patient Care and Nursing Work Environments. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2),180-187.

Gard G., Lindström K., Dallner M. (2003). Towards a Learning Organization: The Introduction of a Client-Centeredteam-Based Organization in Administrative Surveying Work. *Applied Ergonomics*, 34 (2), 97-105.

Gayef A. (2006). *Özel Hastanelerde Uygulanan Liderlik Yaklaşımlarının Üst Düzey Yöneticilerin Takım Çalışması ve Örgüt İklimi Algılamaları Üzerindeki Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Tanıl Kılınç).

Gjerberd, E., Kjolsrod, L. (2001). The Doctor-Nurse Relationship: How Easy is it to be Female Doctor Co-operating with a Female Nurse?. *Social Science Medicine*, 52(2),189-202.

Gökgöz A., Zeytin M. (2012) Muhasebe Mesleğinin Seçilmesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Yalova ve Bilecik İlleri Örneği. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (8): 97- 85.

Güney S. (2011) Davranış Bilimleri. 6. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, S:313-343

Gürhan M. (2006) *Hemşirelik Hizmetleri Işığında Çalışanları Güçlendirme*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Nefise Bahçecik)

Hisar K.M. (2012). Selçuklu Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Eğitimleri ve Gelecekleri İle İlgili Görüşleri, Halk Sağlığı Etkinlikleri. *HASUDER, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*,

Hanson MH ve ark. (1990). Education in Nursing Diagnosis: Evaluating Clinical Outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 21 (2): 79-84.

Işık M.D.(2012). *Hemşire Yöneticilerin Kriz Yönetimine İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman:Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM).

İlhan S. (2004). Bazı Temel İşlevleri ve Artan Önemi Açısından Meslek. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*, 132- 137.

İncesu E., Yorulmaz M. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı Ve Toplam Kalite Yönetimi. Erişim Tarihi: 15.10.2012 <http://www.seydisehirddh.gov.tr/kalite/m2.pdf>

Kalaycı Ş. (2008). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. *Asil Yayın*, Ankara.

- Kangalı P. (2005) Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri ve Otonomiye Etkileyen Mesleki ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. DR. Şerife Karagözoğlu).
- Kara, M., Babadağ, K. (2003). Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,6(3): 96-111.
- Karahan A. (2008) Hastanelerde Takım Halinde Öğrenme. Afyon Kocatepe Üniversitesi, *İ.İ.B.F. Dergisi*, X (II), 237- 255.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. *Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- Kaya A. (2005). Kalite Geliştirmede Deney Tasarımı ve Taguchi Yöntemi. *Gıda*, 30 (1): 25-29.
- Kaya, E. (2005). Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Hatice Ulusoy).
- Kaya N. ve ark., (2009). Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3): 1-11.
- Kaya N., Turan N., Öztürk A. (2011). Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1): 16-30.
- Khorshid L., Eşer İ., Zaybak A., Güneş Ü.Y., Çınar Ş. (2007). Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlarının Aldıkları Lisans Eğitimine İlişkin Görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23 (1): 1-14.
- Koç Z., Sağlam Z. (2009). Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri ve Mesleği Seçme Durumlarının Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12 (3): 1- 11.
- Koçel T. (2007). İşletme Yöneticiliği. 11.Baskı, *Arıkan Yayınları*, İstanbul.
- Korkmaz F., Görgülü S. (2010). Hemşirelerin, Meslek Ölçütleri Bağlamında Hemşireliğe İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 1–17.
- Korkmaz, M.(2007). Akciğer Kanseri Olan Hastalarda Uygulanan Taburculuk Planının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Çiçek Fadilhoğlu).
- Kovancı A. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?*. 3. Basım, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Köroğlu Ö., Köroğlu A., Alper B. (2012). Doğaya Dayalı Gerçekleştirilen Turizm Faaliyetleri İçerisinde Turist Rehberlerinin Rollerine Bir İnceleme. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 14 (22): 131-139.

Kutun F.Ç. (2011). *Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım).

Kuzgun Y. (2000). *Meslek Danışmanlığı*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Laschinger H. (2008) Effect of Empowerment on Professional praactice Environments, Work Satisfaction, and Patient Care Quality further Testing the Nursing Worklife Model. Journal of Nursing Care Quality, 23(4): 322-330

Leipzig, M.R., Hyer, K., Wallenstein, S., Vezina, M.L. Et All.(2002). Attitudes Toward Working on Interdisciplinary Healthcare Teams. A Comparison by Discipline. JAGS, 1141-1148.

Lewis P.S., Malecha A.(2011). The Impact of Workplace Incivility on the Work Environment, Maneger Skill, and Productivity. *The Jornal of Nursing Administration*, 41 (1): 41-47.

Lingard, L., Reznick, R., DeVito,I. and Espin, S. (2002). Forming Professional Identites on the Health Care Team: Discursive Constructions of the Other in the Operating Room. Medical Education,36: 728-734.

Mızrak Ş., Şenel E. (2011) Meslek liselerinde tekstil konfeksiyon programının seçimini etkileyen faktörler ve programa talep oranı (Konya, Karaman ve Aksaray illeri örneği). *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25: 185.

Moroğlu D. (2007). *Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, , Sivas, (Danışman: Y.Doç. Dr. Hatice Ulusoy).

Mucr M., Özeler R., Bayrakçı Ö., Dikbaş T. (2012) Meslek Seçimi. (Erişim Tarihi: 15.10.2012) <http://www.pankus.8m.com/meslekler.htm>

Oktay S., Coşkun A., Şen S. (1994). Türkiye’ de Hemşireliğin Durumunun Raporu. *Hemşirelik Bülteni*, VII (33).

Oltuluoğlu H. (b.t.). Hemşireliğin Yasal Yönleri. Erişim Tarihi:15.10.2012, www.yusuforhan.net/.../hemsireligin%20yasal%20

Ökdem Ş., Abbasoğlu A., Doğan N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1 (1), 5-11.

Özçelik A. (2012). Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi. Erişim Tarihi:15.10.2012http://skid.org.tr/wp-content/uploads/2012/08/sağlık_isletmelerinde_kalite.pdf

Özçelik Z., Karaduman B., Bafra K., Yıldırım A., Çelik S., Ülker S. (2006). Hemşirelikte Haklar ve Sorumluluklar. Odak Ofset, Ankara, s:37-38, 113-168

Özer M.(2003). Hemşireliğin Toplumu Değiştirici Rolü. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6(1) Ocak-Şubat:21-24.

B., Bafra K., Yıldırım A., Çelik S., Ülker S. (2006). *Hemşirelikte Haklar ve Sorumluluklar*. Odak Ofset, Ankara.

Özdemir U. (1999) Psikiyatri Tedavi Ekibinin “Ekip Çalışması” Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7 (2): 17-24.

Özkan Ö., Emiroğlu O.N. (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3): 43- 51.

Özpancar N., Aydın N., Akansel N. (2008) Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (3): 9-17.

Öztürk H., Bahçecik N., Gürdoğan E. (2012) Hastanelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florange Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1): 17-25

Perry A.G., Potter P.A.(2011). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri.(Ed.)Aştı A.T.,Karadağ A. Elsevier Mosby, Nobel Tıp Kitabevi,Adana.

Polat N. (2008) Hemşirelerde işe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması. Başkent Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı).

Sabancıoğulları S., Doğan S., Kelleci M., Avcı D. (2012). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin İnternlik Programına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (1): 16-22.

Sabuncu N., Babadağ K., Topocak G., Ataberk T. (1996). *Hemşirelik Esasları*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.

Salvage J. (1995). *Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem*. (Ed) Ülker S., Aydoğdu Ofset, Ankara.

Samancıoğlu S., Karadakovan A. (2010). Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (13): 125- 141.

Saraçoğlu E. (2010) *Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım)

Sarıkaya T., Khorshid L. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi: Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*,7 (2): 393-423.

Sarp, N., Babadağ, K., Taşocak G. ve Ataberk, T. (1993). *Hemşirelik Esasları*. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

Scholes, J., Vaughan, B. (2002). Cross-boundary Working: Implications for the Multiprofessional Team. *Journal of Clinical Nursing*, 11:399-408.

Seren, Ş.(1998) *Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş)

Sümbüloğlu V., Sümbüloğlu K. (2007) *Biyoistatistik*. Hatiboğlu Basım ve Yayımları, Ankara.

Şentürk, S.E. (2011). *Hemşirelik Tarihi*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Tanrıverdi, Ç. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Hizmetini Algılama Durumu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara,(Danışman: Doç.Dr. Oya Nuran Emiroğlu).

Taşçıkan, Ö.(2004). Kolonoskopi Sonrası Abdominal Distansiyonun Giderilmesinde Rektal Tüp Uygulamasının Etkisi. T.C. Genel Kurmay Bakanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (Danışman:Prof. Dr.Sağ. Bnb. Nalan Akbayrak).

Taylan S. (2009) *Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Roller*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan).

Topuz A. (2006). *Hemşirelerde Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği, İş Stresi Ve Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine Altun).

Tüργay A.,Süzen B., Yıldırım B., Sarı D., Ay F., Kuyurtar F. (2012). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. (Ed.) Ay A.F., 4.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 16-21.

Ülker S. (1993). Türkiye’de Hemşireliğin Temel Sorunları. *Actual Medicin*, 1(1): 97-99.

Ünlü S., Özgür G., Babacan Gümüş A. (2008). Hemşirelik Yüksekokulundaki Öğrencilerin Hemşirelik Mesleği ve Eğitimi İle İlgili Görüş ve Beklentileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24 (1) : 43-56.

- Wicke, D., Coppin, R. (2004). Issues and Innovations in Nursing, 45,2,197.
- Velioğlu P. (1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*. İstanbul Alaş Ofset, İstanbul.
- Velioğlu P. (1998). Hemşirelik Eğitiminde Esaslar. *II. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu*, İstanbul.
- Velioğlu P., Pektekin Ç., Şanlı T. (1991). *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. (Ed) Geylan R., Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Velioğlu P.(1985). *Hemşirelik Bilimselleşmeye Doğru*. Bozak Matbaası, İstanbul.
- Velioğlu. P., Babadağ. K. (1993) *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*. Etam Ofset, Eskişehir
- Yeşilyaprak B. (2012) *Mesleki Rehberlik ve Kariyer Danışmanlığı: Kuramdan Uygulamaya*. 2. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.
- Yeşil Yurt T.(2009). Hemşirelerde Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin İş stresi ve İş doyumuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ülkü Baykal).
- Yıldırım A. (1988). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Çaylan Pektekin)
- Yıldırım A. (1995). Türkiye ve A.B.D’ De Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu ve İstanbul Üniversitesi Hastanelerinin Akademik ve İdari Yöneticilerinin Genel Durumu ve Organizasyonu İle İlgili Görüşlerine İlişkin Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Fulya Sarvan)
- Yıldırım A.(2001). Meslekleşme Süreci ve Hemşirelik. Hemşirelik Forumu Dergisi, 4(1):23-25
- Yıldırım A.(2002). Hekim Hemşire İşbirliği. Modern Hastane Yönetimi Dergisi,cilt6, sayı 2, Nisan-Mayıs- Haziran, sayfa36-39.
- Yıldırım A. (2008). Yeni TCK ve Hemşirelik, Erişim Adresi. 21,06,2011 , http://www.hemsirelersitesi.net/hemsirelik_mevzuatı/yeni_tck_ve_hemsirelik
- Yıldırım A. (2010). Mesleğe Özel Yasa Önemli Bir Avantajdır. Hastane Dergisi, İstanbul, Mayıs- Haziran
- Yıldız M.S. (2012). Dünyada ve Ülkemizde Akreditasyona Geçiş, Erişim Tarihi: 15.10.2012) http://tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=49:salik-hzmetlernde-akredstasyon-iv&catid=21:salik-sistemleri&Itemid=76

Yılmaz A.Ö. (2010). *Hemşirelerin Türk Ceza Kanunu' nun Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Maddeleriyle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ülkü Baykal)

Yörükoğlu S. (2008) *Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Sevim Buzlu).

Yüksel-Şahin F., Hotaman D. (2009). Vocational Guidance Aid in the Orientation to Teaching Profession and Teacher Education. *European Journal of Social Sciences*, 10 (1): 25-35.

Yüzer S., Alıcı D., Yiğit R. (2008). Pediatri Hemşirelerinin Roller ve Fonksiyonları Ölçeğinin Uygulanmasının Geliştirilmesi: Güvenirliği ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (4): 19-29.

Zerenler M., Öğüt A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18: 501- 519.

6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu (1954). T.C. Resmi Gazete.Başkanlık Basımevi, Yayın No:8647.

26510 Hemşirelik Kanunu.(2007). T.C. Resmi Gazete. Başbakanlık Basımevi, 2.5.2007.

27515 Hemşirelik Yönetmeliği.(2010). T.C. Resmi Gazete. Başkanlık Basımevi, 8.Mart 2010

27910 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete. Başkanlık Basımevi, 19.Nisan2011.

10. EKLER

10.1. EK 1. BİLGİ FORMU; Kişisel Bilgiler Formu ve Hemşirelik İşlevleri Listesi

10.2. EK 2. RESMÎ GAZETE; Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Hemşirelik Yönetmeliği, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Ek-1 ve Ek-2)

10.3. EK 3.4.5.6.7.8. YAZILI İZİNLER

EK - 1

Sayın Katılımcı:

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığındaki bu çalışma “**Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi**” amacıyla planlanmıştır. Araştırma verileri sadece bilimsel amaçla yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup elde edilen bilgiler herhangi bir kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Anket formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için, eksiksiz ve içtenlikle doldurmaya özen göstermenizi rica eder, çalışmamıza verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

Semra ÜSTÜNDAĞ ÜNAL

Haliç Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte YönetimYüksek Lisans Öğrencisi
sunal76@yahoo.com.tr

KİŞİSEL BİLGİLER FORMU

1. Çalıştığınız kurum
2. Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın
3. Yaşınız; ☐ 18-25 ☐ 26-32 ☐ 33-39 ☐ 40' dan fazla
4. Çalıştığınız bölüm
☐ Dâhiliye ☐ Cerrahi ☐ Yoğun bakım ☐ Ameliyathane ☐ Poliklinik ☐ Diğer
5. Mesleğiniz? ☐ Hemşire ☐ Hekim ☐ Diğer.....
6. Meslekteki hizmet süreniz ?
☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-16 yıl ☐ 17-21yıl ☐ 22 yıl üzeri
7. Çalıştığınız hastanede pozisyonunuz ☐ Yönetici ☐ Yönetici Değil
8. Çalışma biçiminiz ☐ Sürekli Gündüz ☐ Vardiya (8 saat) ☐ Nöbet (12-16-24 saat)
9. Eğitim durumunuz
☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Ön lisans ☐ Lisans
☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
10. Bakımla yükümlü olduğunuz günlük ortalama hasta sayısı
☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21 ve üstü
11. Çalıştığınız serviste sağlık ekibinin diğer üyelerinden mevcut olanlarını işaretleyiniz.
☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Ebe ☐ Fizyoterapist ☐ Anestezi
Teknisyen/Tekniker
☐ Laborant ☐ Psikolog ☐ Biyoteknik görevli ☐ Hastabakıcı ☐ Sekreter

HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ LİSTESİ

Aşağıda, Hemşirelik Yönetmeliğinde yer alan işlevlere ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Sütunlardaki bölümleri (X) şeklinde işaretleyerek cevap vermenizi rica ediyoruz. Her bir ifadenin karşısındaki sütunlardan sadece birini işaretleyiniz.

