

32882

T. C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi : Yard.Doç.Dr.Birsen YÜRÜGEN

PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİNİN HASTA BAKIMI VE  
HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMUNA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Nermin (GÜNAY) OLGUN

İstanbul - 1994

## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
3. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	31
4. GEREÇ VE YÖNTEM .....	32
5. BULGULAR .....	43
6. TARTIŞMA .....	66
7. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	84
8. ÖZET .....	89
SUMMARY .....	91
KAYNAKLAR .....	93
ÖZGEÇMİŞ .....	100
EKLER .....	101

# 1. GİRİŞ

Tarih boyunca hemşirelik mesleğinin temelini açıklamak üzere sürekli çalışmalar yapılmış, mesleğin ne olduğunu, işlevlerini ve rolünü tam olarak tanımlama ve tanıtmaya önem verilmiştir. Hemşireliği tanımlamak ve işlevlerini açıklamak üzere yapılan çalışmalar Florence Nightingale'e kadar uzanır. Nightingale'in kendi deyişi ile "Hemşireliğin amacı; doğanın iyileştirmesini sağlamak üzere hastayı en uygun ortama koymak"tır (73,75). Zaman içinde çeşitli hemşirelik tanımları yapılmıştır. Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden; ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir. Hemşirelik, toplumun her kesiminde kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında hemşirelik bakım planını yapan; bu planı uygulamaya koyan; ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir süreçtir (72,73).

Hemşirelik mesleğinin tanımlanmasıyla birlikte, hemşirelik bakımı yaklaşımları gerek yapısal ve gerekse organizasyon/örgütlenme açısından çok büyük değişiklikler göstermiş ve ne tip bir hemşirelik yaklaşımının hemşirelik bakımının niteliğini arttıracacağı konusunda çeşitli araştırmalar yapılmıştır (11,62).

Günümüzde ise en fazla üzerinde durulan konu, 1960'larda adı duyulmaya başlayan "Primer hemşirelik bakım yöntemidir. 1969'da Minnesota Üniversite Hastanesi'nde, 1972'den bu yana Chicago Rush-Presbyterian St. Luke's Tıp Merkezi'nde ve 1978'de ise, Sherwood Jones tarafından örgütlenmesinden sonra İngiltere'de bazı merkezlerde uygulanmaya başlamıştır (38,39,40,41,53,62).

Primer hemşirelik, bir hastanın tüm hemşirelik bakımını, belirli bir hemşirenin

sürekli sorumluluğu ve rehberliği altına almasıdır. Bu hemşire hastanın temel hemşiresidir ve hastanın kabulünden taburcu olmasına dek 24 saat süre ile hemşirelik bakımının sorumluluğunu üstlenir (15,30,38,49,69). Bu yaklaşım hemşirelik bakımına yalnızca felsefi açıdan değil, aynı zamanda hemşirelik rolü ve örgütlenmesi yönünden de değişiklik getirmektedir. Bu modelin diğer hemşirelik yaklaşımlarından farkı hemşirelik bakımının sürekliliği ve hemşirenin merkez odağını hastanın oluşturmasıdır (7,8,13,19). Primer hemşire kendi hastasının bakımından 24 saat ve haftanın 7 günü sorumludur. Ancak bilindiği gibi bir hemşirenin günde 24 saat süre ile haftada 7 gün hastasına bakım vermesi olanaksızdır. Bu yüzden primer hemşirenin çalışma saatleri dışında görevi üstlenen nöbetçi hemşire, bakım planını tamamlanmasından ve değerlendirilmesinden hastanın durumunun ve tedaviye olan yanıtının rapor edilmesinden primer hemşireye karşı sorumludur. Aynı zamanda primer hemşire de hastasına ilişkin konular ile ilgili olarak sorumlu hemşire ile sürekli bir iletişim içindedir (23,34,44). Bir hastanın bakımını üstlenen primer hemşirenin başarılı olabilmesi için 10 değişmez anahtar kelimeyi gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bunlar: Otonomi, savunma, sorumluluk, otorite, süreklilik, işbirliği, koordinasyon, iletişim, sorumluluğun dağıtılması ve hemşirelik sürecidir (34,42,63).

Çağdaş yönetim kuramcıları, yönetimin birbirini tamamlayan iki amacından birinin, hizmetlerin etkinliğini arttırmak,; diğerinin ise, çalışanların işten doyumlarını sağlamak olduğu konusunda görüş birliği içindedirler (4). Bu düşünceye paralel olarak sağlık örgütlerinin işleyişinde hastaya verilen bakımın niteliğinin ve bu bakımı veren hemşirelerin verdikleri bakımdan dolayı elde ettikleri doyumun irdeleme gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Primer hemşirelik bakım yönteminin amacı bu hedefleri gerçekleştirmektir (2,20,21).

Bir çok çalışmada primer hemşirelik bakım yöntemi uygulanması sonucu, bakımın niteliğinde ve hemşirelerin iş doyumunda artma olduğu saptanmıştır

(33,35,37,43,55). Ülkemizde primer hemşirelik bakım yöntemini uygulayan sağlık kuruluşu bulunmadığından, çalışma bu uygulama yönteminin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmış olup; bir üniversite hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde sınırlı olarak gerçekleştirilmiştir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. PRİMER HEMŞİRELİKLE İLGİLİ TANIMLAR VE KAVRAMLAR

Organize/örgütlü bir bakım yöntemi olarak adlandırılan primer hemşireliğin Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve diğer çeşitli ülkelerde uygulandığı izlenmektedir. Marram, Hegyvary, Manthey Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı merkezlerde (37,38,39,40,41,42), Castledine, Tutton, Pearson, Johns, Manley, Pritchard, Robinson, İngiltere'de Burford Community Hospital, Oxford Nursing Development Unit ve Westminster Hospital'da (28,37,38,53,56), Karpov Finlandiya'da (32), Martin ve Steward Avustralya'da (43) ve Mulholland Kuzey İrlanda'da uygulandığını (47) belirtmişlerdir.

Hegyvary (38) primer hemşireliğin hemşirelik bakımında hem felsefi, hem de organize/örgütlü bir yaklaşım olduğunu ileri sürmektedir. Marram ve arkadaşları (38,42,55) primer hemşireliğin diğer modellerden farklı olarak, hastanedeki hemşirelik bakımının örgütlenme biçimini ve felsefesini tanımlar; primer hemşirelikte hemşirenin merkez odağını hastanın oluşturduğunu ve hastasına ait çok fazla sorumluluk aldığını belirtmektedir. Betz ve arkadaşları (38) da primer hemşireliğin felsefesinin temelini, "hemşirenin dikkatinin iş değil hasta üzerinde odaklandığını" ifade etmektedir. Marram ve Joiner (34,38,42,55) primer hemşirelik sisteminin amaçlarını sürekli, yoğun, koordine ve hasta merkezli bakım olarak belirtmişlerdir. Hegyvary'e göre de (34,37,38) bu hedefler aynıdır ve belirli bir hastanın kabulünden taburcu olmasına dek, hemşirelik bakımının bir hemşirenin sürekli rehberliği altında yürütülmesi gerekliliğini ifade etmektedir.

Hegyvary (34,38) primer hemşireyi "Hastanın bakımını direkt olarak üstlenen ve diğer hemşirelerle birlikte çalışırken onların hastasına uygun bakımı verip vermediklerini gözlemleyen" kişi, Marram ve arkadaşları (34,38,42,55) ise

"Hastanın hemşirelik bakım gereksinimlerini tanıyan, hasta ve diğer sağlık ekip üyeleriyle etkileşim halinde günlük ve saatlik olarak hemşirelik bakımını planlayan" kişi olarak tanımlamışlardır.

Manthey (38,,39,40,41) Amerika'da Minnesota Üniversite Hastanesi'nde primer hemşirelik kavramının 1960'larda bir yenilik olarak ortaya çıktığını ve primer hemşireliğin, karar verme sorumluluğunun yatak başına taşınması (merkezkaç) olduğunu ifade etmiştir. Marram ve arkadaşları (34,38,42) ise, hasta ve hemşirelerin bakımla ilgili olarak çok daha fazla direkt iletişim halinde olduklarını vurgulamışlardır.

Manthey (38,39,40,41) aynı zamanda sorumluluğa ait kavramları ve otoriteyi tanımlayarak; primer hemşirenin gerekliliğini, primer hemşirenin hastalarına 24 saat ve haftanın 7 günü hemşirelik bakımı verilmesinde "sorumluluk ve otoriteye sahip olmasını ve kendisinin yokluğunda hastasına bakım veren diğer hemşirelerin faaliyetlerinde direkt yetkili olması gerektiğini" belirtmektedir.

Bu tanımlar ve ifadeler, primer hemşireliğin hemşireliğe profesyonellik getirdiğini düşündürmektedir. Bu sayede her hemşire sağlık ekibi içerisinde kendi doğrularını bağımsız bir şekilde uygulama olanağını bulabilecektir.

Marram ve arkadaşları (34,38,42) bu fikirlerle birlikte primer hemşireliği "yoğun, sürekli ve koordine olarak, otonomi, sorumluluk ve otoriteye sahip bir hemşirenin, doğrudan doğruya bireyselleşmiş hasta bakımını vermesidir" şeklinde daha kapsamlı olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda primer hemşirenin çalışma saati dışında hastalarının tüm bakımını veren bir "yardımcı (görevi devralan)" hemşirenin varlığından da söz edilmektedir (37).

Manthey (38,39) primer hemşirelik kapsamında beş özellikten söz etmektedir. Bunlar:

- Bir hemşirenin birkaç hasta için 24 saat karar verme sorumluluğunun olması,

- Hemşirelik personelinin işbölümünün hasta gereksinimleri ve hemşirelik becerilerinin eşleştirilmesi üzerine temellendirilmesi,
- Hemşirelik bakımını planlayan kişinin aynı zamanda bakımı veren kişi olması,
- Bakımı veren kişilerin birbirleriyle direkt iletişim halinde olması,
- Başhemşirenin iyi bir lider olabilmesi için; klinisyen, konsültan, değerlendirici, personeli geliştirici ve öğretici özelliklere sahip olması gereklidir.

Aynı zamanda Manthey primer hemşireliği dört ögeden oluşan bir sistem olarak tanımlamıştır (5,34,71):

- Hasta hakkında karar vermek için bir hemşirenin **sorumluluk** almayı kabul etmesi ve görevlendirilmesi,
- Vaka yöntemiyle **günlük** bakımın belirlenmesi,
- Direkt olarak kişilerarası **ilişkinin sağlanması**,
- Bir hemşirenin 24 saat ve haftanın 7 günü bir ünitedeki hastalara verilmiş **bakımın niteliğinden sorumlu olmasıdır**.