Sıra No	Hemşirelik İşlevleri	Hemşirelik işlevidir. Hemşirelik kararı ile uygulanır	Hemşirelik işlevidir Hekim kararı ile uygulanır	Hemşirelik işlevi değildir.
1	Hemşirelik hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi, geliştirilmesini sağlama.			
2	Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılma.			
3	Hizmet birimlerinde görevlendirilecek hemşirelerin sayısını ve niteliğini belirleme.			
4	Hemşirelerin görev dağılımlarını ve çalışma çizelgelerini yapma, izleme, onaylama.			
5	Göreve yeni başlayan hemşirelerin uyum eğitimlerini planlama, uygulama ve değerlendirme.			
6	Hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapma.			
7	Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin performans değerlendirmelerini yapma.			
8	Hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik çalışma planları yapma ve uygulama.			
9	İstenmeyen olaylar ve hatalı hemşirelik uygulamalarını önleyici tedbirleri alma, meydana gelen olayların kaydının tutulmasını ve bildirilmesini sağlama.			
10	Afet planları doğrultusunda acil durum protokolü geliştirme ve gerektiğinde uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlama.			
11	Komite, konsey ve yönetim kurulu toplantılarına üye olarak katılma.			
12	Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti verme.			
13	Hemşirelik hizmetleri ile ilgili tüm kayıt sistemlerinin ve formlarının geliştirilmesini ve düzenli olarak kullanılmasını sağlama.			
14	Hasta ile ilgili ziyaret, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunma.			
15	Hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlama, uygulama ve yönetme.			
16	Bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirme, gerekli iyileştirmeleri yapma.			
17	Yaradan kültür için örnek alma. Yarayı değerlendirme, mekanik temizliği, irrigasyonu ve pansumanı yapma, bandaj uygulama.			
18	Nazogastrik / orogastrik tüpten mide sıvısı alma.			

19	EKG çekme.			
20	Kafa içi basıncı izleme.			
21	Hasta ile ilgili toplanan verileri değerlendirme ve yorumlama.			
22	Hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözlemleme, kayıt etme, gerektiğinde ilgililere rapor etme.			
23	Bilinci kapalı olan hastaların nörolojik değerlendirmelerini yapma.			
24	Kardiyak ritmi izleme, yorumlama, öldürücü ritimleri tanıma ve gerekli acil girişimleri bilme.			
25	Gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatma, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon, ve acil senkronize kardiyoversiyon uygulama ve rapor etme.			
26	Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlama.			
27	Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirme.			
28	Sıvı elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunlara uygun hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme.			
29	Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlama ve uygulama.			
30	Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilme ve uygulama.			
31	Hastaya pozisyon verme.			
32	Fiziksel hareketi sınırlama.			
33	Aldığı çıkardığı sıvıları izleme.			
34	Endotrakeal ekstubasyon uygulama.			
35	Nazogastrik ve oragastrik sonda yerleştirme.			
36	Rektal tüp uygulama.			
37	Postüral drenaj uygulama.			
38	Kas gevşetici girişimleri uygulama.			
39	Ağrı ve bulantıyı önleme amaçlı vücudun belirli bölgelerine bası uygulama.			
40	Çalışma ortamının risklerini değerlendirme ve standartlara uygun önlem alma.			
41	Hasta güvenliği önlemleri alma.			
42	İşitme ve konuşma problemi olan hastalarla iletişim sağlama.			
43	Hastaneye yattığı andan itibaren hasta ve ailesini taburculuğa ve evde bakıma hazırlama.			
44	Kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık / üreme sağlığı sorunlarını belirleme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütme.			
45	Hasta ve ailesini hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirme.			
46	Bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler veya alternatif tıp uygulamalarını değerlendirme.			
47	Hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlama, uygulama ve eğitimin etkinliğini değerlendirme.			
48	Hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirme.			
49	İhmal ve istismar durumunu tanıma, şüpheli durumlarda ilgili yerlere bildirimde bulunma.			
50	Hasta ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirleme ve destek almalarına yardımcı olma.			

KANUN

HEMŞİRELİK KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK
YAPILMASINA DAİR KANUN**Kanun No. 5634****Kabul Tarihi : 25/4/2007**

MADDE 1 – 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 1 – Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir."

MADDE 2 – Hemşirelik Kanununun 3 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 3 – Türkiye’de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış Türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz."

MADDE 3 – Hemşirelik Kanununun 4 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 4 – Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.

Hemşirelerin birinci fıkrada sayılan hizmetlerde çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir."

MADDE 4 – Hemşirelik Kanununun 8 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 8 – Lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman hemşire olarak çalışırlar.

Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili ile kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir."

MADDE 5 – Hemşirelik Kanununun 9 uncu maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 9 – Hemşirelikle ilgili yönetim görevlerinde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin rüçhan hakları vardır."

MADDE 6 – Hemşirelik Kanununun 2 nci, 6 ncı, 7 nci, 10 uncu ve 12 nci maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 7 – Hemşirelik Kanununun mevcut geçici maddesine "1" numarası verilmiş ve Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 2 – Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar ile halen bu programlarda kayıtlı bulunan öğrencilerin kazanılmış hakları saklıdır.

Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar.

Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programının adı, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilir ve programlar birleştirilir.

Bir defaya mahsus olmak üzere, ebelik diplomasına sahip olduğu halde bu Kanunun yayımı tarihinde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam ederler.

Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir."

MADDE 8 – Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 9 – Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

1/5/2007

8 Mart 2010 PAZARTESİ

Resmî Gazete

Sayı : 27515

YÖNETMELİK

Sağlık Bakanlığından:

HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda görev yapan hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında ve hemşirelik hizmetleri sunulan diğer alanlarda görev yapan hemşireleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 4 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
 - Hemşire: 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa göre hemşirelik mesleğini icra etmeye yetkili sağlık personelinin,
 - Hemşirelik tanılama süreci: Bireyin muhtemel veya mevcut sağlık sorununa yönelik olarak, hemşirelik hizmetleri çerçevesinde bakıma en uygun yaklaşımı belirlemeyi mümkün kılan durum değerlendirmesini,
 - Kanun: 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununu,
 - Başhemşire: Kurum ve kuruluşlarda hemşirelik hizmetlerini en üst düzeyde temsil eden hemşireyi,
 - Uzman hemşire: Mesleğiyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaşan ve diploması Bakanlıkça tescil edilen hemşireyi,
 - Yetki belgesi: Hemşirelerin meslekleriyle ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda ilgili mevzuatında düzenlenen hizmet içi eğitim çalışmaları neticesinde Bakanlıkça tanzim olunan belgeyi,
- ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Hemşirelik Hizmetlerinin Kapsamı, Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelik hizmetlerinin kapsamı

MADDE 5 – (1) Hemşirelik hizmetleri aşağıdaki hususları kapsar:

- Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,
- Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,
- Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini.

Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 6 – (1) Hemşireler;

- Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.
- Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan

yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

f) Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılmaz.

g) Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

h) Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

i) Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

j) Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Uzman Hemşire ve Yetki Belgesine Sahip Hemşireler

Uzman hemşire

MADDE 7 – (1) Lisans mezunu hemşirelerden; yurtiçinde hemşirelik anabilim dallarında ve bunların altında açılan lisansüstü eğitim programlarından mezun olan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler ile yurtdışında bu programlardan mezun olup, diplomalarının denklikleri onaylanan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler alanlarında uzman hemşire olarak çalışırlar.

(2) Uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir.

Yetki belgesine sahip hemşireler

MADDE 8 – (1) Hemşirelik mesleği ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesine sahip ve bu alanlara ilişkin hemşirelik bakım hizmetlerinden sorumlu hemşiredir.

(2) Yetki belgesine sahip hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları, sahip oldukları yetki belgeleri ve çalıştıkları özellikli alana göre Bakanlıkça düzenlenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonu

Başhemşire

MADDE 9 – (1) Başhemşire olabilmek için hemşirelikte en az lisans eğitime sahip olmak gerekir. Ancak kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir.

(2) Başhemşire bağlı olduğu kurum/kuruluş üst amirine karşı sorumlu olarak:

a) Hemşirelik hizmetlerinin planlanmasını, yürütülmesini, değerlendirilmesini, geliştirilmesini ve kayıt altına alınmasını sağlar.

b) Hemşirelik hizmetleri organizasyonu doğrultusunda görevli hemşirelerin mevzuata ve meslek ilkelerine uygun olarak görev yapmalarından, hemşirelik hizmetlerinin etkin ve verimli sunumundan sorumludur. İstenmeyen olaylar ve hatalı hemşirelik uygulamalarını önleyici tedbirleri alır, meydana gelen menfi olayların kaydının tutulmasını ve bildirilmesini sağlar.

c) Hemşirelik hizmetlerinde istihdam edilen personeli ilgili birimlere görevlendirir ve göreve uyumunu sağlar. Hizmet birimlerinde görevlendirilecek hemşirelerin sayısını ve niteliğini belirler.

ç) Hemşirelik hizmetleri ile ilgili tüm kayıt sistemlerinin ve Ek-1'deki formların geliştirilmesini ve düzenli olarak kullanılmasını sağlar.

d) Hemşirelerin bilgi ve deneyimlerini göz önünde bulundurarak görev dağılımlarının ve çalışma çizelgelerinin yapılmasını, izlenmesini sağlar ve onaylar. Göreve yeni başlayan hemşireler için uyum eğitimi, görevdeki hemşireler için hizmet içi eğitim programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlar.

e) Öğrenci hemşirelerin eğitimi için uygun çalışma ortamını oluşturur, öğretim elemanları ile işbirliği yaparak okul-hastane işbirliğini sağlar.

f) Hemşirelerin mesleki gelişimleri için sürekli eğitimlerini destekler.

g) Hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi için yapılacak bilimsel araştırma faaliyetlerine destek olur. Hemşirelik hizmetleri bütçesinin planlanmasında yer alır.

h) Hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik çalışma planlarını yapar ve uygulanmasını sağlar.

ı) Hastane ve sağlık kurumlarının ilgili yöneticileriyle işbirliği yapar.

i) Olağanüstü durumlarda afet planları doğrultusunda ilgili birimlerle işbirliği içinde, acil durum planlamaları yapar, protokol geliştirir ve/veya geliştirilmesini sağlar ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlar.

j) Komite, konsey, yönetim kurulu toplantılarına üye olarak katılır.

(3) Gözetmen hemşire: Başhemşirenin görevleri normal mesai dışında ve resmi tatil günlerinde gözetmen hemşire tarafından yürütülür. Bu hemşireler meslekte beş yıl deneyimli, lisans mezunu hemşireler arasından başhemşire tarafından seçilir ve görevlendirilir. Ancak, kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir.

Sorumlu hemşire

MADDE 10 – (1) Sorumlu hemşire yatan hasta üniteleri/klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ayaktan tanı ve tedavi birimleri, acil, evde bakım gibi alanlarda hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesinde başhemşireye karşı sorumlu olup, öncelikle ilgili alanda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans mezunları arasından başhemşire tarafından görevlendirilir. Ancak, kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir. Sorumlu hemşire görevlendirildiği alanda öncelikle gündüz mesai saatlerinde görev yapar.

(2) Sorumlu hemşire, servis ve ünitedeki hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesine ve karşılanmasına yönelik hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur.

(3) Sorumlu hemşire;

a) Servis/üniteye yeni başlayan hemşirelerin uyumunu sağlar. Hemşirelerinin mesleki gelişimlerinde, hasta bakımında rehberlik ve danışmanlık yapar, iş doyumunu ve motivasyonu yükseltici düzenlemeler yapar. Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim programlarına katılır ve ünite/servis hemşirelerinin katılmalarını sağlar.

b) Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanmasını, eczane tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını ve korunmasını sağlar.

c) Hastanın muayene ve tedavi girişimleri sırasında ilgili hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesini sağlar.

ç) Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin gelişimi için performans değerlendirmelerini yapar, geri bildirimde bulunur.

d) Kendisine bağlı hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili konularda servis/ünite içinde gerekli düzenlemeleri sağlar.

e) Hemşirelerin çalışma çizelgelerini ve izinlerini düzenler, başhemşirenin onayına sunar.

f) Servis/ünitenin fiziksel yapısı ve donanımı konusunda yönetime önerilerde bulunur.

g) Hastaları bakım gereksinimlerine göre sınıflayarak uygun oda ve yatak ayırımını yapar.

h) İlgili birimlerle koordinasyonu sağlar.

ı) Hasta ile ilgili ziyaret, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunur.

i) Öğrenci hemşirelerin eğitiminde uygun eğitim ortamını sağlar.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Son Hükümler

Düzenleme yetkisi

MADDE 11 – (1) Bakanlık, bu Yönetmeliğin uygulanmasını sağlamak üzere her türlü alt düzenlemeyi yapmaya yetkilidir.

Yürürlük

MADDE 12 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 13 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

YÖNETMELİK

Sağlık Bakanlığından:**HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK
YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK**

MADDE 1 – 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 7 nci maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“(3) Uzmanlık alanı ile ilgili kapsamlı sağlık değerlendirmeleri yapar. Hemşirelik bakımını planlar, uygular ve yönetir. Bakımda istenen hedeflere ulaşılabilmesi durumunda, yeni stratejiler geliştirir.

(4) Hastalara uygulanan tıbbi tanı ve tedavi işlemlerine ilişkin karşılaşılan kritik durumlarda, uygun kararın verilmesinde hemşirelere danışmanlık yapar, meslekî gelişimleri açısından hemşirelere yardımcı olur.

(5) Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar.

(6) Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve birliktirlik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir.”

MADDE 2 – Aynı Yönetmeliğin eki Ek-1’den sonra gelmek üzere ekteki Ek-2 “Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları” ile Ek-3 “Hemşirelik Girişimleri Listesi” eklenmiştir.

MADDE 3 – Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 4 – Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Yönetmeliğin Yayımlandığı Resmî Gazete’nin	
Tarihi	Sayısı
8/3/2010	27515

“Ek-2

**ÇALIŞILAN BİRİM/SERVİS/ÜNİTE/ALANLARA GÖRE HEMŞİRELERİN
GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI**

A) YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ: Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanımlamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir.

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1.Hemşirelik bakımı:

- Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
- Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
- Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
- Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
- Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.)

hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.

i) Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonunu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.

j) Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

k) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

b) Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.

ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

h) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir.

B) ACİL SERVİS HEMŞİRESİ

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik bakımı:

a) Hastanın acil servise kabulünü sağlar.

b) Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları hekime bildirir.

c) Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

ç) Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.

d) Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.

e) Periferik IV kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder.

f) İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.

g) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

ğ) Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.

h) Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.

i) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir.
j) Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.
k) Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.

k) Acil servis Enfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb).

l) Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım:

a) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif girişimlere katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir.

b) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

c) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder.

C) İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

1) Diyabet Eğitim Hemşiresi

Görev yetki ve sorumluluklar

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Diyabetli bireye uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri Hasta Tanılama Formuna kaydeder, ilgili hemşireye bilgi verir.

b) Hekim veya hemşire tarafından konsültasyon istenen poliklinik, servis/ünite hastalarını geliştirdiği Diyabet İzlem ve Eğitim Formunu kullanarak değerlendirir, eğitim ve bakım ihtiyacını belirler. Bakımın planlanmasını ve uygulanmasını organize eder.

c) Diyabetli bireylerin bakımında görev alır, bireyi yaşam kalitesini yükseltmede her aşamada destekler ve gereksinim duyulan konularda danışmanlık yapar. Diyabetli bireyin kendi kendini yönetimine destek olur.

ç) Kabul edilmiş protokoller ve reçete edilen seçenekler çerçevesinde tedaviyi yönlendirir.

d) Diyabetli bireylerin takibini düzenli olarak yapar, komplikasyonların önlenmesine yönelik hasta ve ailesine gerekli eğitimleri verir.

e) Diyabetli bireye diyabet kimlik kartı vererek yanında taşımasının önemini anlatır.

f) Diyabetli bireye/yakınlarına insülin uygulama becerisi kazandırır.

g) Diyabet ile ilgili her düzeyde eğitim programı geliştirilmesinde rol alır.

ğ) Diyabetli bireyi diyabetik ayak yönünden değerlendirir, bakımı ve bakımın önemi konusunda bilgilendirir.

h) Diyabetli bireyin gereksinimleri doğrultusunda grup veya bireysel eğitimleri planlar, uygular, değerlendirir ve kaydeder.

ı) Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin diyabet konusunda eğitim gereksinimlerini belirler, önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim etkinliklerine katılır. Eğitim programının içeriğini hazırlar ve eğitim materyali geliştirir.

2) Onkoloji Hemşiresi

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik Bakımı:

a) Kanseri olan birey ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmek için semptom yönetimi ve destek bakımı sağlar.

b) Kanser tanısı almış birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirir, sağlık sorunlarını ve önceliklerini belirler.

c) Çalışma ortamının risklerini değerlendirir ve standartlara uygun önlem alır.

ç) Diğer ekip üyelerini çalışma ortamının risklerine karşı bilgilendirir ve rehberlik eder, çalışma ortamının (antineoplastik ajanların) risklerine yönelik ortamı ve ekipmanı standartlara göre düzenler ve temin eder.

d) Yapılacak tedavinin türüne göre tedavi öncesi bireyi değerlendirir. Normalden sapma durumlarda doktoruna bilgi verir.

e) Onkoloji hemşireliği ile ilgili bakım ilkeleri, yöntemleri ve ürünler konusundaki gelişmeleri takip ederek bilgisini güncelleştirir ve uygulamaya aktarır.

f) Kemoterapi uygulamadan önce ilaç almayı engelleyecek durumlar (enfeksiyon, kilo kaybı, toksisite, ilaçların yan etkisi vb.) yönünden hastayı değerlendirir. Kemoterapi alması planlanan hastanın kemoterapi protokolünün uygunluğunu (doz, ilaç verilme yolu, tedavi şeması vb.) değerlendirir ve hastaya bilgi verir.

g) Antineoplastik ilaç uygulanan hastaların vücut sıvıları ve atıklarına maruz kalınabilecek her türlü işlemlerde koruyucu önlemleri alır ve alınmasını sağlar.

ğ) Hazırlanan ilacın adını, dozunu, hazırlanma saatini yazarak ilacın üzerine etiketler.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

2.1. Kemoterapi ve Biyoterapi;

a) Birey ve aileye, uygulanması planlanan kemoterapi/biyoterapi protokolü, potansiyel yan etkilerine ilişkin özbakım önlemleri ve antiemetik şeması gibi konularda uygun öğretim planı yapar, uygular ve değerlendirir.

b) Birey ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusunda sorularını yanıtlar, gerekli durumlarda hekime yönlendirir.

c) Kemoterapi/biyoterapiden önce, bireye psikolojik destek sağlar ve/veya psikolojik destek alması için yönlendirir.

ç) Bireyin tedavi ve bakımı ile ilgili kararlara katılmasını sağlar ve destekler.

d) Kurumunda, kemoterapi/biyoterapiye bağlı yan etkilerin önlenmesi ve kontrolüne yönelik bakım standartlarını geliştirir, geliştirilmesini sağlar.

e) Hasta ve hasta yakınlarını geliştirilen standartların kullanılması konusunda eğitir.

f) Kemoterapi öncesi bireyi sistematik olarak değerlendirir; kapsamlı öykü alır ve fizik değerlendirme yaparak objektif ve subjektif verileri elde eder.

g) Tedavi öncesi laboratuvar bulgularını değerlendirir. Bir önceki tedavinin toksisitelerini değerlendirir (enfeksiyon, nötropeni, stomatit vb.).

ğ) Kemoterapi/biyoterapinin güvenli uygulanmasını sağlar.

h) Bilgilendirilmiş onayın alınıp alınmadığının kontrol eder.

ı) Periferik IV ya da santral venöz kataterler, port katater uygulamalarını izler (infüzyon hızı ve infiltrasyon bulguları yönünden).

i) İnfüzyon tamamlandıktan sonra iğnenin çıkarılması, santral ya da port katateri uygun miktarda serum fizyolojik ile yıkadıktan sonra tedaviyi sonlandırır.

j) İnfüzyon süresince hastayı ekstremitasyon, anafaksi, hipotansiyon, hipertansiyon, yüksek ateş, bronkospazm, larengospazm vb. yönden gözler, girişimde bulunur ve kayıt tutar.

k) Birey ve/veya ailenin girişimlere yanıtını ve hedeflenen sonuca ulaşıp ulaşılmadığını sistematik olarak değerlendirir.

l) Bireye tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkilerle (bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, stomatit, yorgunluk vb.) baş etme yöntemlerini anlatır. Tedavi süresince dikkat etmesi gereken konularda hastayı uyarır, bilgilendirir.

2.2. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Olan Hastanın Bakımı;

a) Kök hücre transplantasyonu planlanan hasta ve ailesinin hastalık ve nakil sürecine ilişkin bilgilendirilmesinde görev alır.

b) Hasta ve ailesinin tedavi kararına aktif katılımını destekler; verilen bilgileri anlama durumunu değerlendirir, endişe ve sorularını dile getirmelerini cesaretlendirir.

c) Bilgilendirildikten sonra hastadan uygun onam formlarının alınmasını sağlar.

ç) Hastaya nakil öncesi gerekli tetkiklerin yapılmasını sağlar ve sonuçlarını izler.

d) Hastanın kök hücre nakline hazırlanmasında görev alır (testler, konsültasyonlar, kateterlerin takılması ve gerekli ilaç/malzeme sağlanması gibi).

e) Hastanın bakımında primer sorumluluk alacak hasta yakınına (bakım verici) bakıma yönelik eğitim verir ve cesaretlendirir. Bakım vericinin durumunu ve hazır oluşluğunu değerlendirerek gerekli desteği sağlar.

f) Hastaya kateter takılması ile ilgili bilgi verir, hazırlıklarını planlar.

g) Hasta ve hastanın bakımından sorumlu olacak kişiye kateter bakımı konusunda bilgi verir.

ğ) Allojenik transplantasyonlarda vericinin eğitimi ve hazırlanmasını sağlar.

h) Otolog nakil yapılacaksa aferez ünitesi ile, kemik iliği toplanacak ise ameliyathane ile iletişim kurarak uygulamalar için gerekli düzenlemeleri (malzeme, personel, verici ile ilgili düzenlemeler vb.) yapar.

ı) Alınan kemik iliğinin hastaya verilene dek uygun şekilde naklini ve temiz koşullarda saklanması sağlar.

i) Kök hücre toplama işlemini hasta ve/veya vericiye anlatır.

j) Toplanan kök hücrelerin uygun koşullarda taşınması ve verilmesinde rol alır.

k) Kök hücre transplantasyonu sürecinde hastayı izler, bulguları kaydeder, bakımını planlar ve uygular, tedavisini uygular, hastanın güvenliğini sağlar, gerekli durumları rapor eder.

l) Gerekli durumlarda hasta ve ailesine duygusal destek verir.

m) Transplantasyon sonrası hastanın düzenli kontrollerine ilişkin eğitim yapar, takip eder, gerekli test ve muayenelerin yapılmasını sağlar.

n) Birey ve ailenin transplantasyon sonrası iyileşme sürecinde günlük yaşam ve iş yaşamına uyumunu ve yaşam kalitesini değerlendirir; destek için uygun kaynaklara yönlendirir.

o) Hasta ile ilgili tüm verilerin raporlanmasında ve gerekli yerlere ulaştırılmasında görev alır.

ö) Kök hücre transplantasyonu ile ilgili çalışmalara katılır.

p) Transplantasyon sonrası bireyin izlenmesine katılır; kullanılan ilaçlar, etki ve yan etkileri konusunda bilgi verir; ilaç kullanımına uyumunu değerlendirir.

2.3.Radyoterapi sürecinde;

a) Birey ve ailesini planlanan tedavi, süresi, cihazlar ve saati gibi konularda bilgilendirir.

b) Birey ve ailesini radyoterapiye bağlı oluşabilecek genel semptomlar (cilt reaksiyonları ve yorgunluk gibi) ve tedavi alacağı bölgeye özel yan etkiler ve kontrolüne yönelik bilgilendirir.

c) Planlanan radyoterapide olası yan etkileri (mukozit, cilt reaksiyonu, yorgunluk, bulantı-kusma v.b.) izler ve erken saptanmasını sağlar.

ç) Brakiterapi süresince hasta bakımına katılır; hasta ve/veya ailesini bilgilendirir; gerektiğinde hastayı sedatize eder/ağrı kesici ilaç verir; muayene ve aplikatörün yerleştirilmesi sırasında yardım eder; kullanılan malzemeleri temizleme ve sterilizasyon için hazırlanmasını sağlar.

d) Bireyi radyoterapi süresince uygun aralıklarla cilt reaksiyonları, yorgunluk ve bölgelere özel diğer yan etkiler yönünden değerlendirir ve uygun girişimlerde bulunur.

e) Hasta ve ailesinin sosyal hizmet gereksinimlerini (ulaşım, konaklama, sevk işlemleri gibi) değerlendirir.

f) Hasta ve ailesine olası yan etkilere yönelik rehberlik yapar ve profesyonel destek sağlar.

g) Hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirir.

ğ) Bireyi radyoterapinin uzun dönemde görülebilecek geç yan etkileri yönünden değerlendirir ve bilgilendirir.

2.4. Palyatif Bakım Süresince;

a) Hemşire birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlar.

b) Hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirir ve yönetimini sağlar, birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirir.

c) Birey ve ailesinin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri verir.

ç) Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürme ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini artırır.

d) Birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirler ve destek almalarında yardımcı olur.

e) Birey ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgi verir.

3) Diyaliz Hemşiresi

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Hastanın kendi kendine yönetimi ve bakımını destekler. Hastayı diyalize hazırlar. Hasta, ilk defa diyalize giriyor ise diyaliz ekibi ve diğer hastalarla tanıştırır. İşlem ve diyaliz merkezi hakkında bilgi verir. Diyalizin komplikasyonları, belirtileri yönünden bilgilendirir.

b) Diyaliz işlemi sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale eder.

c) Hemodiyalize alınacak hastanın vasküler giriş yolunu değerlendirir.

ç) Hasta ve yakınlarını diyaliz işlemi, süresi, randevu saati konularında bilgilendirir.

d) Gerekli durumlarda hastayı sosyal ve psikolojik destek açısından yönlendirir.

e) Diyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartar, diyaliz süresince yaşam bulgularını kontrol eder.

f) Diyaliz giriş yerinin bakımını yapar.

g) Hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer ve diyalizatı hazırlar.

ğ) Arteriovenöz fistül girişimini yapar.

h) Hasta ve hasta yakınlarına diyaliz işlemi, diyaliz süresi ve fistül bakımı gibi konularda gerekli eğitimi verir.

ı) Diyaliz ekibi ile birlikte hastanın evdeki bakımına ilişkin eğitim verir (banyo, beslenme, fistül bakımı, sıvı alımı ve hastanın kendi kendine bakım desteği).

4) Rehabilitasyon Hemşiresi

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Uygun değerlendirme parametrelerini kullanarak hasta hakkında; uyum ve baş etme, bilişsel durumu ve iletişim kurma durumu, ekonomik kaynakları, çevresel faktörleri, aile dinamikleri, fonksiyonel yeterliliği, fizyolojik durumu ve güvenliği konularında bilgi toplar.

b) Hastayı bütüncül olarak ele alır, günlük yaşam sürecinde gerekli olan iletişim ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılmasını sağlar. Kendine bakımı geliştirerek yaşam kalitesini artırmayı öğretir, destekler ve gözler.

c) Hastanın stresle başa çıkma yolları ile problem çözme becerilerini değerlendirerek, becerilerin gelişmesine yardım eder. Vücut değişikliklerine uyumunu değerlendirir, destekler, gerekirse ilgili birime yönlendirir.

ç) Mesane irrigasyonu ve idrar inkontinansı bakımı verir, mesane ve barsak eğitimi yapar.

d) Girişimleri planlarken hastaya özelleştirilmiş sonuçları belirler. Amaçlar hastanın gerçek ve potansiyel, fonksiyonel, emosyonel ve gelişimsel yeteneklerine uygun ve gerçekçi olmalıdır.

e) Hasta ve yakınlarına kateter bakımı, bası yaralarının önlenmesi ve bakımı, mesane ve barsak rehabilitasyonu, ayak bakımı, cihazların ve ilaçların kullanımı, beslenmenin önemi, sıvı kontrolü, pozisyon kontrolü ve önemi, deformitelerin önlenmesi ve eklem hareket açıklığının sağlanması amacıyla fiziksel aktivitelerin devamlılığının önemi ve benzeri konularda eğitim yapar.

f) Hasta ve yakınlarının eğitimi; kronik hastalık ve sakatlığa uyumu, iletişim becerisi, işlevsel ve fonksiyonel beceriler, öz bakım becerileri, sağlığın sürdürülmesi, yönetimi ve destekleyici faktörler izlenerek sürdürülür.

g) Gereksinim duyulan sağlık bakımını alabilmeleri için mevcut kaynaklara ulaşmada hasta ve yakınlarına yardımcı olur. Evde bakım için mevcut merkezler, destek grupları ve diğer destekleyici kaynaklara ulaşmalarını sağlar.

5) Endoskopi Hemşiresi

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) İşlem öncesi, endoskopi ünitesinde gerekli olan hazırlıkları yapar.

b) Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için bireyi bilgilendirir, işleme hazırlar, işlem sırası ve sonrasında takip eder ve gerekli uygulamaları yerine getirir.

c) Üst gastrointestinal sistem endoskopisi, alt GİS endoskopisi, perkütan girişimler, ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi), işlemlerinden önce hastanın hazırlıklarını kontrol eder, eksikliklerini tamamlar.

ç) Hasta güvenliği önlemlerini alır.

d) ERCP ünitesinde radyasyon güvenliği önlemlerini alır.

e) Kullanılan malzeme, alet ve cihazların temini, bakımı, temizliği ve sterilizasyonunu sağlar. Endoskopların işleme hazır hale getirilmesi, işlemten sonra hastanın takibi ve gözlenmesi, kontamine endoskopların dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yapılmasını sağlar.

f) Endoskopi ünitesinin genel temizlik ve hijyenini sağlar. Sterilizasyon tekniklerini bilir, uygular ve uyulmasını gözetir. Periyodik aralıklarla skoplardan kültür alınmasını sağlar ve takip eder.

g) İşlemler sırasında steril şartların korunmasını sağlar.

ğ) Acil girişimler ve invazif girişimler için gerekli olan malzemelerin yeterli ve daima kullanıma hazır tutulmasını sağlar.

h) Hekim istemi ile premedikasyon uygular ve hastanın güvenliğini sağlar.

ı) Hastanın ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusundaki sorularını cevaplandırır, gerekli durumlarda hekimine yönlendirir.

i) Kolonoskopiden önce barsak hazırlığı konusunda hastayı bilgilendirir.

D) CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ

1) Ameliyathane Hemşiresi

1.1. Steril (Scrub) Hemşire

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır.

b) Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular. Bulaşmayı (kontaminasyon) önlemek için gerekli önlemleri alır.

c) Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular.

ç) Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.

d) Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır.

e) Cerrahi el antisepsisini uygular. Steril gömlek ve eldiven giyer. Cerrahi ekibin steril gömlek ve eldiven giymesine yardımcı olur.

- f) İşlem sırasında gereken steril alet, diğer malzemelerin hazırlanmasını ve kullanımını sağlar.
- g) Hastanın steril örtülmesine yardım eder.
- ğ) Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahin ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir.
- h) Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulan iğne, iplik gibi sarf malzemeleri yeteri kadar hazırlayarak kullanıma hazır hale getirir.
- ı) İşlem sonrası tüm aletleri, kompresler ve tamponları dolaşıcı hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder.
- i) Ameliyat sırasında alınan doku örneklerini tanımlayarak dolaşıcı hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder.
- j) Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

1.2. Dolaşan (sirküle) Hemşire

Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a) Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.
- b) Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar.
- c) Hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.
- ç) Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur.
- d) Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gereken tüm uygulamalarını yapar.
- e) Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder.
- f) Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir.
- g) Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.
- ğ) Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.
- h) Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuara gönderilmesini sağlar.

2) Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi: Stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir.

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a) Stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireyi, fiziksel ve psikososyal açıdan değerlendirir, değerlendirme sonuçlarını ilgili formlara kaydeder. Değerlendirme sonuçları ve ilgili kaynaklardan (hasta dosyası gibi) edinilen verileri yorumlayarak hemşirelik tanımlarını belirler.
- b) Gerekse de duyulan hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar ve yürütür. Hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir; ve bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik bakımını yeniden düzenler.
- c) Hastanın ameliyat öncesi hazırlığında cerrahla birlikte stoma bölgesini belirler.
- ç) Ameliyat sonrası erken dönemde (24 saat içinde) stoma ve peristomal cildi değerlendirir, stomayı erken dönem komplikasyonları açısından değerlendirir, gaz, gaita ve idrar çıkışını kontrol eder.
- d) Stomanın tipine, biçimine ve çapına uygun adaptörü/torbayı ve yardımcı stoma bakım ürünlerini uygular.
- e) Stomanın ve stoma çevresindeki cildin bakımını yapar.
- f) Kalıcı kolostomi olan uygun hastalarda kolostomi irrigasyonu yapar, sonucunu kaydeder.
- g) Uygun hastalarda hekimle işbirliği içinde lavman (ante-grade continent) yapar.
- ğ) Stoma çevresinde gelişen cilt problemlerinde, cilt bakımı yapar.
- h) Stomaya ilişkin komplikasyonlarda ilgili hekimle işbirliği yaparak gerekli uygulamaları yapar (Kemer ve korse uygulama, prolapsusun elle redüksiyonu, ileostomi lavajı, kanamanın durdurulması, suppozituar ve lavman uygulama).
- ı) Fistül bakımı yapar ve fistül çevresindeki cildi korur.
- i) Gastrostomi, jejunostomi ve beslenme tüpü yerleştirilen durumlarda tüpün ve ostomi çevresindeki cildin bakımını yapar.
- j) Yarayı değerlendirir. Yaranın mekanik temizliğini yapar. Yara irrigasyonu yapar. Yara pansumanı yapar. Yaraya bandaj uygulaması yapar.
- k) Bakım verdiği bireyi, yarayı, yara bakımına ilişkin ürünleri ve yara bakım uygulamalarını değerlendirerek en etkili ürüne karar verir, aileyi ve ekibi yönlendirir.
- l) Basınç ülseri açısından risk grubunda yer alan hastaları değerlendirir. Basınç ülseri gelişmesi durumunda basınç ülserini değerlendirir, ülserin iyileşmesini sağlayacak uygun bakım ve tedavi edici uygulamaları yapar.

m) Hastaya yapılan bakım ve tedavi uygulamaları/gözlemlere ilişkin hemşirelik kayıtlarını nöbet/vardiya değişimlerinde yazılı ve sözel olarak bölüm hemşirelerine/ilgili ekibe teslim eder.

n) Stoma, yara ve inkontinans bakımında asepsi ilkelerine uyar, bu ilkelere uyulmasını sağlar.

o) Stoma, yara ve inkontinansa yönelik kayıt formlarını geliştirerek bakım verdiği hastalara ilişkin hemşirelik uygulamalarının her aşamasını zamanında ve eksiksiz olarak kaydeder.

ö) Stoma ve yara bakım ilkeleri, yöntemleri ve ürünler konusundaki gelişmeleri takip ederek bilgisini güncelleştirir ve uygulamaya aktarır.

p) Hastaya uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ve gözlemlere ilişkin hemşirelik kayıtlarını nöbet/vardiya değişimlerinde yazılı ve sözel olarak bölüm hemşirelerine/ilgili ekibe teslim eder.

r) Hasta vizitleri yaparak hastaların durumunu izler, ilgili ekiple bilgi alış verişinde bulunur. Uygulamalarını ilgili formlara kaydeder.

s) Hemşirelik uygulamaları için gerekli malzemelerin yeterli ve çalışır durumda olduğunu kontrol eder.

ş) Stomadan idrar, dışkı örneği alır.

t) İnkontinans tipini belirlemeye yönelik tanı işlemlerine katılır.

u) Yaradan kültür alır.

ü) Hekimle işbirliği içerisinde yaraya topikal ajanları uygular.

v) Yaraya mekanik debritleme uygular (Islak kuru pansuman, basınçlı yıkama)

y) Hekimle işbirliği içerisinde yaraya kimyasal ve cerrahi debritleme uygular.

E) RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

1) Psikiyatri Klinik Hemşiresi

Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik Bakımı:

a) Hasta güvenliği açısından riskli olabilecek eşyaların kontrolünü yapar, emanete alır, kaydeder ya da ailesine ulaştırır.

b) Hastaya ait para ve özel eşyaları emanete alır, kaydeder, gerektiğinde hastaya verir.

c) Hastanın ihtiyacı olan kişisel eşyalarının (pijama, terlik, havlu gibi) ailesi tarafından temin edilmesini sağlar.

ç) Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar.

d) Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.

e) Hastaların öz bakımını yapması için teşvik eder, destekler, gerektiğinde yapar.

f) Hastanın servise kabulünde fiziki muayenesini yaparak yara, iz ve darp bulgularını kontrol ederek kaydeder.

g) Ailesi olmayan, ya da ailesi hakkında bilgi alınamayan hastanın ihtiyacı olan kişisel eşyaların (pijama, terlik vb.) hastane depolarından teminini sağlar.

ğ) Hastanın sosyal güvencelerini takip eder, sosyal güvencesi olmayan hastaların sosyal güvencelerinin temini için ilgili birimlerle irtibata geçer.

h) Hastanın özel gözlem, ziyaret, telefon izni ve tedbirlerin planlamasına katkıda bulunur, kararı uygular.

ı) Hasta ziyaretçilerini ve getirdiklerini denetler.

i) Hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır.

j) Beslenme, kilo takibi, uyku takibi, konversiyon takibi, deliryum takibi, ilaç yan etki takibi, pnömoni takibi, hipomani takibi ve istisnaları önleme takibi yapar.

k) Hemşirelik hizmetleri için gerekli olan araç, gereç ve malzemelerin tespit ve teminini sağlar.

l) Düzenli olarak üst araması yapılarak yanıcı, yakıcı, kesici aletlerin ve madde girişinin engellenmesini sağlar, güvenlik önlemlerinin kontrollerini yapar (kamera takibi, dolapların kilit kontrolü vb.).

m) Hasta yakını ve hekim ile iletişim kurarak hastanın servise kabul ediliş biçimine karar verir.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olur.

b) Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapar.

c) Elektrokonvülsif tedavi planlanan hastaya işlem öncesi, en az dört saat aç kalmasını sağlar, mesane boşaltımını kontrol eder, protezlerin çıkarılmasını sağlar, vital bulgu takibi yapar.

ç) Elektrokonvülsif tedavi uygulaması sırasında hastaya uygun pozisyonun verilmesini sağlar, nöbet izlemi ve

süresini kayıt eder. Uygulama sonrasında olası komplikasyonları gözlemler.

d) Tecrit ya da tespit gerekiyorsa, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yapar, güven verir ve sık aralarla gözlemler, gözlemleri kaydeder, olası riskler için tedbir alır.

e) Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip eder, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımlar uygular.

f) Psikiyatrik acil durumları yönetir ve etkili acil bakımı başlatır.

3. Eğitim ve danışmanlık:

a) Tedaviyle ilgili gözlemleri doğrultusunda ekibe tıbbi tedaviye ilişkin gerekli önerilerde bulunur.

b) Ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olarak grup terapisi görüşmelerine katılabilir.

c) Ruh sağlığı hizmetinin etkinliği için gerekirse başka birimlerden ya da disiplinlerden danışmanlık alır, danışmanlık alması için bireyi/aileyi yönlendirir.

ç) Yararlı ve kullanabileceği destek sistemlerini ve toplum kaynaklarını değerlendirir, bireyi/aileyi yönlendirir.

d) Hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlar.

e) Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlar ve uygular.

f) Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.

g) Klinikte çalışan destek hizmet personeline hasta ve yakınlarıyla iletişim ve yaklaşımlar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlar.

2) Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi

Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik Bakımı:

a) Aile döngüsünün karmaşıklığı içerisinde yaşam stresörlerinin, travmatik olayların ve durumsal krizlerin sağlığa etkisini değerlendirir.

b) Çocuk/ergenin yatışına karar verilirse; servise kabul eder, kendini, servisi ve kuralları tanıtır, sorularını cevaplandırır, oryantasyonunu sağlar. Aileyi klinik hakkında bilgilendirir.

c) Çocuk/ergenin ihtiyacı olan kişisel eşyalarının (pijama, terlik, havlu gibi) ailesi tarafından temin edilmesini sağlar.

ç) Çocuk/ergenin bakım gereksinimlerini belirler, bakım planını hazırlar, uygular, sonuçlarını değerlendirir ve kaydeder.

d) Çocuk/ergenin yakınlarıyla işbirliği sağlar, ailenin tedavi sürecine katılımını sağlar.

e) Çocuk/ergenin kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri, ipuçlarını takip eder, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımlar uygular.

2. Eğitim ve danışmanlık:

a) Çocuk/ergen ve ailesinin eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini belirler ve yerine getirilmesini sağlar.

b) Sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme konusunda hasta ve aileye eğitim, yönlendirme yapar.

c) Çocuk/ergenin yakınlarının da yaşadığı endişe, üzüntü, öfke, suçluluk, çaresizlik ile sağlıklı baş etmeleri için terapötik iletişim kurar, danışmanlık sağlar.

ç) Çocuk/ergen ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.

d) Çocuk/ergen ve ailesine yönelik taburculuk sonrası eğitimi planlar, uygular.

e) Diğer klinik hemşiresi ve çalışanlarına çocuk ve ergen ruh sağlığı ve psikiyatri vakaları konusunda eğitim ve danışmanlık sağlar.

3) Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Hemşiresi

Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Fiziksel yakınması ya da hastalığı olan bireyin fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasındaki etkileşimi gözlemler.

b) Fiziksel hastalığı olan bireyin ve ailesinin hastalığa, tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, adaptif fonksiyonlarını geliştirmelerinde, yeniden kazanmalarında yardım eder.

c) Bireyin mevcut hastalığı ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine, başa çıkma yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur.

- c) Hastanın hastalık yaşantısından sağlığını sürdürmesine yarayacak anlam çıkarmasına yardımcı olur.
- d) Özel eğitim alarak psikoterapi uygulamalarında görev alır.
- e) Bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu entegre eder, bakımın etkinliğini değerlendirir.
- f) Bakımın etkinliğini azaltan, sistemin işlemesine engel olan nedenleri ortaya çıkarmak, ortadan kaldırmak ya da değiştirmek için çaba gösterir.
- g) Genel hastanedeki tedavi ekibi ile işbirliği içinde hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını saptar, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir.
- ğ) Hasta ve ailelerine ruh sağlığını, problemlerle baş etme yollarını geliştirmeleri için yardım eder, eğitim verir.
- h) Hastaların gereksinimlerine uygun eğitim materyali hazırlar, gelişmelere göre yeniden gözden geçirir.
- ı) Hastaların rehabilitasyonuna yardım eder.
- i) Hasta ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözülmesinde yardımcı olur, etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi kolaylaştırıcı faaliyetler planlar.
- j) Genel hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur, sağlık elemanlarına destek olur, destek grupları oluşturur ve sürdürür. Hemşirelerin mesleki benliği, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini artırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlar.
- k) Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti verir.
- l) Genel hastanede çalışan hemşirelerin eğitime katılımı, gelişmeleri uygulamaya aktarmaları ve araştırma yapmaları için destekler, teşvik eder, danışmanlık yapar.
- m) Hastaların yaşam kalitelerini yükseltecek uygulamalar konusunda dünya literatürünü takip eder ve gelişmelerin kuruma uyarlanması ile ilgili düzenlemeleri önerir, uygular ve denetler.
- n) Mesleki gelişmeleri takip eder, sürekli eğitimi felsefe edinerek kurum içi ve kurum dışı bilimsel toplantılara, kongrelere, hizmet içi eğitimlere katılarak sürekli eğitim yoluyla mesleki gelişiminin devamlılığını sağlar.

4) Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi

Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a) Alkol, psikoaktif madde ya da bağımlılık yapıcı diğer maddeleri bırakma isteği ya da yoksunluk yakınmaları nedeniyle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin fiziksel ve psikososyal tanılmasını yapar (özellikle hastanın madde kullanım öyküsü, önceki tedavi durumu, yasal sorunlar ve diğer kayıplar, danışanın/ailenin hastalığı, durumu algılamaları, emosyonel tepkileri, baş etme davranışları, madde kullanımının aile üzerindeki etkisi hakkında veri toplar).
- b) Hasta ve ailesine ilişkin toplanan veriler doğrultusunda sorununu belirleyerek, hemşirelik tanısını koyar.
- c) Hemşirelik tanılarına ilişkin hasta/ailesine yönelik bakım girişimlerini planlar ve uygular (bağımlılığı açıklama, inkar üzerinde çalışma, etkin baş etme stratejilerini geliştirme, anksiyete yönetimi, destek sistemlerini harekete geçirme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, danışmanlık ve eğitim, rol modeli olma, psikoterapi, hasta takibi, psikofarmakolojik ilaçların etki ve yan etkilerini değerlendirme, psikiyatristle işbirliği, eğitim ve araştırma), bakımın etkinliğini değerlendirir.
- ç) Detoks tedavi sürecinde yoksunluk belirtileri açısından hastayı gözlemler, bilinç takibi yapar, tremor, terleme, halusinasyon, ajitasyon, hezeyan, konvülsiyon varlığını takip eder, yoksunluk belirtilerinin şiddetini değerlendirir, kaydeder.
- d) Hastanın ihtiyacı olan uygun hidrasyonu sağlamak için, sıvı alabilmesine bağlı olarak oral ya da intravenöz sıvı alımı konusunda destek sağlar.
- e) Hastanın yoksunluk belirtilerine, vitamin ve mineral kaybına ya da genel tıbbi durumuna yönelik planlanan tedaviyi uygular.
- f) Hastaların bireysel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlayacak, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini arttıracak terapötik grup çalışmalarını (günaydın, işe yönlendirme, uğraşı, spor, sinema, kitap, gezi vb.) düzenler, hastaların katılımını teşvik eder ve gözlemler. Rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlar.
- g) Hastalardan terapötik amaçlı istenen etkinliklerin sürdürümünü izler.
- ğ) Madde kullanımı olup olmadığını takip eder madde ölçümü tetkiklerin yapılabilmesi için idrar alır alkolmetre ölçümü yapar.
- h) Servise madde girişini önlemeye yönelik tedbirler alır, gözlem yapar, binada aramalar yaptırır ve güvenliği sağlar.
- ı) Hastaların hastanede kalmaya bağlı (kapalı servisler için) yaşadıkları duyguları ifade etmeleri ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur.

i) Hasta ile ailesi arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözülmesinde yardımcı olur, etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi geliştirici girişimler planlar ve uygular.

j) Gerekli durumlarda yasal sorunu olan hasta/danışanların ilgili mercilere iletilmek üzere tedavi sürecindeki durumlarını gözlemleyerek gözlem raporları kayıtlarını tutar. Gerekli durumlarda denetimde serbestlik yasası gereğince gözlem yapılan hasta/danışanların bağımlılık davranışı gözlemlerini yaparak raporlarını tutar.

k) Taburculuk öncesi ya da sonrasında nükslerin önlenmesinde bireysel ya da grup danışmanlığı yapar ve psikoeğitim grupları oluşturur.

l) Hastaların adsız alkolik (AA), adsız narkotik (NA) gibi, ailelerinin (Al-Anon), çocukların (ACA) gibi kendi kendine yardım gruplarına katılımını sağlar.

m) Sağlık hizmeti veren personelin bağımlılık alanında eğitimini/gelişimlerini sağlayacak programları planlar, organize eder ve değerlendirir.

n) Toplumu bilgilendirme aktivitelerinde rol alır, ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.

F) ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

1) Pediatri Hemşiresi; Evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşiredir.

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik bakımı:

a) Çocuğun bakım gereksinimlerini çocuğun ve ailenin kültürel, sosyal, tıbbi durumuna ilişkin veriler doğrultusunda saptar, belirlediği gereksinimlerin karşılanması için planladığı bakımı uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir.

b) Çocuğu aile ve çevresi ile bir bütün olarak ele alır ve vereceği bakımın her aşamasına aileyi dahil eder.

c) Yatış işlemleri tamamlanmış çocuğu ve ailesini servise kabul eder, kendileri için ayrılan oda ve yatağına alır, çocuk ve ailesinin servise/kuruma uyumunu sağlar.

ç) Çocuk ve ailesine rahat ve güvenli ortamı sağlar, odada gerekli malzemelerin yeterli ve çalışır durumda olduğunu kontrol eder.

d) Çocuk/aile ve çevresi ile ilişki kurmada uygun iletişim tekniklerini kullanır.

e) Çocuk ihmal ve istismarı durumlarını tanır. Şüpheli durumlarda ilgili yerlere bildirimde bulunur.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastalık sürecini objektif (ateş, kan basıncı ve solunum düzeyi, laboratuvar bulguları) ve subjektif veriler doğrultusunda değerlendirerek izler ve değişiklikleri kaydeder.

b) Tanı amaçlı hastadan alınması gereken örnekleri alır, uygun şekilde ve en kısa sürede yerine ulaştırılmasını sağlar.

c) Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için çocuk ve ailesini hazırlar, işlem sırasında rahatlatır, işlem sonrasında izler.

ç) Sekiz doğru ilkesine göre ilaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur.

d) Oral-parenteral ilaçları, kan ve sıvı infüzyonlarını ve harici ilaç uygulamalarını yapar.

e) Gerektiğinde hastayı ameliyata ve işlemlere hazırlar.

f) Gerektiğinde hastanın güvenli bir biçimde taşınmasını sağlar. Transport ile ilgili tüm koşulları hazırlar.

g) Çocuk ve ailesini, hastaneye yattığı andan itibaren taburculuğa ve evde bakıma hazırlar.

ğ) Çocuk ve ailenin, taburcu olduktan sonra verilen bakımın devamlılığını sağlayabilmeleri için onlara gerekli bakım becerilerini öğretir, rehberlik ve danışmanlık yapar.

h) Çocuğun bakımı ve tedavisinde terapötik oyunu kullanır.

3. Eğitim ve danışmanlık:

a) Çocuklara ve gençlere bakım verirken diğer sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği içinde ve ekip anlayışı ile çalışır.

b) Çocuğun sağlığını koruma ve geliştirme için bakımın her düzeyinde aileye rehberlik eder, sağlık eğitimini planlar, uygular.

c) Hastaneye yatma, kronik ve ölümcül hastalık gibi ailelerde anksiyete ve strese neden olan krizli dönemlerde çocuk ve ailesine destek olur.

ç) Hastalık ve/veya özürlülük durumunu takiben çocuğun/ailenin en üst düzeyde fonksiyon görebilmesi için

çocuk ve aileye destek olur.

d) Hastaneye yattığı andan itibaren taburculuğa ve evde bakıma hazırlar.

e) Çocuk ve ailenin, taburcu olduktan sonra verilen bakımın devamlılığını sağlayabilmeleri için onlara gerekli bakım becerilerini öğretir, rehberlik ve danışmanlık yapar.

2) Yenidoğan Hemşiresi: Yenidoğan hemşiresi; profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin; dış ortama uyumunun sağlanması, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, anne sütü ile beslenmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılmasında önemli rolleri olan; hastalandığında bakımından sorumlu olduğu bebeği kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilen, ailesi ile birlikte değerlendiren, yenidoğanın bakım gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda uygun bakımı planlayabilen, ünitadaki araç-gereçleri kullanabilen, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, bebekler ve yakınları ile iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip hemşiredir.

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik bakımı:

a) Bebeğin anomalili olması, erken doğması, düşük doğum ağırlıklı olması veya bebeğin kaybı gibi ailelerde anksiyete ve strese neden olan krizli dönemlerde aileye destek olur.

b) Yenidoğanın değerlendirmesini yapar. Yenidoğanın normalden sapma durumunda hekimi bilgilendirir.

c) Yenidoğan hemşiresi yenidoğanın vücut ısısının korunması ve sürdürülmesini sağlar.

ç) Aile bebek etkileşiminin en erken dönemde başlamasına yardımcı olur. Bunun için annenin gereksinimlerini karşılar, anne-bebek arasındaki ilişkinin niteliğini değerlendirir.

d) Yenidoğan enfeksiyonlarının önlenmesi için gereken önlemleri alır.

e) Yenidoğan hemşiresi gerektiğinde hastanın güvenli bir biçimde taşınmasını sağlar.

f) Transport ile ilgili tüm koşulları hazırlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Tanı amaçlı bebekten alınması gereken örnekleri alır, uygun şekilde ve en kısa sürede yerine ulaştırılmasını sağlar.

b) Gerektiğinde hastayı ameliyata ve işlemlere hazırlar.

c) İlaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur.

3. Eğitim ve danışmanlık:

a) Aileler ile sürekli iletişim halinde bulunur. Bebeği aile ve çevresi ile bir bütün olarak ele alır. Bakımın her aşamasında annenin hazır oluşluk düzeyini değerlendirerek anneyi bakıma katar.

b) Bebeğin sağlığını koruma ve geliştirme için bakımın her düzeyinde aileye rehberlik eder, sağlık eğitimi planlar, uygular (anne sütü ve önemi, emzirme tekniği, meme bakımı, yenidoğan tarama testleri, büyüme ve gelişme, kazaları önleme, aşılama, izlem ve kontroller. vb).

c) Anne bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için tensel temas, yenidoğan masajı ve anne sütüyle beslenmeyi destekler.

ç) Bebeğin beslenmesi ve emzirme tekniği konusunda anneyi bilgilendirir.

d) Yenidoğan tarama testlerinin önemi ve yapılması konusunda aileyi bilgilendirir. Konu ile ilgili toplum eğitimlerine önem verir.

e) Bebeğin aşıları hakkında aileyi bilgilendirir.

f) Yenidoğan ve ailesini, taburculuğa ve evde bakıma hazırlar. Yenidoğanın davranışlarını anlayabilmesi için anneye rehberlik yapar.

G) KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar.

b) Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yapar.

c) Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder.

ç) Doğumun uygun koşullarda yapılması için hastayı yönlendirir.

d) Doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir.

e) Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar.

- f) Erken ve geç lohusalık döneminde anne ve yenidoğan bakımını yapar.
- g) Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar. (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur)

H) HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

1) Evde Bakım Hemşiresi: Yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur.

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a) Ev ortamını hastanın gereksinimlerine uygunluk yönünden değerlendirir (ısı, ı ışık, havalandırma, hijyen, tekstil, zemin, duvarlar vb.). Gürültü, ı ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlar.
- b) Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, çevre düzenlemesi ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasına yönelik görev alan bakım destek elemanlarının denetimini yapar, gerektiğinde ilgililere bildirimde bulunur.
- c) Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesini ve yerine getirilmesini sağlar. Bireyin öneri, istek ve şikâyetlerini dinler ve değerlendirir ve ilgili birimlere yönlendirir.

2) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Hemşiresi

Görev yetki ve sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik Bakımı:

- a) Sorumlu olduğu bölgedeki toplumun sağlık düzeyi ölçütleri, ana-çocuk sağlığı durumu, sosyal, kültürel, ekonomik durumu, ulaşım durumu gibi özelliklerine ilişkin veri toplar ve değerlendirir.
- b) Sorumlu olduğu ailelere ev ziyaretleri yaparak kapsamlı değerlendirme yapar.
- c) Birey ve ailelerin ana-çocuk sağlığı ile ilgili gereksinimleri ve sorunlarını, öncelikleri belirler.
- ç) Birey ve ailelere ilişkin tüm kayıtları doğru, eksiksiz ve zamanında tutar.
- d) Ailedeki hasta ana-çocukların konsültasyon için gereksinimlerini belirler ve AÇS-AP merkezi hekimine sevk eder.
- e) Hizmetlerin sürekliliği ve koordinasyonunu sağlamak için diğer sağlık ekibi üyeleri ile ve kurum içi, kurum dışı diğer hizmet birimleri ile iletişim kurar ve geliştirir.
- f) Aile planlaması hizmetlerini yürütür.
- g) Doğum öncesi izlem, evde doğum ve doğum sonrası anne ve bebeğin izlem hizmetlerini yürütür.
- ğ) Kadın sağlığına yönelik tarama (Pap Smear, KKMM ve benzeri) programlarına katılır.
- h) Çocuk izlem hizmetlerini yürütür.
- ı) Bağışıklama hizmetlerini yürütür.
- i) Ana ve çocuk yaş gruplarını ilgilendiren kronik hastalıkların takibini yapar, hekim tarafından reçete edilmiş ilaç ve tedavileri uygular.
- j) Merkez bölgesinde ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili yapılacak araştırmalara katılır.
- k) Hizmet içi eğitim programlarına, mesleki seminer, konferans, gibi etkinliklere katılır.
- l) Hemşirelik bakımında gerekli olan asepti, sterilizasyon, dezenfeksiyon gibi tekniklere uyar ve uyulmasını sağlar.

m) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallara uyarak birey/grup hakları doğrultusunda yapar.

2. Tıbbi tanı ve tedaviye katılma:

- a) Önemli çocukluk hastalıklarının (ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları, aşı ile önlenabilir hastalıklar, beslenme bozukluklarına bağlı hastalıklar, paraziter hastalıklar ve çocukluk dönemi bulaşıcı hastalıkları, vb) muayene ve takibini yapar, hekim isteminde yer alan ilaç ve tedavileri uygular.
- b) Ana ve çocuk yaş gruplarını ilgilendiren kronik hastalıkların tedavisinde hekim tarafından reçete edilmiş ilaç ve tedavileri uygular.

3. Eğitim ve danışmanlık:

- a) Merkez sorumlu hemşiresinin gözetiminde halka, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıkların bakım, tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla bireysel ve grup sağlık eğitimini planlar, eğitim ortamını hazırlar, uygular ve değerlendirir.
- b) Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde ve AIDS ile mücadelede eğitim ve danışmanlık yapar.
- c) Sorumlu üreme ve cinsel danışmanlık ve sorumlu ebeveynlik için eğitim ve danışmanlık yapar.
- ç) Kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirler, eğitim ve danışmanlık

hizmetlerini yürütür.

3) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi: Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesidir.

Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan, göçle gelmiş, madde bağımlılığı açısından riskli, çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz ve engelli gibi ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların, ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alır ve destekleyici programlar oluşturur.

b) Gelişimsel dönem özelliklerini bilir ve bu özellikler doğrultusunda çocuğun, ergenin biyo-psiko-sosyal gelişimini izler.

c) Ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek riskli davranışlar (sigara, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, şiddet davranışı, riskli cinsel davranışlar vb.) konusunda koruyucu müdahaleleri gerçekleştirir. Bu doğrultuda ergene, aileye ve topluma danışmanlık yapar.

ç) Orta yaşlılık ve yaşlılık dönemindeki bireylere bu dönem özellikleri hakkında bilgi verir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle başetme yöntemleri hakkında destek olur ve danışmanlık yapar.

d) Ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir ve hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir, risk faktörü analizi yapar.

e) Gebelik ve doğum süreci ile ilgili gelişebilecek ruhsal durumlara yönelik annelere eğitim yapar.

f) Birey ve aileye yardım için toplumsal destek sistemlerini örgütler.

g) Toplumdaki bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekleri gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir.

ğ) Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.

h) Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar, gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hemşirelik bakımını planlar ve uygular.

ı) Gelişimsel, durumsal ve sosyal krizler için bireysel ya da grup danışmanlığı yapar, destek grupları oluşturur, psikososyal destek sunar.

i) Hastanın, tıbbi tedavisine uyumunu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini takip eder, yan etkilerle başa çıkmada yardımcı olur.

j) Ruhsal sorun yaşandığında uygun destek hizmetlerinin birey tarafından kullanımını sağlar.

k) Psikiyatrik hastalığın yeniden alevlenmesine neden olabilecek durumları (bilgi eksikliği, tedaviye uyumsuzluk, stres vb) saptar ve alevlenmeleri önlemede aile ile işbirliği sağlar.

l) Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin taburculuk sonrası toplum içinde uyumlarını sağlamalarına yardımcı olur.

m) Psikiyatrik tedavi gören hastanın taburculuk sonrası hazırlanan ev programının uygulanmasında görev alır, hastanın toplumsal uyumunu sağlamaya yönelik girişimlerde bulunur ve rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlar.

n) İyileşme ve yeni duruma uyum sürecinde aileye ve bireye destek olur.

o) Ruhsal bozukluğu olan bireyleri, toplumsal destek kaynaklarını kullanması için yönlendirir, destekler.

ö) Psikiyatrik tedavi gören hastaların topluma yeniden kazandırılması ve üretkenliklerini sağlamak için işverenler ve kuruluşlar ile ortak çalışmalarda bulunur.

p) Ruhsal bozukluğu olan hastaların topluma yeniden kazanımında rol alan dernekler ile işbirliği yapar ve hastaları yönlendirir.

r) Ruh sağlığı ile ilgili yasaları takip eder ve hasta ve aileyi yasalar hakkında bilgilendirir.

s) Koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim hizmetleri için, ilk ve orta dereceli okullarda, çeşitli sivil toplum örgütlerinde, basın ve medya aracılığıyla topluma bilgi aktarır.