- **Sorumluluk:**

Primer hemşireliğin temelini, hasta bakımı hakkında karar vermekten sorumlu olacak bir bireyin açıkça belirtilmesi oluşturmaktadır. Bu bağlamda, hastasının bakımı ve bakımdaki sürekliliğinin nasıl olacağı konusunda karar vermekten sorumlu olup, bu bakımın bizzat verilmesinden de sorumlu olacaktır. Primer hemşirenin belirli sürede belirli sayıda hasta için sorumluluk alması, verilen bakımın başarısını değerlendirmesi ve kayıt etme sorumluluğunun olması gerekmektedir.

- **Vaka Yöntemiyle Günlük Bakımın Belirlenmesi:**

Bakımda yol gösterici olan vaka yöntemi vardiyalar üzerine temellendirilmiştir. Basit olarak bir hastanın gereksinimi olan tüm bakımın bir vardiyada aynı hemşire tarafından karşılanmasıdır. Olabildiği ölçüde bu kişi primer



hemşire olup, onun yokluğunda ise, aynı ekibe bağlı diğer hemşireler tarafından bu bakım sürdürülmektedir. Burada hasta bakımıyla görevli olan her kişi hastaların bakım planlarını takip edebilmeli ve çoğu zaman hatırlatılmaksızın bakım vermelidirler.

- **İletişim:**

Bu sistem hemşireden-hemşireye, hemşireden-hastaya, hemşireden-diğer sağlık ekip üyelerine (Doktor, diyetisyen, terapist v.b.) daha direkt olarak iletişim yolu sağlar. Hasta hakkında önemli bilgi sağlayan iletişim, bu sistemde bir başka bireye aktarılmaz. Doğrudan doğruya bir hemşireden diğer bir hemşireye sözlü olarak veya vardiyasında tutmuş olduğu kayıtlar yoluyla aktarılır. Aynı zamanda hemşire her hasta için, kişisel bakım planı geliştirmede sağlık ekip üleriyle iletişim kurar. Primer hemşire, bu planın 24 saat sürekliliğini sağlamada başarılı olmak için öncelikle bu planda rol alacak diğer hemşirelerle de iyi bir iletişim kurmalıdır. Planında hastasına ilişkin geliştirdiği kavramların en iyi şekilde belirginleşmesi ve gerekli bilginin sağlanması için hasta ailesi ile de iyi bir iletişim içinde olmalıdır. Ayrıca sağlık ekip üyeleri ve hastane çevresi ile hasta ailesi arasında köprü görevi görerek hastaya uygulanan tedavi ve hastanın durumu hakkında, ailenin bilgilendirilmesi açısından yardımcı olmalıdır.

- **Bakımın Niteliğinden Sorumlu Olma:**

Bu sistemle bir hastaya nasıl bakım verileceğine karar verme, bakım sağlamaktan sorumlu olacak kişinin görevlendirilmesi veya sağlanan bakımın güvenceye alınmasıyla gerçekleştirilebilir. Böylece primer hemşire hem bakımı planlayan hem de bakımı veren kişi olacaktır. Bu sayede bakım planındaki eksiklikler veya hastaya yönelik yapılması gereken değişiklikler hemen belli olur, düzeltme ve düzenlemeler geciktirilmeksizin yerine getirilebilir (5,34,71).

Primer hemşireliğe özgü literatürlerde primer hemşirenin başarısında etkili

olabilecek anahtar kavramlardan söz edilmektedir. Bunlar: Otonomi, savunma, sorumluluk, otorite, süreklilik, işbirliği, koordinasyon, iletişim, sorumluluğun dağıtılması ve hemşirelik sürecidir (34,42,63).

#### **Otonomi:**

Primer hemşirenin görevleri sağlık ekip üyeleriyle birbirine bağımlı gibidir ve diğer profesyonel meslek üyeleri ile birlikte, hasta ile olan ilişkiler açısından ikinci planda değil, tersine tam bir işbirliği içindedir. Multi-disipliner bir yaklaşım gerektiren ünitelerde çalışan hemşireler için, hastane standartlarını, politikalarını başarı ile uygulamak ve diğer profesyonel meslek üyeleri ile işbirliği yaparak, hemşirelik fonksiyonlarını düzenlemek oldukça güçtür. Bununla birlikte bazı bakım kriterlerine karar vermek için belirlenmiş bir hemşire gerekebilir. Hemşirelik bakım gereksinimlerinin saptanmasında tek başına karar veren kişi olan primer hemşirenin, bu otonomiye mutlaka elde etmesi gereklidir (2,34,38,42,63,75).

#### **Savunma:**

Hemşire hastanın savunucusudur. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde bu çok daha önemli olmaktadır. Çünkü hasta değişik nedenlerle, kendisi için konuşabilecek, kendini ifade edebilecek durumda olmayabilir. Bilinç durumu veya oryantasyonu bozuk olabilir. Aynı zamanda hasta hastalığı, yarası ve bakım verilen çevre hakkında bilgi gereksinimindedir. Hemşire bunu bilmeli, sözlü veya sözsüz iletişimi çok iyi kurarak hastasını hem bilgilendirmeli, hem de korumalıdır. Hastanın bilinçli olmadığı durumlarda savunma rolü, hastanın mahremiyet ve saygınlığının güvenceye alınmasına yönelik olarak daha da geniş kapsamlı olmaktadır. Primer hemşirelikte savunma rolü, hastanın kabulünden taburcu olmasına dek sorumluluk, otorite ve otonomiye sahip primer hemşire tarafından daha direkt olarak gerçekleştirilmektedir (34,42,63).

### **Sorumluluk:**

Hemşirenin, bir hasta için verilecek bakımdan hastanın kabulünden taburcu olmasına kadar 24 saat boyunca sorumlu olması, hasta ve ailesi için profesyonel olarak hemşirelik bakımını sağlamadan, meslektaşları için bakım standartlarını uygulama ve nöbetleri dışında planın gerçekleşmesinde idareci olması, yasal olarak sorumluluk alması gerektiğini Hegyvary \*1982'de tanımlamıştır (34,38). Aynı zamanda primer hemşirelikte en önemli anahtar kavramlardan biri olan sorumluluk bir çok yazar tarafından değişik boyutlarda ifade edilmektedir. Goulding ve Hunt'a göre (37) primer hemşireler kendilerine verilen görevlerden sorumludurlar. Ersser ve Tutton'a göre ise (37) primer hemşirelikte bu görev, belli bir hastaya veya bir grup hastaya uzun süreli bakım planı yapma ve direkt hemşirelik bakımı verilmesidir. Ciske'de (15,16,38) sorumluluğun üç boyutu olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar:

- Belirli sürede belirli hasta için sorumluluk;
- Yapılan faaliyetlerin başarısını değerlendirme ve kayıt etme sorumluluğu;
- Değişikliklerin olacağını bilip, istekle kabullenme sorumluluğudur.

### **Otorite:**

Profesyonel bir kişinin sorumluluk üstlenmesi ve yükümlü tutulması için gerekli yasal ve haklı güce, kuvvete otorite (yetki) denir. Webster's New World Dictionary'e göre otorite: "Güçlü ve doğru olarak emir verme, itaate zorlama, faaliyet yaptırma ve son kararı vermedir". Primer hemşirenin iyi bir bakım planı hazırlanıp uygulanmasında söz sahibi olması gereklidir ve bir üstüne karşı sorumlu olduğu gibi, bu planın diğer hemşirelik personeli tarafından yürütülmesinde de otorite kişidir. Bu nedenle bakım planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasındaki kararlarda bağımsız olması ona ayrı bir sorumluluk yüklemektedir (13,34,38,48,52,63). Manley (37) servis sorumlu hemşirelerinin primer hemşirelere bakım faaliyetlerinde karar almaya yetkili kıldıklarında, diğer hemşirelik personeline görev devredebilmeye de yetkili kılmaları gerektiğini belirtmektedir.

### **Sürekliilik:**

Hemşirelik bakımının 24 saat ve haftanın 7 günü vardiyalar arasında aksamaksızın sürmesi önemlidir. Primer hemşire bakım planı doğrultusunda hasta ve ailesine sürekli ve kesintisiz bakım sağlamalıdır. Bu bakım planının yapılması sırasında bunun 24 saat süresince devam edecek biçimde saptanması ve geliştirilmesi çok önemlidir. Primer hemşire bakımdan birinci derecede ve tek başına sorumlu olup, anahtar kişi durumundadır. Bu nedenle sorumluluğu hastanın ve ailesinin gereksinimlerinin sürekli tanımlanmasına, en etkili planın saptanıp geliştirilmesine yönelik olup, bu planın, kendisinin olmadığı çalışma saatlerinde de tam olarak uygulanmasını sağlaması gerekmektedir (2,18,30,34,59).

YBÜ'de yatan hastalar için de bakımda süreklilik çok daha önemli olmaktadır. Farklı yoğun bakım özelliklerine sahip hastaların üniteye yatış süreleri de farklı olabilir ve durumlarında günlük ve saatlik değişiklikler olabilir. Cerrahi YBÜ'de bu değişiklikler daha kısa süreli olurken, dahiliye YBÜ'de genellikle daha uzun süreli olmaktadır. Bu nedenle hastada olan değişikliklerin başından sonuna izlenmesi, başlatılan tedavinin sürmesi ve yeni gelişmelerin ışığında yeniden değerlendirilmesi gereklidir. Hastanın başka bir üniteye sevk edilmesi halinde, primer hemşire bu bakımı üstlenecek hemşireyle kişisel olarak iletişim kurmalı ve bakımın sürekliliği açısından üstlendiği sorumluluğu sonuna kadar gerçekleştirebilmesi için hasta ve uygulanan bakım planı açısından tüm bilgileri aktarmalıdır (30,38,69,75). Primer hemşirelikte bakımda sürekliliğin önemini vurgulamak için Hegyvary (37) "Hemşirelik bakımı sürekli, yoğun ve aralıksız olarak vardiyadan-vardiyaya saatler etrafında döner" demektedir. Schiro ise, YBÜ'deki hemşirelerin hep 8 saatlik çalışma süreleri içinde primer hemşirelik yaptıklarını belirtir, fakat ünite içinde doğrudan doğruya ve sürekli sorumlu olarak en üst düzeyde hasta bakımı sağlamanın primer hemşireliğin amacı olduğunu ifade etmiştir (37).

### **İşbirliği:**

Hemşirelik bakımının kalitesi ve etik sorumluluk açısından tıp ve hemşirelik personeli arasında sık ve yoğun bir işbirliğinin olması gerekmektedir. Özellikle YBÜ'lerinde bu işbirliğinin hasta hayatı açısından önemi büyüktür.

Hasta ve ailesinin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi için diğer ekip üyeleri ile dayanışma içinde olma primer hemşirenin en önemli yönüdür. Hasta adına olan, diğer ekip üyeleriyle yapılan işbirliğinde hiçbir zaman sınır konulmamalıdır. İyi bir işbirliği yoluyla elde edilecek verilerin, hastaya uygulanacak tedavi ve bakımın daha doğru ve süratli verilmesi açısından önem taşıdığı unutulmamalıdır. Bu nedenle, her bir hasta için kişisel ve kapsamlı bakım planını geliştirmede primer hemşire, hekim, diğer hemşireler, fizyoterapistler, solunum terapistleri, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, diyetisyenler ile iyi bilgi alışverişi yapabileceği bir ortam sağlamalıdır (9,10,14,34,63).

### **Koordinasyon:**

Özellikle YBÜ'lerinde, karmaşık bir faaliyet olan hasta bakımında bir çok kişi bir arada görev yapmaktadır. Yoğun bakım hemşiresinin buradaki görevi bir orkestra şefi gibi koordinatör rolü oynamak ve değişik meslek üyeleri arasında uyumu sağlamaktır.

Primer hemşire, hastasının her anını izlediği gibi, bakımı baştan sona gözlem altında tutmalı, tıp ve hemşirelik bakımı amaçlarının birbirleriyle uyumlu olduğundan emin olmalıdır. Hastanın bakım planını içerdigi hemşirelik kararlarını diğer ekip üyelerine iletmeli, onların tedavi planlarındaki değişiklikleri de izlemelidir. Hastaya 24 saat süresince tüm ekip tarafından uygulanacak bakımın ve aktivitelerin planını çıkararak, hastanın gereksinimine göre öncelik sırasına konulmasında ve uygulanmasında koordinatör rolü oynamalıdır (7,13,34,75).

Primer hemşire, hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlamak için, kendisinin yokluğunda hastalarına bakım verecek kişilerin birbirleriyle direkt iletişim halinde

olmalarını sağlamalıdır. Hastayı tanımada, ona erilen tedaviye yanıtını anlamada iyi bir konumda olması nedeniyle, hastanın bütünüyle değerlendirilmesi ve raporların yazılmasında primer hemşire en önemli rolü oynamaktadır (24,38,63).

### **İletişim:**

Manthey, Marram ve arkadaşları primer hemşire ve yardımcı hemşire arasındaki direkt iletişimin primer hemşirelikte anahtar bir kavram olduğunu savunurlar (37,39,42). Bu direkt iletişim daha sonra, Manthey tarafından tüm ekip üyelerini de içine alarak genişletilmesi gerektiği şeklinde ifade edilmiştir (37,41).

**Terapötik/tedavi edici ilişki:** Manthey ve Manley terapötik bir ilişki geliştirmenin primer hemşirelikte temel olduğunu ve bu ilişkiyi anlamanın önemli olduğunu ifade etmektedirler (37,41). Hockey'e göre (37) terapötik hemşirelik, sağlık veya iyilik doğrultusunda bir hareketle sonuçlanan ya da iyileştirme etkisi olan hemşirelik aktivitelerinin uygulanmasıdır. Barber ise; hemşireliğin bir kaç kavramsal model, özellikle Peplau, Travelbee ve Orlando gibi etkileşim teorileri üzerine temellenmiş olan aktiviteleri, hasta ve hemşire arasında terapötik bir ilişkinin oluşmasını sağladığı için önerir ve bu yolla oluşan terapötik ilişkinin sonuçlarının sağlıklı olacağını belirtmektedir (37).

Organize/örgütlü bir bakım yöntemi olarak primer hemşirelik; primer ve yardımcı hemşireler arasında, yardımcı hemşireler ve hasta arasında bir ilişki oluşturmasının yanısıra, primer hemşire ve hasta arasında yakın bir ilişki oluşturulmasında önemli bir olanak sağlar (9,10,24,29,54,60,67).

Manley, Mead ve Adair terapötik ilişkinin primer hemşireliğin merkezi odaklarından birini oluşturduğunu ve bunun göstermelik olmaktan çok doğal ve temel olduğunu vurgulamaktadırlar (37,46).

Muetzel de hemşireliğin terapötik sürecinin doğrudan doğruya terapötik ilişki ile başarılacağını, terapötik ilişkiyi iki kişi arasındaki ortak iyileştirici ve destekleyici yaklaşımın amaçlı, telkin edici olarak oluşturulduğunu ve bunun

insancıl olduğunu belirtmektedir. Bu ilişkide üç bileşken olduğunu öne sürerek kısaca tanımlamıştır.

- **Ortaklık:** Her iki ortak için faydalı olan ve ortak bir girişim için her iki kişinin birlikte çalışmalarını tanımlar. Bu ortaklar hasta ve hemşire olduklarında aralarındaki ilişkide eşitlik ve güç dengesinin sağlandığını belirtmektedir.

- **Gizlilik:** Kişilerarası ilişkilerde anlamlı ve değerli bir iletişimin olması dolayısıyla; fiziksel, fizyolojik ve tinsel bir yakınlaşmanın sağlanmasıdır.

- **Karşılıklı Durum:** Bu kavram hemşirenin yalnızca bilgi verme ve işbirlikçi olmayıp aynı zamanda bir alıcı olarak, destek ve bakım vermesi gerektiğini açıklar (37).

Barber, terapötik bir ilişkide algılama rolünü açıklamak için "sembolik etkileşim bilimi teorisi"ne önem verir ve bu teori, doğrudan doğruya hastanın gözleriyle dünyaya bakarak onun duygularını ve yaşama verdiği önemi anlamayı içermektedir (37). Aynı zamanda terapötik ilişkinin niteliğinde etkili olabilecek faktörler arasında hemşirenin deneyimleri ve hastanın kendi özelliklerini kullanma biçimi de yer almaktadır (24,37,60).

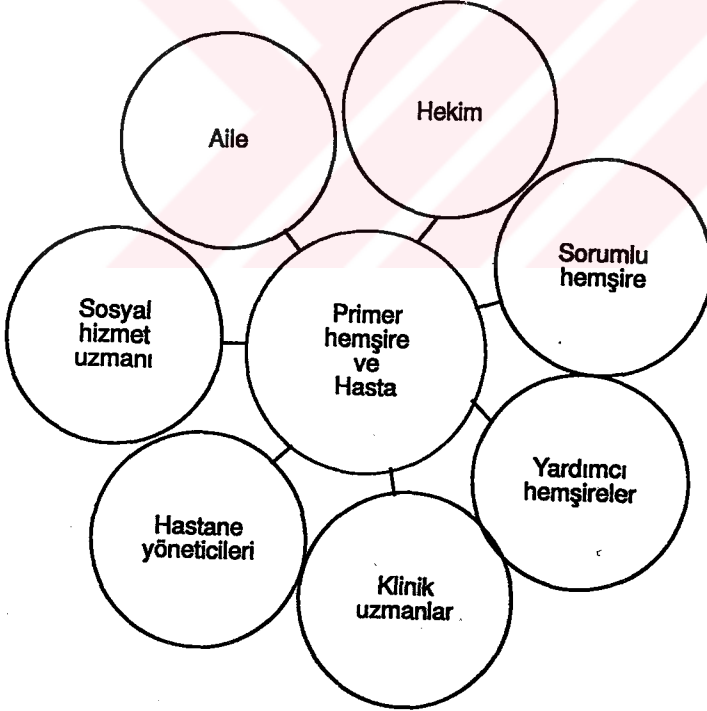
Drew hastaların hemşirelerle olan etkileşimleri sonucu algılamış oldukları davranış tiplerini ve hastaların buna karşı yanıtını iki farklı iletişim özelliği olarak tanımlamıştır. Bunlar:

**İletişimi azaltıcı durumlar:** Drew'in çalışmasında, hastaların görüşlerinden hemşirelerde şu tip özellikler belirlenmiştir; duygusal heyecanının olmaması, sert görünümlü, mekanik, bıkkın, sabırsız, kızgın, saygısız, kibirli veya dalgın ifadelerin yanısıra; donuk bir yüz ifadesi, gözleri kaçırma ve dikkatsizliktir. Bu davranışlar hastalar tarafından hemşirelerin kendilerine karşı negatif/olumsuz bir tutum içinde oldukları anlamında yorumlanmıştır. Bu tutumlar karşısında hastalar; korku, utanma duygusu ve öfke deneyimlediklerini, umutsuzluğa kapıldıklarını ve enerjilerinin azaldığını tanımlayarak, bu enerjiyi iyileşme sürecinde kullanırlarsa daha kısa

sürede iyileşebileceklerini belirtmişlerdir.

**İletişimi arttırıcı ve geliştirici durumlar:** Hemşireler, hastalar tarafından; ne yaptıkları, çalışmaya karşı ilgileri ve kişilik özelliklerine bakılarak algılanmışlardır. Burada; göz göze gelme, sakinlik, anlamlı ve alçak sesle konuşmanın çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu davranışlar karşısında hastalar; ümit, rahatlık, güven ve huzurlu olma duygusunu deneyimlediklerini, bu sayede hemşirelerden kendilerine bir tür enerjinin geçtiğini ve bunun da iyileşme sürecinde çok etkili olduğunu ifade etmişlerdir (37).

Drew'in bu çalışması aynı zamanda Clark'ın görüşlerini de desteklemektedir. Clark, hemşirenin terapötik ilişkiyi doğrudan doğruya hasta ile birlikte oluşturabileceğini, üstelik hemşirenin hasta algılamalarının ötesinde bir tedavi bilgi ve becerisine sahip olduğunu vurgular (37).



**Şekil.1: Primer Hemşire-Hasta ve Diğer Ekip Üyeleri Arasındaki İlişki**  
(Marram, G.D., Barrett, M.W., Bevis, E.O.: Primary Nursing, A model for Individualised Care. C.V. Mosby Company, St Louis, 1979, p:55)



### **Sorumluluğun Dağıtılması:**

Hasta bakımına ilişkin kararların alınmasında, sorumlulukların paylaşılması, primer hemşirelik anlayışının temellerinden biridir. Yapılacak faaliyetlerin belirlenmesinden sonra, bu görevi en iyi yapacak en iyi performansa sahip kişinin seçilerek, hasta ve uygulanacak bakım planı konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Seçilmiş olan bu primer hemşirenin hasta bakımında büyük sorumluluğu ve yetkisi vardır. Bundan dolayı primer hemşirelik sistemi diğer hemşirelik hizmeti verme sistemlerine göre, daha merkezkaç (sorumluluğun yatak başında olması) bir organizasyon/örgütlenme yapısıdır (14,16,42,76).