ş) Birey, aile ve gruplarda olumlu sağlık davranışları geliştirmek için toplumdaki liderlerle işbirliği yapar ve onları harekete geçirir.

t) Uygun aile ortamı sağlamaya yönelik programlarda görev alır.

u) Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır.

ü) Stres ile başa çıkma, öfke kontrolü, kriz yönetimi, evlilik eğitimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri verir.

4) İş Sağlığı Hemşiresi

Görev yetki ve sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a) Çalışma ortamı ile ilgili sorunların saptanmasında ve önceliklerin belirlenmesi konusunda diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleri ile birlikte çalışmalar yürütür.
- b) Sağlıklı ve güvenli bir işyeri sağlamak için, işverenin de katılımını sağlayarak gözlem yapar ve çalışan sağlığını tehdit eden riskleri saptar.
- c) İşçi ve ailelerinin sağlık sorunlarını çözmede, gereksinimlerini karşılamada onlara rehberlik eder.
- ç) İşyeri çalışanlarının sosyo-demografik, öz/soy geçmiş özellikleri, çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri sağlık düzeyleri hakkında bilgi toplar ve bunların kayıtlarını tutar.
- d) Çalıştığı işyerinde yapılan iş, iş süreçleri ve yönetim özellikleri ile ilgili bilgi toplayarak çalışanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek tehlike ve riskleri belirler. Yapılan işin niteliğine göre işe giriş ve periyodik muayeneleri işyeri hekimi ile birlikte planlar ve yapar. Elde edilen verilerle hasta ve sağlam bireyleri ayırarak, herhangi bir hastalık semptomu gösterenleri daha ileri bir tetkik ve tedavi için sevk eder.
- e) İşyeri ortamının etkisi ile oluşan sağlık sorunlarında alınacak önlemler konusunda öneride bulunur ve bu önerilerin uygulanmasını sağlar.
- f) Çalışanların hastaneye sevk işlemlerini sağlar, tedavisini izler ve rehabilitasyon hizmetlerine katılır.
- g) İşyeri sağlık birimine başvuruların sağlık muayenelerinin yapılmasına yardım eder, hekim tarafından reçete edilen ilaçları uygular.
- ğ) İşe bağlı olan ya da olmayan kazaların önlenmesi için diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleri ile birlikte koordineli çalışır.
- h) Meslek hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve izlemi ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- ı) Çalışanların ruh sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik sağlık programları düzenler.
- i) Beslenme ve kilo kontrolü, düzenli egzersiz, Stres yönetimi, Sigara bırakma gibi sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak sağlığı geliştirme programları planlar, uygular ve değerlendirir.
- j) İşyerinde oluşan küçük yaralanma ve hastalıklarda ilk müdahaleyi yapar, İşyerinin özelliğine göre uygun ilk yardım ünitesini ve malzemelerinin teminini ve kullanıma hazır olmasını sağlar.
- k) İşyerinde çalışanlardan ilk yardım grubu oluşturur ve bu gruba ilk yardım anında yapılacaklar konusunda eğitim verir.
- l) Çevre koşullarının düzeltilmesi için diğer ekip üyeleri ile işbirliği yapar, çevrede zararlı olabilecek maddelerden numune alır, çalışma çevresinde sağlığı bozan faktörleri saptar ve gerekli önlemleri alır.
- m) İşyerinde çalışan kronik hastalıklı bireylerin bakımı ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- n) İş sağlığı ve iş güvenliği bilincinin geliştirilmesi konusunda ilgili birimlerle iş birliği halinde çalışmalar yapar.
- o) İşyerine bağlı kreş ve anaokulunun sağlık kontrolünü yapar.
- ö) İşyeri yemekhanesinde görev alan personele kişisel hijyen, mutfak hijyeni ve besinlerin satın alınmaları, saklanması, işleme, işlendikten sonra saklama konularında sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve denetler.
- p) İşyeri sağlık güvenlik kurullarının etkin üyesi olarak toplantılara katılır.
- r) İşyeri sağlık biriminin çalışmaları ile ilgili istatistikleri oluşturur ve ilgili birimlere rapor eder.
- s) Çalışanların sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözüm yollarının geliştirilmesine yönelik konularda araştırmalar planlar, sonuçlarını raporlandırır.
- ş) Sağlık merkezinde kütüphane oluşturulmasını destekler.
- t) İş yerinde çalışan gebe ve emzikli kadınların izlenmesi ve zararlı maddelerden korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.
- u) Çalışmalarında etik ilkeleri gözetir ve çalışanın haklarını korur.
- ü) İş sağlığı hemşiresi olmak isteyen öğrenci hemşirelerin uygulama eğitimlerini destekler.

5) Okul Sağlığı Hemşiresi:

Görev yetki ve sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a) Görev yaptığı okulda okul sağlığı hizmetleri ile ilgili sorunları, gereksinimleri saptar ve okul idaresine bildirir.
- b) Sağlık risklerinin erken tanınması ve uygun girişimlerin planlanması, gereken önlemlerin alınması konusunda okul idaresiyle koordinasyonu sağlar.

- c) Sağlık biriminin malzeme ihtiyaç listesini tespit eder ve okul idaresine bildirir.
- ç) Okula her yeni katılan öğrencinin sağlık durumunun değerlendirilmesinde ve öğrencilerin düzenli olarak periyodik fiziki muayenelerinde görev alır ve sağlık durumunu kaydeder.
- d) Hastalanan veya acil müdahale gereken öğrenci ve okul çalışanın, hekim istemi doğrultusunda tedavi ve bakıma yönelik hemşirelik hizmetlerini planlar, uygular, değerlendirir ve hemşire gözlem formuna kayıt eder.
- e) Okul sağlık ekibiyle birlikte okulda düzenli olarak gerçekleştirilen bağışıklama ve sağlık taramalarında görev alır.
- f) Okulda çevre sağlığını ilgilendiren durumları (okul çevresi, oyun alanı, su sağlanması, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, aydınlatma, kazalara neden olabilecek durumlar, sınıfların büyüklüğü vb.) kontrol eder, değerlendirir ve okul idaresini bu konuda bilgilendirir.
- g) Okulda öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılması amacıyla Sağlık Eğitimi (temizliğin önemi, kazalar ve hastalıklardan korunma, ilkyardım, sigara ve alkolün zararları ve cinsel eğitim vs.) faaliyetleri planlar ve yürütür.
- ğ) Okulda yapılan ruh sağlığı çalışmaları (madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, dikkat bozukluğu, depresyon, anksiyete, antisosyal davranışlar vs.) sonucunda sorun saptanan öğrenci, öğretmen ve ailesi arasında işbirliğini sağlar ve ilgili durumda sağlık danışmanlığını yürütür.
- h) Okul kantininde görev alan personelin kişisel hijyen, kantin hijyeni ve gıda güvenliği gibi konularda sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve denetler.
- ı) Okul temizliğini yürüten personele tuvalet temizliği, sınıf temizliği gibi konularda sağlık eğitimi yapar ve onları denetler.
- i) Okul mutfağında görev alan personele kişisel hijyen, mutfak hijyeni ve besinlerin satın alınmaları, saklanması, işleme, işlendikten sonra saklama konularında sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve denetler.
- j) Düzenli periyodik olarak okulun sağlık raporunu oluşturur ve okul idaresine bildirir.
- k) Öğrencilerin fiziksel ve psikolojik potansiyellerini fark edip ortaya koymalarını sağlamak, özgüvenlerini geliştirmek amacı ile okulda görev alan öğretmenler, öğrenci ve aile arasında koordinasyonu sağlar.
- l) Kronik hastalığı ve alerjileri olan öğrenciler için öğrencinin kendisi, aile ve öğretmenine sağlık danışmanlığı yapar. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde öğrenciler, aileleri ve öğretmenleri arasında koordinasyonu sağlar ve sağlık danışmanlığını yürütür.
- m) Kazalardan korunma ve güvenlik önlemlerinin geliştirilmesinde, öğrenci, aile, okul yönetimi ve eğitimcilerle işbirliği içerisinde çalışır.
- 6) Ceza ve Tutukevi Hemşiresi**
- Görev, yetki ve sorumlulukları**
- Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;
- a) Çalışma ortamı ile ilgili sorunların saptanmasında ve önceliklerin belirlenmesi konusunda hekim ile birlikte çalışmalar yürütür.
- b) Sağlıklı ve güvenli bir çevre oluşturmak için, gözlem ve risk değerlendirmesi yapar.
- c) Tutuklu, hükümlü, çalışan ve ailelerin sağlık sorunlarını çözmede, gereksinimlerini karşılamada onlara rehberlik eder.
- ç) Tutuklu, hükümlü ve çalışanlarının özellikleri ve sağlık düzeyleri hakkında bilgi toplar ve bunların kayıtlarını tutar.
- d) Belirlenen sıklıkla periyodik muayeneler yapar. Elde edilen verilerle hasta ve sağlam bireyleri ayırarak, herhangi bir hastalık semptomu gösterenleri daha ileri bir tetkik ve tedavi için sevk eder.
- e) Hastalık semptomu ortamdaki kaynaklanıyorsa, alınacak önlemler konusunda öneride bulunur ve alınmasını sağlar.
- f) Çalışanların hastaneye sevk işlemlerini sağlar, tedavisini, izler ve rehabilitasyon hizmetlerine katılır.
- g) Sağlık muayenelerinin yapılmasına yardım eder, hekim tarafından reçete edilen ilaçları uygular.
- ğ) Cezaevinde kazaların önlenmesi için hekim ile birlikte koordineli çalışır.
- h) Emosyonel problemi, alkol, sigara, ilaç, uyuşturucu kullanma gibi kötü alışkanlığı, kronik hastalığı, venerial hastalığı, beslenme bozukluğu olan tutukluların tespitini ve takibini yapar.
- ı) Çalışanların işe devamsızlık nedenlerini araştırır.
- i) İlk yardım ünitesi ve malzemeleri hazır bulundurur.
- j) Çalışanlardan ilk yardım grubu oluşturur ve bu gruba ilk yardım anında yapılacaklar konusunda eğitim verir.”

Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik kararı ile uygulanır	Hekim kararı ile uygulanır	Hekim ile birlikte yapar
I. VERİ TOPLAMA			
Hasta kabulü: Hastanın öyküsünün alınması ve oryantasyonunun sağlanması	X		
Fiziksel değerlendirme			
Yaşam bulgularının alınması (vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum)	X		
Bacak çevresi ölçümü	X		
Baş çevresi ölçümü	X		
Bel, kalça ve karın çevresinin ölçümü	X		
Boy ölçümü	X		
Derinin izlenmesi / değerlendirilmesi	X		
Göğüs çevresinin ölçümü	X		
Kanama kontrolü	X		
Kilo ölçümü	X		
Bilinç durumunun değerlendirilmesi	X		
Periferik nabız kontrolü	X		
Sistem değerlendirmesi (dolaşım, solunum, sinir, gastrointestinal vb)	X		
Yenidoğan bebeğin ilk değerlendirmesi	X		
Tamı işlemleri/Örnek alma			
Allerjenlerle epidermal deri testi		X	
Balgam örneği alınması		X	
Bronkoscopi uygulamasına yardım edilmesi			X
Burun-boğaz kültürü için örnek alınması		X	
EKG çekilmesi*	X	X	
Fenilketonüri için kan örneği alınması*	X	X	
Gaita kültürü için örnek alınması		X	
Gaita örneği alınması (gizli kan)		X	
Glukometre ile kan şekeri ölçülmesi*	X	X	
İdrar kültürü için örnek alınması		X	
İdrar örneği alınması (tam idrar tetkiki)		X	
İdrar toplanması (24 st'lik)		X	
Nazogastrik/orogastrik tüpten mide sıvısı alınması		X	
Pap-Smear için örnek alınması*		X	
PPD/Tüberkülin testi uygulanması		X	
Yaradan kültür için örnek alınması*	X	X	
Girişimsel işlemlere hazırlık			
Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı*	X	X	
Koroner anjiyografiye hazırlık*	X	X	
Hastanın endoskopi öncesi hazırlığı*	X	X	
Hastanın kolonoskopi öncesi hazırlığı*	X	X	
Hastanın ERCP öncesi hazırlığı*	X	X	
Hastanın Bronkoscopi öncesi hazırlığı*	X	X	
Diğer girişimsel işlemlere hazırlık*	X	X	
Hastanın izlenmesi/ monitorizasyonu			
Ağrı izleme	X		
Aldığı çıkardığı sıvının izlenmesi*	X	X	
EKG'nin izlenmesi*	X	X	
İnvazif mekanik ventilasyon uygulanan hastanın izlenmesi*	X	X	
Kafa içi basıncının izlenmesi*	X	X	
Kapalı drenaj sisteminin izlenmesi*	X	X	
Kardiyak output/kardiyak indeks ölçümü*	X	X	
Noninvazif mekanik ventilasyon uygulanan hastanın izlenmesi*	X	X	
Oksijen saturasyonunun (Pulse oksimetri) izlenmesi*	X	X	
Pulmoner arter kateteri olan hastanın izlenmesi*	X	X	

Santral venöz basıncın (SVB) izlenmesi*	X	X	
Solunumun monitorle izlenmesi*	X	X	
Vücut sıcaklığının monitörle izlenmesi* (periferik, özofajeal vb)	X	X	
Sağlık taraması yapılması			
Çocuklarda işitme,görme vb kusurlar tespit edildiğinde ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi	X	X	
Saçlı deride bit/sirke belirleme	X		
Skolyoz belirleme	X	X	
Vardiya başında hasta teslimi	X		
II. HEMŞİRELİK TANILARININ veya ORTAK BAKIM SORUNLARININ BELİRLENMESİ			
Hasta ile ilgili toplanan verilerde (öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve diğer tanı işlemleri sonuçlarında) veya bakım uygulaması sonuçlarında normalden sapmaların değerlendirilmesi ve yorumlanması	X		
III. BAKIM HEDEFLERİNİN BELİRLENMESİ			
Belirlenen sorunların çözümüne yönelik hemşirelik hedeflerin belirlenmesi	X		
IV. TEDAVİ ve SAĞLIK BAKIM EKİBİ İLE ORTAK BAKIM GİRİŞİMLERİNİN BELİRLENMESİ/PLAN			
Sağlık düzeyinin istenen düzeye ulaşması için uygulanacak girişimlerin belirlenmesi	X		
V. TEDAVİ ve SAĞLIK BAKIM EKİBİ İLE ORTAK BAKIM GİRİŞİMLERİNİN UYGULANMASI			
FİZYOLOJİK TEMEL GEREKSİNİMLERE YÖNELİK GİRİŞİMLER			
Aktivite ve Egzersiz Yönetimi			
Hastanın ayağa kaldırılması*	X	X	
Hastanın yataktan sandalyeye/sedyeye alınması*	X	X	
Denge sağlama*	X	X	
Eklemler hareket açıklığını (ROM) sağlama egzersizleri*	X	X	
Kas tonüsünü sürdürme	X	X	
Egzersiz artırma/geliştirme*	X	X	X
Hareket toleransını değerlendirme	X		X
İzometrik-izotonik egzersizler yaptırma*	X	X	
Önerilen egzersiz ve aktivite eğitimi	X		X
Özel cerrahi girişimlere uygun(mastektomi vb.) egzersiz yaptırma	X		
Boşaltımın Yönetimi			
Abdominal basıncı artıran egzersizleri uygulatma*	X	X	
Barsak eğitimi	X		
Dışkı/ıdrar kaçırma hastanın bakımı	X		
Diyareli hastanın bakımı	X		
Gaz problemi olan hastanın bakımı	X		
İdrar torbasının değiştirilmesi	X		
Konstipasyonu olan hastanın bakımı	X		
Laksatif uygulama	X	X	
Lavman uygulama	X	X	