Bilindiği gibi, bir hemşirenin günde 24 saat süre ile haftada 7 gün hastasına bakım vermesi olanaksızdır. Onun çalışma saatlerinin dışında, görevi üstlenen nöbetçi hemşire, bakım planının tamamlanmasından ve değerlendirilmesinden, hastanın durumunun ve tedaviye olan yanıtının rapor edilmesinden primer hemşireye karşı sorumludur ve primer hemşirenin verdiği direktifleri yerine getirmek zorundadır. Hastanın asıl hemşiresi primer hemşirelik görevini yüklenen kişidir. Primer hemşireliğin otonomi ve profesyonellik özelliğine ilave olarak sorumluluğun paylaşılması da, hekim-hemşire-hasta/ailesi üçgeni arasında açık ve direk bir ilişki sağlayacaktır (63,74).

### **Hemşirelik Süreci:**

Primer hemşire, hasta ve ailesinin bakım gereksinimlerinin tanımlanmasından, tüm diğer profesyonel sağlık bakım elemanları ile koordine edilmesinden ve değerlendirilmesinden sorumludur. Hemşirelik süreci; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının sürdürülmesi, hastalıktan korunması, hastalığın bakım ve rehabilitasyonunun sağlanması amacıyla sağlık gereksinimleri ve bakımına ilişkin hemşirelik hizmetlerinin tanımlanması, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Tanımlama, aile ve bireye ilişkin gereksinimlerin saptanması için eldeki verilerin toplanması ve değerlendirilmesidir. Primer hemşire bu bilgileri hasta ve ailesinden, fizik muayenelerinden, klinik gözlemlerden, hekim ve diğer ekip üyelerinden sağlar.

Hemşirelik tanısı, hasta ve ailesine özgü sorunları belirlemeye yardım eder. Primer hemşire, hastanın hastanede kaldığı, ilk 24 saatteki gereksinimlerini belirleyerek, bunların planlanması, yürütülmesi ve sonunda değerlendirilmesinden sorumlu olan kişidir. Planlanan bakımın amacına ulaşmış olup olmadığını saptamak için, yeterliliğinin ve etkinliğinin sürekli değerlendirilmesi gerekmektedir (18,27).

Hastanın durumundaki günlük değişikliğe göre saptanan amaçlar yeniden düzenlenmelidir. Ayrıca hasta bakım planının değerlendirilmesinde grup katılımını sağlamak için ekip üyeleriyle periyodik/düzenli toplantılar yapılmalıdır. Planın sürekli değerlendirilmesi sonucunda hasta en etkin, uygun ve durumundaki değişimlere yönelik günlük bakımı almış olacaktır (23,48,63,70).

Elpern, Marram ve arkadaşları primer hemşirelikte bakım veren kişinin aynı zamanda bakımı planlayabilmesi konusunda; "Primer hemşire kendi hastası için bakımı planlayan ve nöbetinde bakımı uygulayan kişidir" demektedirler (37,42). Anderson ve Choi (37) ise; bu konu ile ilgili iki soru yöneltirler. İlk soru, "Primer hemşire sorumluluğunu sürdürebilmek için haftada kaç vardiya çalışmalıdır?"

Bu soruya yönelik olarak; Ruzanski cerrahi YBÜ'de çalışan bir primer hemşirenin, verdiği en üst düzeydeki bakımın miktarını belirlemiştir (37). Bu da bir hemşirenin normal çalışma saatlerini geçmemektedir (37,42).

İkinci soru ise; "Primer hemşirenin her zaman hazır olması gerekli midir?" Fairbanks'a göre (20,37) "24 saat sorumluluk primer hemşirenin her zaman hazır olması anlamına gelmez. Primer hemşirenin yokluğunda, hastanın durumundaki değişiklikler bakım planında değişiklikleri gerektiriyorsa yardımcı hemşire uygun

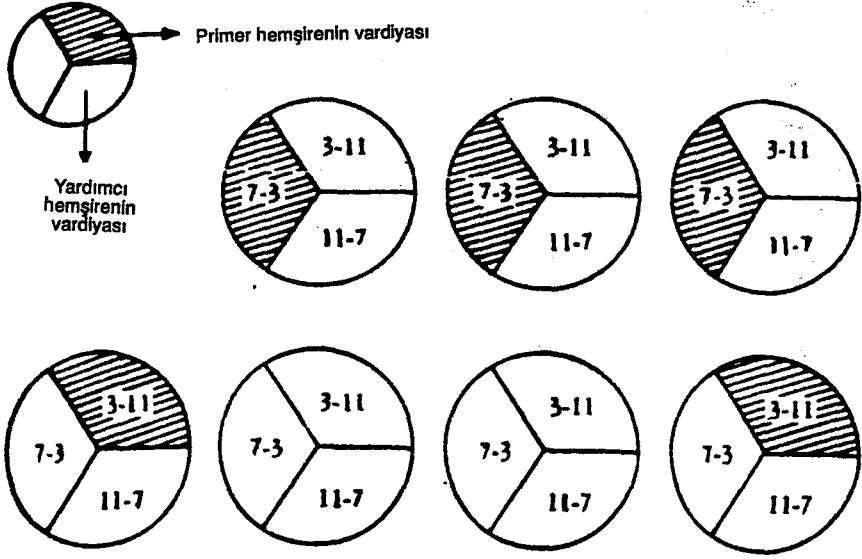
olanı yapar, gerekli ise daha deneyimli meslektaşlarının önerilerini alır".

Ciske, primer hemşirelikte "emre hazır olma"yı tam bir yanlış anlama olarak düşünmektedir (16,37). Manthey'e göre ise; hastanın durumunu tanılamaması ve verdiği kararın etkili olabilmesi için, primer hemşirenin, hastaya yeterli direkt bakım vermesi gereklidir (37,41).

Ersser ve Tutton primer hemşirelerin direkt bakım verirken, bazı faktörlerden etkilendiklerini öne sürer. Bunlar:

- Koşuş/ünitelerde hastaların karma (hastalıklarının farklı) olması,
- Hastanın gereksinimlerinin özelliğı,
- Ekip içindeki bireyler tarafından belirlenmiş roller,
- Hastanın yattığı bölüm,
- Hemşirenin haftalık çalışma saatlerinin sayısı,
- Hastanın akut bir hastalığının olması veya durumunda ani değışikliklerin olmasıdır (37).

Manley de YBÜ'de yatan hastaların durumlarında kısa sürede çok fazla değışiklik olduğıunda, bu durumun primer hemşirenin direkt bakım vermesinde büyük bir etken olarak belirterek Ersser ve Tutton'un görüşlerini desteklemektedir (37).



**Şekil.2: Primer Hemşirenin Haftalık Çalışma Sistemine Yönelik Örnek Şema**  
 (Marram, G.D., Barrett, M.W., Bevis, E.O.: Primary Nursing, A model for  
 Individualised Care. C.V. Mosby Company, St Louis, 1979, p:41)

## 2.2. HEMŞİRELİK HİZMETİ SUNMA SİSTEMLERİ

Marram ve arkadaşları, Shukla ve Hegyvary hemşirelik bakımı verme organizasyonu için tarihsel gelişim sürecinde; vaka yöntemi, fonksiyonel yöntem, ekip hemşireliği yöntemi, primer hemşirelik yöntemi olmak üzere 4 temel yaklaşım sunarlar. Burada her bir yaklaşımın özellikleri ve primer hemşirelikten farklı yönleri tanımlanmıştır (6,37,38,42,48,66).

### 2.2.1. Vaka Yöntemi

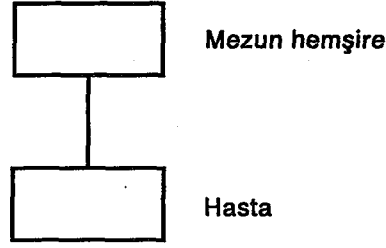
Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk hemşirelik hizmeti verme sistemidir. Hemşire tek hasta ile çalışır. Hastanın tüm gereksinimlerini karşılar. Aslında hemşire hasta ile birlikte hastanın evinde, odasında, 24 saat bakım vererek yaşar. Bu yöntem yıllar sonra "özel hemşirelik" veya "uzman hemşirelik" olarak anılmaya ve uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde, özel hemşirelik ve uzman hemşirelik birbirinden farklı kavramlar olarak kullanılmaktadır. Vaka yöntemi bugün acil odalarında, hemşire öğrencileri ve YBÜ'lerinde hemşireler tarafından vardiyaları sırasında kullanılmaktadır (6,38,42,66).

Bu yöntemin organizasyonu/örgütlenmesi çok basittir. "Teke tek" durumu, hemşireye hastasını dolaysız kontrol ve onun bakımını koordine etme fırsatı verir (6,42).

Bu yöntemin avantajları/üstünlükleri; hastaların hemşireleri ile sıkı bir ilişki içinde olmalarını ve gereksinimlerinin hızla karşılanabilme olanağını sağlar. Mezun hemşirenin yalnızca bir hastaya bakım vermesinin pahalı olması ise, büyük bir dezavantaj/zorluktur (6,66).

Vaka yöntemiyle tek bir hasta ile çalışan hemşirenin, başlangıçta kişisel ve sosyal yaşamının olmaması, 24 saatin büyük bir kısmını hastanın yanında geçirmesine yol açmıştır. Bu durum daha sonraları bazı dezavantajları ortaya çıkarmıştır (6). Bu yöntem 1970'lerden sonra, hemşirelerin 8 saatlik çalışma süreleri gözönünde bulundurularak "Hasta paylaşım yöntemi" olarak tanımlanmıştır (38).

Marram (38) vaka yöntemini; küçük hasta grupları için ayrılan hemşirelerin tüm hemşirelik bakımını vermeleri olarak tanımlamaktadır. Grant ise (37); "Her bir hemşirenin, bir veya bir grup hastaya belirli bir günde tüm hemşirelik bakımını vermesi için ayrılmış olmasıdır" şeklinde açıklamaktadır. Bu yöntem hasta bakımının bir bütün olarak verilmesine olanak sağlamasına rağmen, aynı hemşire hergün aynı hasta grubuna bakım veremeyeceği için, bu durum sürekliliğin bozulmasına yol açacaktır. Aynı zamanda hemşireler vardiyaları dışında hastaların bakım planları ve tüm hemşirelik değerlendirmeleri için bir sorumluluğa sahip olamazlar. Günümüzde YBÜ'lerinde yaygın olarak kullanılan vaka yönteminin primer hemşirelikten farkı, yalnız vardiya sırasında hastadan sorumlu olunmasıdır. Oysa primer hemşire hastayı devrettikten sonra da kontrol eder (37,38).



Şekil.3: Vaka Yöntemiyle Hemşirelik Bakımı Verilmesi Sistemi  
(Bernhard, L.A., Walsh, N.: Leadership, The C.V. Mosby Company,  
Toronto, Second Edition, 1990, p:43)

### 2.2.2. Fonksiyonel /İşlevselYöntem

Endüstrideki gelişmeler hemşireliği de etkilemiş, hemşirelerin büyük çoğunluğu özel hemşire olarak çalışırken, "İşgörenler" haline gelmiştir. 1970'li yıllarda çoğu hastanenin hemşirelik okulunun da bulunması buradaki öğrencilerin işgören olarak kullanılmasına yol açmıştır. Ancak, hemşirelik eğitimi geliştikçe, hemşire öğrenciler için öğrenim deneyimlerinin bulunduğu alanlar seçilmeye başlanmış ve artık öğrencilerin hastanede işleri yürüten işçi gibi fonksiyon görmeleri istenmemiştir (6,42).

Teknolojik ve tıbbi ilerlemeler, hasta bakımını daha karmaşık hale getirmiş ve hastaneler yüksek öğrenimli hemşirelere gereksinim duymaya başlamışlardır. Tıp alanındaki bilimselleşmeyle birlikte, hastaların ev yerine hastanede tedavi olma istekleri artmış, bu durum da hospitalizasyonu/hastaneye yatmayı gerektiren hasta sayısını arttırmıştır.

İlk özel hemşirelerin çoğu, evde bakılacak hasta bulamayınca, hastanelere başvurmuşlar bu nedenle hastanelerde çalışan hemşire sayısında bir artış olmuştur. Ancak hastanenin profesyonel ve kişisel yaşamlarını çok fazla kontrol altına almasından dolayı, hemşirelerin çoğu hastane hemşireliğini sevmemişlerdir (6).

Hastaneler klasik teoriye/kurama göre örgütlenmiş, her çalışan belirli bir görevi yapmıştır. Mezun hemşireler hasta bakımının her yönünü yürütecek biçimde

yetiştirilmiş olsalar da, onlara yardım edecek, çok az beceri veya eğitim gerektiren görevleri yapacak personelin çalıştırılması ekonomik bulunmuştur. Bu asistanlar veya hemşirelik yardımcıları, bir çok görevleri yapmışlar ve bunların hastaneye maliyeti mezun hemşirelerden daha az olmuştur. II. Dünya savaşı sırasında, yüksek eğitilmiş veya nitelikli hemşire bulmak oldukça zor olmuştur. Bir çok hemşire hastaneleri bırakıp, askerlerin bakımına gitmiş, sonunda hastaneler çok az sayıda hemşireye ve onlara yardım eden gönüllülere kalmıştır. Bu durumdan sonra hemşirelerin çok farklı görevleri ve fonksiyonları yapabilecekleri ortaya çıkmış. Nitelikli hemşirelerin sayısının çok sınırlı olması nedeniyle de fonksiyonel yöntem daha fazla gelişmiştir (6,37).

Fonksiyonel yöntemde, hemşirelik aktiviteleri görevler halinde bölünmüştür. Bu nedenle bu yöntem bazı literatürlerde "iş merkezli hemşirelik" olarak tanımlanmaktadır. Burada aktiviteler genellikle hiyerarşik olarak sıralanmıştır. Nitelikli veya deneyimli hemşireler, daha fazla teknik beceri gerektiren mesleki görevlere atanmışlar, daha az teknik beceri gerektiren görevlere ise (sıklıkla basit), nitelikli olmayan hemşirelere verilmiştir (6,37,38,42,49). Örneğin; hizmetliler/hasta bakıcılar tüm yatakları yapmış, yardımcı hemşirelere kan basıncını ölçme gibi bazı uygulamaların yanısıra belirli tedaviler verilmiş, hemşireler de tüm tedavileri üstlenmişlerdir. Bir başhemşire tüm işlevlerden sorumlu olmuş ve herkes ona rapor vermiştir (6,66).

Fonksiyonel yöntem, klasik organizasyona benzemekle beraber, tüm sorumluluk ve otorite merkezidir. Sorumluluklar fonksiyonel sürece göre ayarlanmaktadır (6).

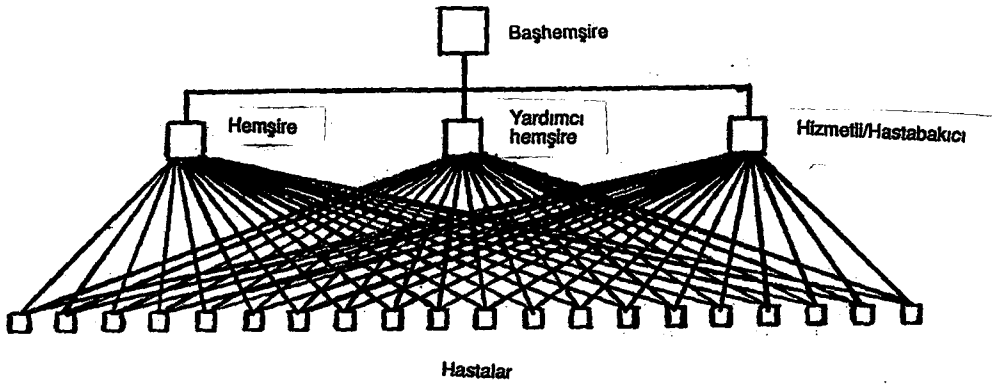
Fonksiyonel yöntemin avantajları/üstünlükleri; her klasik organizasyonda geçerli olduğu gibi, "onun etkin" olmasıdır. Bu yöntemin merkezi olmasından dolayı, kontrol etme ve karar verme kolaylığı vardır. Pek çok görevin, kısa sürede tamamlanmasına olanak verir. Diğer olası avantajı, hemşirelik kadrosunun yapabilecekleri, yapmaları için eğitildikleri işleri yerine getirmeleridir. Ancak uygulamada bu şekilde olmamakta, elde bulunan kadroya göre iş bölümü

değişebilmektedir. Dezavantajları/zorlukları ise; hemşirelik bakımının bölünmüş, parçalara ayrılmış olmasıdır. Hemşire ve hasta için süreklilik yoktur. Hastalar hemşirelerinin kim olduğunu bilmez; gerçekten de onlara özgü, tek bir hemşire yoktur; 3 veya 4 hemşireleri vardır; "birinin kendisine bakacağı" söylenmiştir. Bu nedenle hemşire hasta ilişkileri yüzeyseldir. İş doyumu sıklıkla, hasta hedeflerinin başarılmasından çok, görevlerin yerine getirilmesiyle ilişkilidir (6,37,66).

Tüm hemşirelerin başhemşire ile iletişim kurması gerektiğinden, bir başka dezavantajı; başhemşirenin hastalarla görüşmeye çok az zamanının olmasıdır. Hemşireler yapmaya hazırlandıkları bazı görevleri yapıyorlarsa da (ilaç ve tedavi uygulama gibi), hastaların hijyenik bakımı ve iletişim gibi gereksinimlerine yönelik doğru zaman vakit bulamamaları ayrıca bir dezavantaj oluşturmaktadır (6).

Marram ve arkadaşları, Hegyvary; fonksiyonel hemşireliğin hastanedeki diğer organizasyonlarda/örgütlerde olduğu gibi, iş performansının etkinliğinde odaklandığını, hemşirelerin görevlerini yerine getirirken hastayı farklı yönleriyle ele aldıklarını, ancak sorumluluğu kimsenin tek başına yüklenmediğini belirtmektedirler (37,38).

Fonksiyonel yöntem günümüzde, birçok devlet hastanesinin ve küçük hastanelerin çoğunun organizasyon/örgüt yapısında kullanılmaktadır.



Şekil.4.: Fonksiyonel Yöntemle Hemşirelik Bakımı Verilmesi Sistemi  
(Bernhard, L.A., Walsh, N.: Leadership, The C.V. Mosby Company,  
Toronto, Second Edition, 1990, p: ).



### 2.2.3. Ekip Hemşireliği Yöntemi

Günümüzde hastanelerde hemşirelik bakımı vermeye en yaygın şekilde kullanılan yöntemdir. Lambertson tarafından, fonksiyonel hemşirelik yönteminden kaynaklanan parçalanmayı giderecek bir yöntem olarak 1953'te yapılandırılmıştır. Bir grup halinde demokratik bir biçimde birlikte çalışma, ekip hemşireliği yönteminin temelidir (6,12,20,37,38,66).

Bir grup hastanın bakımına, bir mezun hemşirenin liderliğinde bir ekip ayrılır. Ekip lideri ve ekip üyeleri (örneğin; hemşire, yardımcı hemşire, hasta bakıcı) birlikte çalışırlar. Hem hastaların hem de ekip üyelerinin gereksinimleri, yetenekleri, tam olarak bilinir ve ekip lideri her bir hastanın bakımını ekip üyelerinden birine verir (6,42). Donnely ekip hemşireliğinin etkin olabilmesi için hastanın ciddiyeti ile hasta paylaşımı arasında direkt ilişki olduğunu ifade etmiştir (6).

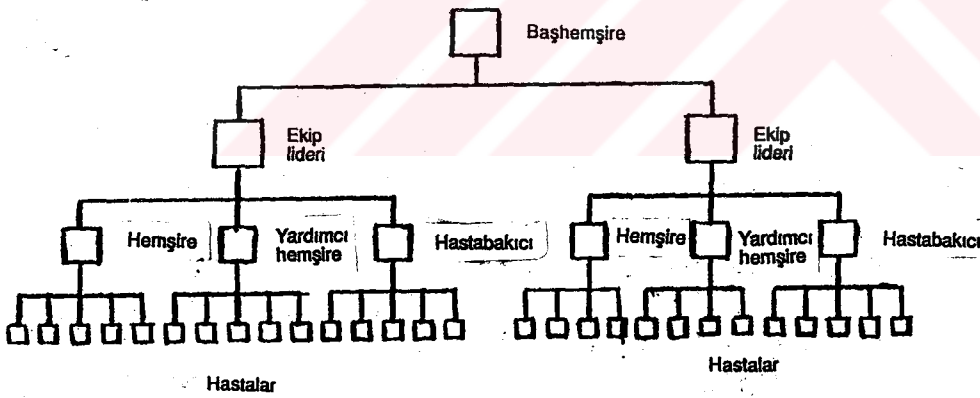
İdeal olarak, her ekip üyesi kendi potansiyelini işine yöneltmesi konusunda motive edilmelidir. Çünkü belli hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada en yetkili olan üye, o hastalara bakmak için görevlendirilir. Örneğin; 8 yıllık deneyimi olan bir hastabakıcı, 80 yaşında dolaşan, hastaneye gelmeden önce konakladığı bakım evine dönecek olan erkek hasta ile ilgilenebilir (6,42).