Mesane eğitimi	X		
Mesane irigasyonu*	X	X	
Stoma bakımı (kolostomi, ileostomi vb.)	X		
Ördek veya sürgü verme	X		
Pelvik bölge egzersizleri	X		
Perianal hijyen	X		
Prezervatif sonda uygulama	X	X	
Rektal prolapsusu olan hastanın bakımı	X	X	
Rektal tüp uygulama		X	
Suprapubik kateter takılmasına katılım		X	
Suprapubik kateter bakımı	X		X
Suprapubik kateter çıkarılmasına katılım		X	
Üriner kateter takılması*	X	X	X
Üriner kateter bakımı	X		X
Üriner kateter çıkarılması*	X	X	
Üriner alışkanlık eğitimi	X		
Üriner retansiyonlu hastanın bakımı	X		
Hareketsizlik Yönetimi			
Alçılı hastanın bakımı	X		
Fiziksel hareketi sınırlama		X	
Hasta transportu (hastane içi, hastane dışı)		X	
Pozisyon verme (sırtüstü, düz, yan, oturur, yarı oturur vb)	X	X	
Tesbit etme (yaralı vücut bölgesinin korunması)	X	X	
Traksiyonlu ya da immobilize hastanın bakımı	X	X	
Yatak istirahatli hastanın bakımı	X		
Beslenme Desteği			
Ağız bakımı	X		
Ağızdan beslenmeye yardım (yemek yedirme)	X		
Anne sütü ile besleme	X		
Bebekte gazın çıkartılması	X		
Beslenme yönetimi (danışmanlık, tedavi uygulama, izleme)*	X	X	
Biberonla besleme	X		
Bulantı kusması olan hastanın bakımı	X		
Emzirmeye destek verilmesi	X		
Emzirme eğitimi	X		
Enteral tüple besleme (NGT, OGT veya gastrostomi)		X	
Gastrostomi yapılmasına katılım			X
Kaşık/bardakla besleme*	X		
Kilo yönetimi (almaya ve vermeye yardım)	X	X	
Nazogastrik, orogastrik sonda yerleştirme*	X	X	
Nazogastrik, orogastrik sonda bakımı	X		
Nazogastrik, orogastrik sondanın çıkarılması*	X	X	
Önerilen diyetle ilgili eğitim	X		
Süt sağma ve saklama eğitimi	X		
Yeme bozuklukları yönetimi	X	X	
Ağrı yönetimi*	X	X	
Kas gevşetici girişimlerin uygulanması	X	X	
Masaj	X		
Rahatlık/konforun sağlanması için çevrenin düzenlenmesi	X		
Sıcak-soğuk uygulamalar:	X		
Ateş düşürmek için genel yaş soğuk uygulama*	X	X	
Buz kesesi uygulama*	X	X	
Lokal sıcak uygulama (lamba, termofor)*	X	X	
Lokal yaş sıcak kompres uygulama*	X	X	
Lokal yaş soğuk kompres uygulama*	X	X	
Oturma banyosu verme*	X	X	
Transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)		X	X
Vücudun belirli bölgelerine bası uygulama (ağrı, bulantıyı önleme)	X		

amaçlı)			
Öz Bakımı Kolaylaştırma			
Ağız diş sağlığı uygulamaları	X		
Ayak bakımı yapma	X		
Bitli baş banyosu verme	X		
Deri ve mukoza bütünlüğünü koruma önlemleri	X		
Diyabetik ayak bakımı	X	X	X
Göz bakımı	X		
Hasta giyinmesine ve soyunmasına yardım etme	X		
Kontakt lens bakımı	X		
Kulak bakımı	X		
Ölüm sonrası (postmortem) bakım	X	X	X
Pansuman yapma*	X		
Perine bakımı	X	X	
Protez bakımı	X		
Sabah-akşam tuvaleti	X		
Saç bakımı	X		
Tam banyo (yatak içi, yatak dışı)	X		
Tırnak bakımı	X		
Tüp bakımı	X		
Uyku kalitesini artırmaya yönelik girişimler	X		
Yutma terapisi*	X		
FİZYOLOJİK KOMPLEKS GEREKSİNİMLERE YÖNELİK GİRİŞİMLER			
Elektrolit, Asit-Baz			
Asit-baz dengesizliğini düzeltici girişimler*	X	X	
Elektrolit dengesizliğini düzeltici girişimler*	X	X	
Hemodiyaliz tedavisi		X	
Hemofiltrasyon		X	
Hiperglisemi yönetimi (önleme, izleme, düzeltme)*	X	X	
Hipoglisemi yönetimi (önleme, izleme, düzeltme)*	X	X	
Periton diyaliz		X	
İlaç Yönetimi			
Analjezik ilaçların uygulanması		X	
Aşı uygulama/bağışıklama*	X	X	
Oral yolla ilaç uygulama		X	
Buruna ilaç uygulama		X	
Göze ilaç uygulama		X	
Kulağa ilaç uygulama		X	
Deri altına (subkütan) ilaç uygulama		X	
Deri içine (intrakütan) ilaç uygulama		X	
Deriye ilaç uygulama		X	
Enteral tüp yoluyla ilaç uygulama		X	
Hasta kontrollü analjeziye (PCA) katılım		X	X
İnhalasyon yoluyla ilaç uygulama		X	
İntraplevral ilaç uygulamaya katılım			X
İntraspinal ilaç uygulamaya katılım			X
İntravenöz yolla ilaç uygulama		X	
Kas içine (Intramuskuler) ilaç uygulama		X	
Kemik içine ilaç uygulamaya katılım			X
Kemoterapi yönetimi (hazırlık, uygulama, izlenmesi, hasta eğitimi)*	X	X	
Önerilen ilaçla ilgili eğitim	X		
Rektuma ilaç uygulama		X	
Sedasyonda olan uyanık (bilinçli) hastanın izlenmesi	X		
Vajene ilaç uygulama		X	
Venöz yol açıklığının sürdürülmesi (venöz kateter ve bağlantılarının açıklığının korunması)	X	X	
Serebral ventrikül içine ilaç uygulamaya katılım			X
Nörolojik Yönetim			
Konvülsiyon ataklarının yönetimi (önleme, izleme, tedavi, bakım)*	X	X	
Periferik duyu kaybı olan hastanın bakımı	X		

Nörolojik problemi olan vakada pozisyon verme*	X	X	
Serebral ödem yönetimi (izleme, bakım, tedavinin uygulanması)*	X	X	
Perioperatif Bakım			
Preoperatif hasta eğitimi	X		
Preoperatif koordinasyon girişimleri	X		
Hastanın fiziksel ve psikolojik hazırlığı	X		
Hasta güvenliği açısından ameliyat öncesi kontrollerinin yapılması (doğru hasta, doğru ameliyat yeri vb)	X		
Ameliyat öncesi ameliyatanede uygulanan girişimler			
Ameliyat odasının kontrolü (ameliyat odasının hazırlanmasının sağlanması, ameliyat için gerekecek cihaz ve malzemeler, masa, pozisyon, aksesuar hazırlığı ve kontrolü)	X		
Steril ve steril olmayan malzemelerin kontrol edilmesi ve aseptik tekniğe uygun olarak açılması	X		
Ameliyat öncesi gaz bezi, iğne, bistüri ve diğer aletlerin sayımının yapılması, gerektiğinde sayım tahtasına yazılması	X		
Ameliyathaneye hasta kabulü (hastanın kimliğinin ve dosyasının kontrolü vb.)	X		
Hastaya psikolojik destek sağlanması	X		
Hastanın vücut traşının kontrol edilmesi	X		
Hastanın ameliyat masasına alınması (hastaya güvenli pozisyon verilmesi ve uygun şekilde örtülmesi)	X		
Scrub hemşire ve cerrahın steril koşullara uygun şekilde giyinmesine yardımcı olunması	X	X	
Cilt temizliği için antiseptik solüsyon verilmesi	X		
Ameliyat sırasında kullanılacak malzemelerin bağlantısının yapılması ve kullanıma hazır hale getirilmesinin sağlanması (ışık, ayak pedalı, koter vb)	X		X
Ameliyat sırasında uygulanan girişimler			
Cerrahi işlem sırasında hastanın yaralanmasının önlenmesi	X		
İntraoperatif dönemde infeksiyon kontrolü	X		
Cerrahi işlem sırasında işleme katılım		X	X
Cerrahi işlem boyunca steril ortamı izleme ve devamlılığını sağlama	X		X
Cerrahi işlem boyunca gerekli malzemelerin uygun şekilde kullanılmasına destek olma	X		
Ameliyat sonrasında uygulanan girişimler			
Ameliyat sonunda spanç, alet, iğne sayımlarını güvenli bir şekilde yapma ve kaydetme	X		
Odanın ve malzemelerin bir sonraki vakaya hazırlanmasının sağlanması	X		
Solunum Yönetimi			
Aspirasyonu önleme girişimleri*	X		
Buhar tedavisi*	X	X	
Endotrakeal entübasyon**		X	X
Endotrakeal ekstübasyon		X	
Ekspire edilen karbondioksit konsantrasyonunun (solunum sonu CO2 = end tidal CO2) izlenmesi*	X	X	X
Göğüs fizyoterapisi	X	X	X
Göğüs tüpü takılmasına yardım			X
Göğüs tüpü olan hastanın bakımı	X	X	X
Göğüs tüpü çıkarılmasına yardım			X
Hava yolu aspirasyonu (oral, nazal, trakeal aspirasyon)*	X		
Airway yerleştirme ve sabitleme	X		X
Mekanik ventilasyon uygulanan hastanın bakımı (invaziv)	X	X	
Mekanik ventilasyon uygulanan hastanın bakımı (noninvaziv)	X	X	
Mekanik ventilatörden ayırma		X	X
Oksijen tedavisi (maske, nazal kanül)*	X		
Öksürmeyi geliştirme (derin nefes alma ve öksürme egzersizleri yaptırma)	X	X	X
Postüral drenaj*	X	X	
Spontan solunumun desteklenmesi için yapılan egzersizler	X	X	

Torasentez işlemine katılım			X
Torasentez uygulanan hastanın bakımı	X		
Trakeotomi işlemine katılım			X
Trakeotomi kanülünün çıkarılması/değiştirilmesi işlemine katılım*		X	X
Ventilatör devrelerinin değiştirilmesi	X	X	
Yapay hava yolu olan hastanın bakımı: Trakeostomi, endotrakeal tüp, larenjeyal maske	X		
Deri/Yara Yönetimi			
Amputasyonlu hastanın bakımı*	X		
Bası yaralarının bakımı*	X	X	
Bası yaralarının önlenmesi	X		
Deri üzerine ilaç uygulama	X	X	X
Sütür atma			X
İnsizyon yeri bakımı	X	X	
Pişik bakımı*	X	X	
Yanık/yara debridmanı*	X	X	
Yanık pansumanı*	X	X	X
Doku Perfüzyon Yönetimi			
Akut kalp sorunları olan hastanın bakımı*	X	X	
Disritmili hastanın bakımı (önleyici, düzeltici)*	X	X	
Dolaşım yetersizliği yönünde hastanın değerlendirilmesi	X	X	
Dolaşım yetersizliği olan bölgenin korunması	X	X	
Dolaşımı hızlandırıcı/düzenleyici girişimler	X		
Exchange transfüzyona katılım			X
Hemodinamik düzenleme		X	X
Hipervolemi yönetimi*	X	X	
Hipovolemi yönetimi*	X	X	
İntravenöz sıvı tedavisini başlatma ve izleme (akış hızını hesaplama, İV set hazırlama, IV sıvıyı başlatma, akış hızını izleme, protokole uygun flaş yapma/yıkama)*	X	X	
İntravenöz kateter bakımı (Periferik, santral, periferik yoldan santral)	X		
Santral intravenöz. kateter yerleştirilmesi işlemine katılım			X
Periferik intravenöz kateterlerin çıkarılması	X	X	
Santral venöz kataterlerin çıkarılması		X	X
Kan ve kan ürünlerinin verilmesi		X	
Kanamayı azaltıcı girişimler*	X	X	
Kanamayı önleyici girişimler*	X	X	
Mekanik yardımcı araç kullanılarak dolaşımı desteklenen hastanın izlemi (Intraaortik balon pompası vb.)	X	X	
Pacemaker kateteri takılmasına katılım			X
Pacemaker takılı hastanın bakımı	X		X
Pacemaker kateteri çıkarılmasına katılım			X
Periferik intravenöz kateter yerleştirme*	X	X	X
Periferik embolili hastanın bakımı	X	X	
Pulmoner embolisi olan hastanın bakımı	X	X	
Sheath (kılıf) kateter (koroner anjioplasti) çekilmesi işlemine katılım			X
Parenteral sıvı replasmanı		X	X
Şok yönetimi (önleme, izleme, tedavi, bakım)*	X	X	
Varis çorabı giydirilmesi ve hasta eğitimi	X	X	
DAVRANIŞSAL			
Davranış Tedavisi**			
Bireyi sosyal aktivitelere katma (sosyal terapi)	X		
Davranış iyileştirme /geliştirme	X	X	
Girişkenlik eğitimi	X		
Hasta ile birlikte ortak hedef belirleme/oluşturma	X	X	
Hasta ile kontrat/sözleşme yapma	X	X	
Evcil hayvan ile yardım terapisi	X	X	X
Hiperaktivite/dikkat bozukluğu olan hastanın bakımı	X		
Kendine zarar vermeyi önleme	X		
Kendini değiştirmeye yardım etme	X		

Madde kullanımı tedavisi: Alkol bırakma	X	X	X
Madde kullanımı tedavisi: İlaç bırakma	X	X	X
Madde kullanımı tedavisi: Sigarayı bırakma	X	X	X
Madde kullanımını önleme	X	X	X
Müzikle tedavi	X	X	X
Oyunla tedavi	X	X	X
Sanatla tedavi	X	X	X
Sınır koyma	X	X	
Sorumluluk almaya yardım etme	X		
Sosyal beceri eğitimi	X		
Bilişsel Tedavi			
Bilişsel uyaran verme	X	X	
Bilişsel yeniden yapılandırma	X	X	
Gerçeğe getirme	X		X
Hafıza eğitimi	X		X
Öfke ile baş etme (öfke yönetimi)	X	X	
Öğrenmeye hazır oluşu geliştirme	X		
Öğrenmeyi kolaylaştırma	X		X
Reminisens tedavi (şu ana adaptasyon için geçmiş duygu, düşünce ve olayları hatırlatma/çağırma)**	X		
İletişimi Geliştirme			
Aktif dinleme	X		
Görme problemi olan hasta ile iletişim	X		
İşitme problemi olan hasta ile iletişim	X		
Karmaşık / kompleks ilişkiyi yapılandırma	X	X	
Konuşma problemi olan hasta ile iletişim	X		
Sosyalizasyonu / sosyal etkileşimi artırma	X		X
Baş Etme Yollarının Geliştirilmesi			
Baş etmeyi öğretme	X		
Baş etmede mizahı kullanma	X		
Beden imajını düzeltme	X		
Benlik saygısını artırma	X		
Cinsel danışmanlık	X	X	X
Çevre güvenliğini düzenleme	X		X
Destek gruplarına yönlendirme	X	X	X
Destek sistemi geliştirme	X		X
Duygusal destek verme	X	X	X
Genetik danışmanlık	X	X	X
Grup tedavisi uygulama	X	X	X
Hastanın değerlerini belirleme	X		X
Karar verme becerisini geliştirme	X		X
Kendi farkındalığını artırma	X		
Krize müdahale*	X	X	X
Mood yönetimi	X	X	X
Olası krizlere hazırlama	X	X	X
Manevi destek	X	X	X
Suçluluk duygusunu hafifletme	X	X	X
Terapötik dokunma	X		X
Terminal hasta bakımı	X		X
Yastaki bireye/aileye yardım	X	X	
Eğitim ve Danışmanlık			
Aile planlaması	X	X	X
Adölesan eğitimi	X		
Emzirme Eğitimi	X		
Anne sütü sağılması ve saklanması eğitimi	X		
Bebek bakımı ve beslenmesi	X		
Bireysel eğitim	X		
Cinsel sağlık eğitimi	X		
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel	X		
İlişki eğitimi			