Ekip lideri, üyeler tarafından verilen tüm bakıma eşlik etmek ve faaliyetleri koordine etmekten sorumludur. Gerektiğinde kendisinin veya diğerlerinin saptadığı sorunların çözümlenmesine yardım eder. Onların yetersiz kaldığı durumlarda işe katılır. Ekip lideri başhemşireye rapor veren tek ekip üyesidir. Ekip konferansı/toplantısı, ekip hemşireliği yönteminin önemli bir parçasıdır. Konferansın amacı, belli bir hastanın bakımını planlamada her üyenin bilgi ve becerisini kullanmaktır. Her üye önemli bir katkıda bulunabilir (6,12).

Ekip hemşireliğinin en büyük avantajı/üstünlüğü; ekip üyelerinin her birinin yeteneğinin bütünüyle kullanılmasıdır. Fonksiyonel hemşirelik yönteminden daha

azla hasta-hemşire ilişkisine olanak sağladığı için, iş doyumu daha yüksek olabilir. Hemşireler kendilerini iyi hissettiklerinde hastalarına daha iyi bakabilirler. Ayrıca, başhemşirenin yalnız ekip lideri ile görüşmesi, onun hastalarla görüşmesine de zaman ayırmasına olanak sağlar. Hastalar kendileriyle ilgilenen bir hemşire olduğunu bilirler (6,37,42,66).

Ekip hemşireliğinin dezavantajları/zorlukları; Ekibin yapısal olarak geleneksel bir hiyerarşiyle desteklenmesi, ekip çalışmasına inanmayan, yetki dağıtmayan, bir hemşire ekip lideri olması durumunda tüm sistemin bozulması, ekip liderliğinin tüm nezun hemşireler arasında dönüşümlü olarak yapılması lider olan bir hemşirenin, başka gün üye olarak çalışmasıdır. Bu durum karışıklığa ve şaşkınlığa yol açabileceği gibi, sorumlulukları ayırmak da güçleşebilir. Ayrıca hemşirelerin izinli günleri olduğundan, ekip içinde bakım veren üyeler günden güne değişeceğinden dolayı bakımın sürekliliği engellenir (6,12,37,38,42,66).



Şekil.5: Ekip Hemşireliği Yöntemiyle Hemşirelik Bakımı Verilmesi Sistemi  
(Bernhard, L.A., Walsh, N.: Leadership, The C.V. Mosby Company,  
Toronto, Second Edition, 1990, p: )

## **2.3. PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİNİN YARARLARI**

Primer hemşirelik uygulamalarının; hastalara, aile bireyelerine, hemşirelere ve diğer sağlık ekip üyelerine yarar sağladığı vurgulanmış olup, konu ile ilgili yapılan araştırmalarla da bu durum desteklenmiş ve bunların primer hemşirelik için merkezi odak olabileceği ifade edilmiştir (2,7,10,17,24,26,33,45).

### **2.3.1. Primer Hemşirelik Uygulamalarının Hastalar İçin Yararları**

Thompson, primer hemşirelik yönteminin hastalara kişilik kazandırdığı ve daha iyi bakım almayı sağladığı için yararlı olduğunu belirtmektedir (9,37). Manley ise, primer hemşireliğin bireysel yaklaşım sağladığını, bu nedenle, hem hastalar hem de aileleriyle doğrudan doğruya terapötik ilişkiyi geliştirdiği, Schiro da bu ilişkinin hastanın hastaneye kabulüyle başladığını açıklamaktadırlar (37).

Primer hemşireliğin hasta için olan bir başka yararı; Worobel tarafından belirtilmiştir. Buna göre, aynı hastanın her gün gözlenmesiyle, hemşirenin oluşabilecek gizli bir değişikliğin hemen farkında olabileceğini ve böylece daha erken girişimde bulunmanın mümkün olacağını ileri sürer (37,38). Hastayla ilgili bu tür bilgilere sahip olma, daha sık ve uzun süre yakın gözlem yapma yoluyla sağlanabilir. Aynı zamanda hasta için yararlı olan direkt hasta bakımı Benner tarafından tanımlanmıştır (37). Onun çalışmalarında, uzman pratisyenlerin özellikleri ve yoğun bakım hemşirelerinin çalışmaları yer almaktadır. Daha sonra Clark hasta-hemşire ilişkisinin yararlarını, bu ilişkinin hastanın hastalık ve ölümle etkili "başa çıkma mekanizması"ni doğrudan doğruya desteklediğini belirtmiştir (8,37).

Özellikle YBÜ'lerinde, hastanın durumundaki ani değişiklikler hastaya bakım veren hemşire sayısının fazla olmasından dolayı, kolaylıkla gözden kaçırılabilir. Fakat primer hemşirelik yönteminde bu sorumluluk primer hemşireye ait olduğundan değişiklikler kısa sürede farkedilebilir.

### **2.3.2. Primer Hemşirelik Uygulamalarının Aile Bireylerine Yararları**

Aile bireyleri hemşirelerle iyi iletişim kurabildikleri ve bakıma aktif olarak daha uygun şekilde katılabildiklerinden dolayı, primer hemşirelikten yarar sağlarlar. Schiro; primer ve yardımcı hemşirelerin aile bireylerin davranışlarını daha kapsamlı olarak ele aldığını belirtmektedir (37). Worobel ise; primer hemşirelik yöntemiyle ailelere daha fazla destek sağlandığını açıklamaktadır (37,38).

Clark; "Primer bir bakım verici ayrıldığı zaman aileler, bu kişileri güvenli bir bilgi kaynağı ve rahatlatıcı olarak görürler" demektedir (37). Bu ilişkide Clark hem hastaya hem de aile bireylerine hastalıkla etkili olarak başa çıkmada yardım edilmesini önerir (8,37).

### **2.3.3. Primer Hemşirelik Uygulamalarının Hemşirelere Yararları**

Schiro ve Bowman; "Hemşireler için doğrudan doğruya karar vermeyi geliştirerek daha fazla bir iş doyumunu sağlar; aynı zamanda hemşireler otokontrolleri için eğitildiklerinden bu yöntemle işleri daha ilginç, uyarıcı ve ödüllendirici olur" şeklinde primer hemşirelik yönteminin yararlı olduğunu açıklamaktadırlar (8,37). Manley ise; yöntemin, kişisel bilgi geliştirme, daha fazla karar verme, sorumluluk ve rekabet/yarış olanaklarını arttırdığını belirtir (37,38).

Aynı zamanda primer hemşirelik yöntemi, mesleğe yeni başlayan hemşireler ve öğrenciler için yararlıdır. Primer hemşire, yeni başlayan hemşireler için iyi bir model olabilir. Burada öğrenciler primer hemşireye bağlı olup, hastaların bakımından sorumlu primer ya da yardımcı hemşirenin denetimi altında hastaların bakımına katılırlar. Bu sistem, hemşirelik bakımında bütüncül yaklaşımı gözlemleri için öğrencilere olanak sağlamasına izin verir. Mesleğe yeni başlayanlar için, gözlemler ve eğitim deneyimlerini içeren ünite içi bir eğitim kitapçığı oluşturulabilir. Bu aynı zamanda, uygulamaya bağlı kuramsal bilginin oluşmasını sağlar. Bugüne dek yapılan değerlendirmeler, yeni çalışmaya başlayan hemşirelerin primer hemşirelik yöntemini kullanan ünitelerde çalışmaktan zevk aldıklarını göstermiştir (37).

### **2.3.4. Primer Hemşirelik Uygulamalarının Ekibin Diğer Üyelerine Yararları**

Tüm ekip üyeleri, primer hemşirenin hasta çevresinde oluşturduğu iletişimden dolayı hasta hakkında bilgi almanın ve hastayı değerlendirmenin kolaylaştığını ifade etmişlerdir (7,37). Schiro; primer hemşireliğin işbirliğini gerektiren uygulamalarda daha iyi bir potansiyel sağladığını belirtmektedir (37). Johns; primer hemşirelik uygulayan hemşireler arasındaki iletişim üzerine dikkat çekerek meslektaşlar arası ilişkinin gelişmiş olduğunu vurgular (29,37). Aynı zamanda; McMahan'un yapmış olduğu çalışmada da, bu ilişkilerin primer hemşirelik yönünde artmış olduğu belirlenmiştir (45). Worobel de; primer hemşirelik uygulamalarının bir sonucu olarak, sağlık ekibinin tüm üyeleriyle iyi ilişkilerin belirlendiğini tanımlamıştır (37,38).

Ayrıca hem hastalar hem de çalışanlar için bir yararı da; Peebacus ve Watson tarafından tanımlanmıştır. Bu araştırmacılar yoğun bakım ünitelerinde hasta-hemşire oranının 1:1 olduğu durumlarda kross enfeksiyon riskinin azalmış olduğunu belirtmektedirler (37).

## **2.4. PRİMER HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA ROLLER VE SORUMLULUKLAR**

### **2.4.1. Sorumlu Hemşire**

Bir çok araştırmacı hasta bakımdan sorumlu tüm primer hemşireleri kontrol eden ve ünitedeki hemşirelik faaliyetlerinin yönetsel sorumluluklarını üstlenen sorumlu hemşireyi değişik yönleriyle tanımlamış; primer hemşirelik yönteminin yerleştirilmesi ve sürdürülmesinde çok önemli olduğunu belirtmişlerdir (20,37,38).

#### **Klinik Sorumlulukları:**

- Ünite içi uygulamalarda kavramsal çerçevenin açıklanması,
- Bütçenin kontrolünü içeren genel ünite yönetimi,

- Diğer hemşirelere klinik hemşireliğinde rehberlik (danışmanlık),
- Bir uzman olarak görev yapmak için hemşireliğin özel bir alanında beceri geliştirme,
- Personeli değerlendirme ve geliştirme,
- Bir klinik temele dayalı faaliyet ve araştırma bilincini sağlama,
- Eğitimsel deneyimleri iletme ve tanımlamadır.

#### **Primer Hemşirelik Yönteminde Sorumlu Hemşirenin Görevleri:**

- Primer ve yardımcı hemşireler için eğitim kaynakları ve uygun bir ortam sağlama,
- Nitelikli hasta bakımını sürdürme ve izleme,
  - a) Bir rol modeli olarak gerektiği durumlarda, bir primer hemşire veya bir yardımcı hemşire gibi görev yapma,
  - b) Personel ve hastalarla yakın çalışma,
- Hastanın kabulünden sonraki 24 saat içinde bir hemşireye (primer hemşire) bir hastayı vererek hemşirelik becerileriyle hasta gereksinimlerini karşılatma,
- Primer hemşireye kendi hastalarının hemşirelik bakımı için otorite ve sorumluluk vererek, bağımsız ve bağımlı konularda karar vermeyi kolaylaştırmadır (37,38,42,62).

#### **2.4.2. Primer Hemşire**

Ferrin'in "Kim primer hemşire olabilir?" sorusuna; çoğu yazar genellikle "herhangi bir mezun hemşire" yanıtını verirken; Manthey ve arkadaşları ve Marram daha belirgin olarak "Hasta için gereken spesifik bakımın verilmesi için ayrılmış hemşire" olarak tanımlamışlardır (37,42).

Primer hemşire; hastasının bakımından kabulden taburcu olana kadar sorumlu olan ve sonuçları dikkatli olarak izleyen bir hemşiredir.

- Primer hemşire, bakımda 24 saat sorumluluk alır,

- Kendisinin yokluğunda (vardiyası dışında), diğer hemşirelerin kendi hastasına vermiş oldukları bakımı değerlendirir. Aynı zamanda yardımcı hemşireler için bütünüyle hemşirelik yönetiminin biçimlendirilmesinden sorumludur, 24 saatlik bakımın planlanmasını yapar,
- Primer hemşire; otoriteyi, vardiyaları, coğrafik alanları, veya görevleri belirlemekten çok en fazla olarak HASTADAN SORUMLU'dur.
- Primer hemşirelikte temel odak "Benim hastam, benim hemşirem" görüşü doğrultusunda "Bir hasta ve bir hemşire" arasındaki sorumluluktur (38,60).

#### **Klinik Sorumlulukları:**

- Kabul sırasında hasta ve hasta ailesine ilişkin koşulları belirlemek,
- Kabul esnasında hastanın sorunlarını kısaca belirlemek,
- Kabulden itibaren her 24 saatlik süre için hasta bakımını planlamak,
- Olabildiğince hasta ile birlikte hedefleri saptamak,
- Hastanın varolan sorunlarını gidermek ve bakım planını hastanın sürekli değerlendirilmesi üzerine temellendirmek,
- Planladığı bakımı olabildiğince (vardiyasında) uygulamak,
- Bakımı değerlendirmek,
- Hasta ve/veya yakınlarına eğitim vermek,
- Sorumlu hemşire, diğer primer hemşireler, hekimler ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapmak,
- Hastanın taburcu olmasını planlamak,
- Bakımın planlanmış olduğu gibi devam etmesi için hem sözlü, hem de yazılı etkili iletişim kurmaktır (37,38,62).

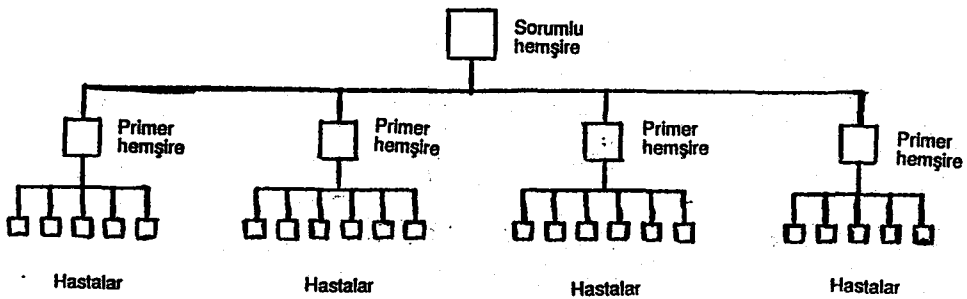
#### **2.4.2. Yardımcı Hemşire**

Primer hemşirenin olmadığı durumlarda (vardiyası dışında) bakım planını uygulayan, değerlendiren, hastanın durumunu ve tedaviye karşı yanıtını kaydetmekten primer hemşireye karşı sorumlu olan hemşiredir (36,38).

- Hastasının bakımı konusunda direkt yetkili ve değerlendirmeye sahip primer hemşire olmasına rağmen, yardımcı hemşire de kendi mesleki kararlarını veren eşdeğer düzeyde profesyonel bir meslek üyesidir,
- Yardımcı hemşireler aynı zamanda, kendi hastaları için primer hemşirelerdir,
- Olabildiğince aynı yardımcı hemşireler aynı hastaların bakımını vermelidirler (37,38,44).

### Klinik Sorumlulukları:

- Yardımcı hemşire; rolünü hastalar, aileleri, hekimler ve profesyonel ile özdeşleştirmeli,
- Primer hemşirenin olmadığı durumlarda planlanmış bakımın sürdürülmesini sağlamalı ve bakım ile ilgili olarak primer hemşireyle iletişim kurmalı,
- Primer hemşirenin yokluğunda, planlanmış bakım planını gözden geçirip gerekli düzenlemeleri yapmalı (özellikle hastanın durumunda değişiklik olmuşsa),
- Hasta ile ilgili gözlemleri kaydetmeli,
- Tüm hasta bakımını vermeli,
- Ekip üyeleriyle koordine olarak hasta konferanslarına/toplantılarına katılmalı,
- Primer hemşire tarafından düzenlenmiş olan taburculuk planını sürdürmelidir (38,42).



Şekil.6: Primer Hemşirelik Yöntemiyle Hemşirelik Bakımı Verilmesi Sistemi

(Bernhard, L.A., Walsh, N.: Leadership, The C.V. Mosby Company,

Toronto, Second Edition, 1990, p:47).



### 3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Hemşirelik bakımı verme yöntemlerinden biri olan primer hemşirelik yönteminin, YBÜ'deki hastaların aldığı bakımın niteliğine ve hemşirelerin iş doyumuna etkisini belirlemektir.

Literatür bilgilerinin ışığı altında iki varsayımdan yola çıkılmıştır:

- Bir örgütlenme yaklaşımı olarak "primer hemşirelik", YBÜ'deki hastaların aldığı bakımın niteliğini arttıracaktır.
- Bir örgütlenme yaklaşımı olarak "primer hemşirelik", YBÜ'de çalışan hemşireler için daha büyük bir iş doyumunu sağlayacaktır.

Bu varsayımlara ulaşabilmek amacıyla aşağıdaki hedefler gerçekleştirilmiştir:

1. Hastaların aldığı bakımın niteliğini ölçmek için Wandelt ve Ager tarafından düzenlenmiş olan "Nitelikli Hasta Bakım Skalası" ve Mumford tarafından düzenlenmiş olan "İş Doyumu Anketi"nin geçerlik ve güvenilirliğinin saptanıp uygun düzenlemelerin yapılması,
2. YBÜ'de uygulanmakta olan fonksiyonel hemşirelik yönteminin hastaların aldığı bakımın niteliğine ve hemşirelerin iş doyumuna olan etkisinin belirlenmesi,
3. Primer hemşirelik yönteminin uygulanması ile ilgili olarak YBÜ'de çalışan hemşirelere kuramsal ve uygulamalı eğitimin yapılması,
4. Eğitimi yapılan hemşireler primer hemşirelik yöntemiyle bakım verdikleri sırada; değerlendirmeciler tarafından "Nitelikli Hasta Bakım Skalası" kullanılarak hastaların aldıkları bakımın niteliğinin belirlenmesi,
5. Primer hemşirelik yöntemiyle bakım veren hemşirelerin iş doyumlarının belirlenip sonuçlarının analiz edilmesidir.

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, bakım hizmetinin organizasyon/örgütlenmesi yöntemlerinden biri olan primer hemşireliğin; hastaların aldığı bakımın niteliği ve hemşirelerin iş doyumunu üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel (ön test-son test araştırma modeli) olarak planlanmıştır. Çalışmanın amacına ulaşabilmek için hastaların aldığı bakımın niteliğini ölçen "Nitelikli Hasta Bakım Skalası" (Ek 1) ve hemşirelerin iş doyumunu ölçen "İş Doyumu Anketi" (Ek 2) kullanılması gerektiğinden çalışmanın bir bölümü, batı kültürü için geliştirilmiş ancak Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği araştırılmamış bu ölçeklerin Türk toplumuna uyarlanmasına ayrılmıştır. Bu sebeple araştırma iki aşamalı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

#### 4.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Araştırma sorularımız, araştırmanın amacında belirtilen varsayımlardan yola çıkarak oluşturulmuş ve iki grupta toplanmıştır.

1. Primer hemşirelik yönteminin hastaların aldığı bakımın niteliğine etkisi var mı?
  - \* Primer hemşirelik yönteminin "psikososyal:bireysel bakıma etkisi var mı?
  - \* Primer hemşirelik yönteminin "fiziksel" bakıma etkisi var mı?
  - \* Primer hemşirelik yönteminin "genel" bakıma etkisi var mı?
  - \* Primer hemşirelik yönteminin "iletişim"e ait etkisi var mı?
  - \* Primer hemşirelik yönteminin "mesleki uygulamalar"a etkisi var mı?
2. Primer hemşirelik yönteminin hemşirelerin iş doyumlarına etkisi var mı?
  - \* Primer hemşireliğin "bilgi ve beceri kullanımı" konusunda etkisi var mı?
  - \* Primer hemşireliğin "rekabet/yarış" konusunda etkisi var mı?
  - \* Primer hemşireliğin "sorumluluk" konusunda etkisi var mı?
  - \* Primer hemşireliğin "başarı duygusu" konusunda etkisi var mı?

- \* Primer hemşireliğin "insanlarla tanışma ve arkadaşlık" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "kaynak bulabilme" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "iş kontrolü" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "hastaya ait hedefler" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "iş yükü" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "insiyatif kullanımı" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "karar verme-yargılama" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "işin sonucunu görme" konusunda etkisi var mı?
- \* Primer hemşireliğin "iş sevmeye" konusunda etkisi var mı?