Çocuğu olan ebeveynlerin eğitimi	X		
Çocuk bekleyen ailede ebeveynlerin eğitimi	X		
Gebelikte bakım	X		
Grup eğitimi	X		
Hastalık süreci hakkında eğitim	X		
Hastalıkların erken tanısı ile ilgili eğitim	X		
Hipertansiyon ile ilgili eğitim	X		
İlkyardım eğitimi	X		
İnhaler ilaç kullanma eğitimi	X		
İşlemler/tedaviler hakkında eğitim	X		
Kemoterapi yönetimi ile ilgili eğitim (yan etkileri ile başa çıkma)	X		
Kendi kendine idrar sondası takma eğitimi	X		
Erken tanı ve sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim (kendi kendine meme, vulva, testis, deri muayenesi)	X		
Stoma bakımı	X		
Koroner kalp hastalıkları ile ilgili eğitim	X		
Loğusalık bakımı	X		
Madde kullanımını önleme eğitimi	X		
Menopoz eğitimi	X		
Neonatal resusitasyon eğitimi (aileye)	X	X	X
Önerilen diyetle ilgili eğitim	X		
Önerilen egzersiz/aktivite ile ilgili eğitim	X		
Önerilen ilaçlar ile ilgili eğitim	X		
Preoperatif eğitim	X		
Psikomotor beceri eğitimi	X		
Sağlık eğitimi	X		
Sağlıklı beslenme eğitimi	X		
Stres yönetimi eğitimi	X		
Yenidoğan bakımı ile ilgili eğitim	X		
Yoğun bakımda bebeği/yakını yatan aileye destek	X		
Diğer eğitim ve danışmanlık uygulamaları:....			
Psikolojik Rahatlığı Artırma			
Anksiyeteyi azaltma, sakinleştirme teknikleri	X	X	X
Gevşeme (relaksasyon) tekniklerini kullanma	X	X	X
Hayal kurma (imgeleme) tekniğini kullanma	X		
İlgiyi başka yöne çekme	X		
GÜVENLİK			
Kriz Yönetimi			
Taciz ve tecavüz sonrası yönetimi (bireyin psikolojik olarak desteklenmesi, rehabilitasyonu, acil kontrasepsiyon, kanıt toplama vb)**	X	X	
İhmal/istismardan koruma, tanılama, eğitim danışmanlık	X		X
İhmal/istismar tedavisi			X
İlk yardım uygulamaları*	X	X	X
Kod/acil durum yönetimi*	X	X	X
Kriz durumunda hasta ve ailesine destek	X	X	X
Olağanüstü durumlarda acil bakım girişimleri*	X	X	X
Resusitasyon (yeniden canlandırma) girişimleri*	X	X	X
Suicid/intihar önlemeye yönelik girişimler*	X	X	X
Triyaj (Öncelikli olanı belirleme)*	X		
Risk Belirleme / Tanılama: Risk Yönetimi			
Alerji yönetimi (önleme, tanıma, tedavi)*	X	X	X
Aspirasyonu önleyici girişimler*	X	X	
Ayak tahtası kullanılması*	X	X	
Bağışıklama/aşı uygulamaları*	X	X	
Basınç ülserlerini önleyici girişimler	X		
Deliryum yönetimi	X	X	
Deluzyon yönetimi	X	X	
Demans yönetimi	X	X	
Düşmeyi önleme	X		
Ev içi şiddeti önleme	X		

Fiziksel kısıtlama	X	X	
Halüsinasyon yönetimi	X		
İntiharı önleme	X	X	
Çevresel Risklerin Yönetimi			
Çevre yönetimi: Çalışan güvenliği	X		X
Çevre yönetimi: Şiddeti önleme	X		
Çevre yönetimi: Toplum	X		
İnfeksiyon kontrolü önlemleri:			
İnfeksiyondan koruma	X		
Asepsiye uygun el yıkama	X		
İzolasyon ünitesi hazırlama	X		
Solüsyonları dilüe etme*	X		
Solüsyonlarla dezenfeksiyon uygulama	X		
Steril eldiven giyme-çıkarma, steril paket,bohça, tromel açma	X		
Steril eldiven, gömlek, maske giyme, giydirme	X		
Steril malzeme kullanma	X		
Steril taşıyıcı forseps kullanma	X		
Su klorlama	X		
Tıbbi asepsiye uygun maske takma ve giyinme	X		
Çalışan Güvenliği			
Lateks önlemleri almak	X		
Lazer önlemleri almak	X		
Pnömotik turnike önlemleri almak	X		
Radyasyon tedavisi			X
Surveyans/İzlem:	X	X	
Surveyans/İzlem: Bağışıklama (aşı uygulaması)	X		
Surveyans/İzlem: Bulaşıcı-bildirimi zorunlu hastalıklar	X		
Surveyans/İzlem: Kronik hastalıklar (fiziksel-mental)	X		
Surveyans/İzlem: Postnatal izlem	X		
Surveyans/İzlem: Prenatal izlem	X		
Yangın önlemleri	X		
AİLE			
Doğum Öncesi ve Sonrası Bakım			
Amniyoinfüzyon			X
Anne sütü sağlanması ve saklanması	X		
APGAR değerlendirmesi yapma	X		
Beklenen gelişimsel dönemlere hazırlama	X		
ÇKS dinleme	X		
Doğum sonrası bakım	X		
Ebeveyn eğitimi: Çocuk bekleyen aile	X		
Ebeveyn yenidoğan ilişkisini geliştirme	X		
Eğitim: Yenidoğan bakımı	X		
Gebe izlemi*	X		
Emzirmeye yardım	X		
Epizyo bakımı yapma	X		
Erken doğum tehdidi olan hastanın bakımı	X		
Erken membran rüptürü (EMR) olan hastanın bakımı	X	X	
Fototerapi: Yenidoğan		X	
Fundus masajı yapma	X	X	
Göbek bakımı yapma	X		
Göz bakımı yapma	X		
Hamilelik öncesi danışmanlık	X		
İsim bandı takma	X		
Kanguru bakımı*	X	X	
Leopold manevrası yapma	X		
Loşia izleme	X		
Meme bakımı yapma	X		
Meme başı bakımı	X		

Prenatal bakım	X		
Resusitasyon: Yenidoğan**	X		X
Risk belirleme: Çocuk bekleyen aile	X	X	X
Umbilikal kateter takılması işlemine katılım			X
Umbilikal kateter çıkarılması işlemine katılım			X
Uzamış hamilelikte hasta izleme	X	X	
Üremeye yardımcı tekniklerde yardım		X	X
Yemekle ilgisi olmayan aspirasyona müdahale *	X	X	X
Yenidoğan banyosu	X		
Yenidoğanda seberoid dermatit (konak) bakımı	X		
Yaşam Boyu Bakım			
Aile desteği	X		
Aile, işyeri, okul ziyareti	X		X
Aile tedavisi			X
Ailenin katılımını artırma	X		
Bakım vericilere destek	X		
BCG aşısı uygulama (sertifikalı)*	X	X	
Ebeveyn eğitimi: Adölesan	X		
Ebeveyn eğitimi: Çocuk bekleyen aile	X		
Evde bakımın sürdürülmesine yardım	X		
Fertiliteyi koruma	X		
Diğer.....			
SAĞLIK SİSTEMİ			
Sağlık Sisteminin Koordinasyonu			
Hasta haklarını koruma girişimleri	X		
Preoperatif koordinasyon	X		
Sağlık sistemi rehberliği (sevk/yönlendirme)	X		
Sağlık sistemine kabul	X	X	
Sosyal hizmetlerden yararlandırıncı girişimler	X		
Taburcu etme(hastaneden çıkış)* planı	X	X	
Ziyareti planlama/kolaylaştırma	X		
Diğer.....			
Sağlık Sisteminin Yönetimi ve Destek Hizmetler			
Acil arabasının kontrolü	X		
Aletlerin korunması	X		
Çalışanların denetimi	X		
Delege etme / görevlendirme	X		
Hizmet içi eğitimlere katılma/verme	X		

*Ekip belli vakalarda neyin izleneceğın dair “ortak bakım planları” hazırlamış ya da kararlaştırmış ise “hekim istemi” beklemeden hemşire bu parametreleri izler.

**Bakanlıkça kabul edilen bir eğitim alınması zorunludur."



14.11.2011

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'ne**

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Semra ÜNAL'ın "Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının; sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi talebi ile kurumumuzda uygulanması uygun görülmüştür.

**Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü
Bahriye GAVAZ TOPALOĞLU**

EK - 4



**T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ**

Sayı: B.30.2.İST.0.30.83.00/422

30.01.2012

**Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Hemşirelik Hizmetleri Sorumlularına**

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Semra ÜNAL'ın, Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Sağlık Profesyonellerin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu araştırmanın anketlerini Fakültemizde yapmasında sakınca olmadığını ve gereğini bilgilerinize rica ederim.

**Dr.Hem.Leman KUTLU
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü**

Adres: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Fatih/İSTANBUL
Tel: 0(212)414 30 00 (21342) Fax: 0 (212) 414 33 30
e-posta: cthemsirelikhizmetleri@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için iriibat: L.KUTLU Hem.Hizm.Müdürü

EK - 5



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : B.30.2.İST.0.72.00.00/195
Konu :

06.01.2012* 1308

HALİÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Semra ÜNAL'ın, Prof.Dr.Aytolan YILDIRIM'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu araştırmasının anketi hakkında Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan 21.12.2011 tarihli 45999 sayılı yazının fotokopisi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep Çiğdem KAYACAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

*Sağlık Bil. Enst.
Modülüne*

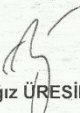
EK: Yazı örneği (1 sayfa)

Gelen Evrak
Tarih: 16.01.2012
Sayı: 19
Ek :

EK - 6

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI PERSONEL MÜDÜRLÜĞÜ	
Konu: Semra Ünal'ın anket çalışması.		İstanbul...../...../.....
Sayı: B.30.2.İST.0.30.71.00/ 45999		21 2011
Konu:	İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)	21 Aralık 2011
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi SEMRA ÜNAL'ın, Prof.Dr.AYTOLAN YILDIRIM'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu araştırmasının anketlerini Fakültemizin tüm anabilim dallarında çalışan hekim ve hemşirelere uygulayabilmesi hakkında adı geçen enstitü müdürlüğünden alınan 13.12.2011 tarihli, 277 sayılı yazı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.		
Eki: 14	İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ Yazı İşleri ve Genel Evrak M. Gelen Evrak Sayı: 72277	Prof.Dr.Özgün ENVER Dekan
20.12.2011		
Not: Yanıtlarınızda yazınızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL Telefon 0 (212) 414 30 00 Dahili: 21107 - 21108 Faks: 0(212) 632 00 33 e-posta: ctfpersomd@istanbul.edu.tr		

EK - 7

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Sayı : 2058		Tarih : 14.12.2011
Konu : Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM hk,		
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
İlgi : Haliç Üniversitesinin 11/11/2011 gün ve 243 sayılı yazısı		
Sorumlu araştırmacılığını İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'ın üstlendiği ve Semra ÜNAL'ın yürüteceği 2011/1914-833 dosya numaralı "Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi" başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzun 30.11.2011 tarihli 06 sayılı toplantısında etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.		
Tutanakların İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesinde görevli Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a iletilmesi hususunda gereğini arz ederim.		
 Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı		
Eki: Tutanak		

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	23.11.2011		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	Belge Adı	☐		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☒	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:06	Tarih: 30/11/2011	İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'ın üstlendiği ve Semra ÜNAL'ın yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir..	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki *	Katılım **	İmza	
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Rukiye EKER ÖMEROĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
f. Dr. Pınar SAİP	Onkoloji	İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr. Muhtar ÇOKAR	Deontolog	İstanbul İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ayşen BULUT	Halk Sağlığı	Emekli	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Tufan TÜKEK	İç Hastalıkları	Okmeydanı Eğitim ve Araş. Hast. İç Hast. 1. Dahiliye Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ünal KUZGUN	Ortopedi	Şişli Etfal E. ve Arş. Hst	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ahmet O. ARAMAN	Eczacılık	İ.Ü. Eczacılık Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK	Hukukçu	İstanbul Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Demir TIRYAKI	Biyofizik	Emekli	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	T.KATILMADI	
M. Kerim AKMAN	İİBF İktisat bölümü	Özel (Ekonomist)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	T.KATILMADI	
Dr. Sevdâ ÖZEL	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		

* :Araştırma ile ilişki
** :Toplantıda Bulunma

Bu karar araştırma projesinin etik açıdan değerlendirme sonucunu bildirmektedir. Klinik ilaç araştırması projeleri için, etik kurulu onayı sonrasında, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 5/a .maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığına da başvurulması ve gerekli izin alınması gerekmektedir.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Sağlık profesyonellerinin hemşirelik işlevlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıbbi Biyoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz : Uzmanlık Tezi			
TEK MERKEZ		ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
☐		☒	☒	☐	

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Semra ÜNAL* arasında yapılmıştır.....

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Şişli Etfal E.A.H.*.....

Çalışmanın adı: "Sağlık Profesyonellerinin Hemşirelik İşlevlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi".....

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Semra ÜNAL*.....

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç: 2.12.2011 / Bitiş: 2.12.2011

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2011

Adı-Soyadı:

Semra ÜNAL

...../...../2011

Uzm.Dr.Fetin Rüştü YILBIZ

Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

...../...../2011

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

11. ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Semra Üstündağ
Soyad:	ÜNAL
Doğum Yeri:	Tolbuhin
Doğum Tarihi:	10.12.1976
Görev Yeri:	İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	sunal76@yahoo.com.tr

Tarih	Eğitim
1990-1994	T.C.Osmangazi Üniversitesi Sağlık Meslek Lisesi
1995-1999	İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
2010-2013	T.C. Haliç Ün. Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Hemşirelik Yüksek Lisans
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
2000	Mimar Sinan Üniv. Pedagojik Formasyon Eğitimi
İş Tecrübesi	
1994-1996	T.C. Osmangazi Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı- Hemşire
1997-2000	T.C. İstanbul Tıp. Fak. Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı- Hemşire
2000-2006	Koç Allian Sigorta Şirketi Kurumsal Sağlık Tazminat- Yetkili
2006-2012	İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı- Ameliyathane Hemşire
Aralık 2012-Halen	İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü – Supervizör Hemşire
Dernek Üyelikleri	
2006	Türk Nöroşirurji Hemşireleri Derneği
2009	Türk Hemşireler Derneği
2010	İ.Ü. Cerrahpaşa Hemşireleri Derneği
2010	Sağlık Emekçileri Sendika (SES) Üyeliği
2013	Atatürkçü Düşünce Derneği