#### 4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

İki aşamalı olarak planlanan araştırmada aşamalar arasında evren ve örneklem oluşturmada bazı farklılıklar bulunmaktadır.

**İlk Aşama:** "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenilirliğini belirlemede evreni Marmara Üniversitesi Hastanesi'nin 4 yataklı koroner, 4 yataklı dahiliye, 8 yataklı cerrahi olmak üzere toplam 16 yataklı YBÜ oluşturmuş, örneklem grubunda ise; 20 yaşın üstünde, günlük yaşam aktivitelerinin tümünü karşılamada hemşireye bağımlı (Roper ve arkadaşlarının GYA modeli) 30 hasta yer almıştır (Ek 5). "İş Doyumu Anketi"nin geçerlik ve güvenilirliğinde YBÜ dışındaki servis ve üniteler ve buralarda çalışan hemşirelerin tümü (130 hemşire) evren ve örneklemi oluşturmuştur.

**İkinci Aşama:** Bu aşamada evreni "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenilirliğinin belirlendiği 16 yataklı YBÜ oluşturmuştur. Primer hemşireliğin hastaların aldığı bakımın niteliğine etkisini belirlemek amacıyla deneysel (ön test-son test araştırma modeli) olarak planlanan çalışmada ön test olarak YBÜ'de çalışmanın yapıldığı dönemde uygulanmakta olan hemşirelik yöntemi (fonksiyonel hemşirelik yöntemi) ile bakım verilen 30 hasta (Ek 5'de verilen "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenilirliği için kullanılan aynı grup hasta) ile YBÜ'de çalışan hemşirelere yapılan "Primer Hemşirelik Eğitimi" (Ek: Primer Hemşirelik El Kitabı)

sonrası primer hemşirelik bakım yöntemiyle bakım verilen 30 hasta (Ek 6) örneklem grubunu oluşturmuştur (kaynak olarak kullanılan istatistik ve araştırma yöntemleri kitapları ve konu ile ilgili bilgi alınan uzman kişiler doğrultusunda yöntemler arasındaki karşılaştırmada 30'ar hastanın alınması yeterli ve uygun görülmüştür).

YBÜ'de 2 sorumlu hemşire dışında hemşirelerin tümü 3 vardiya (08-16; 16-24; 24-08) halinde çalışmaktadırlar. Araştırmada her iki yöntemle de bakım verirken (fonksiyonel hemşirelik-primer hemşirelik) her vardiyada ortalama 2-3 hastaya 1 hemşire bakım vermiştir. Primer hemşireliğin hemşirenin iş doyumuna etkisini belirlemede kullanılan "İş Doyumu Anketi" için örnekleme fonksiyonel hemşirelik yöntemi sırasında YBÜ'de çalışan hemşirelerin tümü (20 hemşire) oluşturmuş, primer hemşirelik yöntemi sırasındaki örneklem grubunda ise aynı grup hemşireden primer hemşirelik eğitimi almış ve en az 2 hastanın primer hemşireliğini yapmış 15 hemşire yer almıştır.

#### 4.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler iki aşamada toplanmıştır. Veri toplama amacıyla çalışmanın yapıldığı kurumun yetkili makamlarından konuyla ilgili izinler alındıktan sonra araştırmacı ve araştırmacı tarafından konu hakkında eğitimleri yapılmış, daha önce en az bir yıl YBÜ'de çalışmış, aynı zamanda da eğitimci olan iki değerlendirmeci verileri toplamıştır.

**İlk aşama:** Bu aşamada veriler "Nitelikli Hasta Bakım Skalası" ve "İş Doyumu Anketi"nin geçerlik ve güvenirlik işlemleri sırasında toplanmıştır. "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenirliğini belirlemek için belirlenen örneklem grubundaki 30 hasta için iki değerlendirmeci aynı anda aynı hastada en az 4 saat gözlem ve değerlendirme yaparak skalayı doldurmuşlardır. Gözlem için; zaman zaman katılımlı, zaman zaman katılımsız gözlem yöntemleri kullanılmıştır (3,57). Değerlendirme yapmak için; skaladaki bazı soruların yanıtlanmasında hastaya özgü kayıtların incelenmesi gerektiğinden hasta kayıtları incelenmiş, gerektiği durumlarda hasta ve hemşiresine dolaylı sorular sorulmuştur. Bu sırada

hemşirelere primer hemşirelikten söz edilmemiş "hastaların varolan durumlarının saptanması" tanımı kullanılmıştır. "İş Doyumu Anketi"nin geçerlik ve güvenilirliği için belirlenen örneklem grubundaki 130 hemşireye kendi çalıştıkları servis/ünite içinde 8-10 kişilik gruplar halinde araştırmacı eşliğinde uygulanmıştır. Anket sorularının hemşireler tarafından doldurulması 15-20 dakika arasında tamamlanmış, formların toplanması sırasında varsa eksiklikler belirlenmiş, yerinde yeniden değerlendirmeye gidilmiştir. Hemşirelerin anket formları üzerine isimleri yazdırılmamış, tarih koymaları istenmiş ve anket formları toplanırken araştırmacı tarafından numaralandırılmıştır. Anketin güvenilirliği; "Sınama-Yeniden Sınama" yöntemi (57) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Buna göre; yaklaşık bir ay sonra ilk grupta yer alan 130 hemşireden aynı serviste olması ve ulaşılma kolaylığı açısından ilk uygulanan anketten bu yana görev değişikliği olmayan 30 hemşireye anket tekrar uygulanmıştır.

**İkinci aşama:** Bu aşamadaki veriler primer hemşireliğin hastaların aldığı bakımın niteliğine ve hemşirelerin iş doyumuna etkisini belirlemeye yönelik olarak toplanmıştır. Bu aşamada fonksiyonel hemşirelik yöntemi (ön test) ile primer hemşirelik yöntemi (son test) arasındaki farkları belirlemek amacıyla "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenilirliğinde örneklem grubunda olan 30 hastadan elde edilen veriler aynı zamanda fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile ilgili bakımın değerlendirilmesi olarak düşünülmüş ve aynı puanlar veri olarak kullanılmıştır (Ek 5). Primer hemşirelik eğitimi sonrası primer hemşirelik yöntemi ile bakım vermesi sırasında (son test) örneklem grubuna alınan hasta ve primer hemşiresi odak alınarak iki değerlendirmeci tarafından aynı hastanın aynı anda en az 4 saat gözlem ve değerlendirmesi yapılmıştır. Elde edilen puanların karşılaştırma kolaylığı açısından ortalamaları alınmıştır (Ek 6).

Primer hemşireliğin hemşirelerin iş doyumlarına etkisini belirlemek amacıyla ilk aşamada geçerlik ve güvenilirliği saptanan "İş Doyumu Anketi" fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında YBÜ'de çalışan hemşirelerin tümüne

(20 hemşire) araştırmacı tarafından tüm hemşireler biraraya toplanılarak aynı anda uygulanmıştır. Hemşireler formu 15-20 dakika içinde doldurmuşlardır. Hemşirelerin anket formları üzerine isimleri yazdırılmamış, tarih koymaları istenmiş ve formlar toplanırken araştırmacı tarafından numaralandırılmıştır. Anket formları aracılığıyla hemşirelerin fonksiyonel hemşirelik yöntemine ilişkin iş doyumları primer hemşirelik öncesi analiz edilmiştir. Primer hemşirelik yönteminin uygulanması sonrasında hemşirelerin iş doyumlarında değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla araştırmanın sonunda fonksiyonel hemşirelik yöntemi örneklem grubunu oluşturan 20 hemşireden, primer hemşirelik eğitimi almış en az iki hastanın primer hemşireliğini yapmış ve geçen sürede ünvanlarında bir farklılık olmayan 15 hemşireye anket formu uygulanmış, primer hemşirelik yöntemine ilişkin iş doyumlarını belirlemek amacıyla değerlendirilmiştir.

#### **4.3.1. VERİLERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

##### **a) Nitelikli Hasta Bakım Skalası**

"Nitelikli Hasta Bakım Skalası" bakımın niteliğini ölçmek için birçok çalışmada ve özellikle primer hemşirelikte yaygın olarak kullanıldığından dolayı bu araştırmada ölçek olarak seçilmiştir (1,34,35,37,38,55).

"Nitelikli Hasta Bakım Skalası" bakım süreci üzerine odaklanır. 68 madde olan bu skala 6 alt gruptan oluşturulmuştur:

1. Psikososyal: bireysel – Birey olarak hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetleri içerir.
2. Psikososyal: grup – Bir grup üyesi olarak hastaların psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetleri içerir.
3. Fiziksel – Hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetleri içerir.

4. Genel – Hastanın psikososyal veya fiziksel gereksinimlerini ya da aynı anda her ikisini birden karşılamaya yönelik faaliyetleri içerir.
5. İletişim – Hasta adına yapılan iletişimi içerir.
6. Mesleki Uygulamalar – Hastaya verilen bakım sırasında hemşirelik mesleğinden beklenen "Sorumluluk ve inisiyatif'e yönelik faaliyetleri içerir (38,55).

#### **b) İş Doyumu Anketi**

İş Doyumu Anketi bir ölçek olarak 1986'da Profesör Enid Mumford tarafından tanımlanmıştır. Bu ankette, çalışanların ve müşterilerin gereksinimleriyle başarılı bir entegrasyon temel olarak alınmıştır. Mumford, bu yaklaşımla randıman oranı ve iş doyumunun birbirine paralel olduğunu saptamış ve iş doyumunu anketini çoğu insanın işlerindeki isteklerinin ne olduğu düşüncesi üzerine temellendirmiştir. Kişilerin belirttiği istekler:

- Sahip olunan bilgiyi kullanmak ve bu bilgiyi arttırmak,
- İşten dolayı başarı duygusunu elde etmek,
- Yeterli ve etkili çalışmayı kolaylaştırabilecek kaynaklara sahip olmak,
- Kişisel kontrole sahip olmak, karar vermek ve seçim yapabilmek,
- Zevkli, değişik ve mücadeleye değer olan iyi tanımlanmış bir işe sahip olmak.

Mumford, iş doyumunu "bir kişinin işinde neye sahip olduğu ile ideal olarak neye sahip olma isteği arasında iyi bir denge" olarak tanımlamış ve gereksinimleri üç alan üzerinde odaklaştırmıştır:

- Kişilik ile ilgili olanlar,
- Uzmanlık ile ilgili olanlar
- Çalışanları değerlendirme ile ilgili olanlar.

Bu şekilde tanımlanmış olan anket üç bölümde analiz edilmiştir:

1. Ek-3'ün sol tarafındaki sütunda üç rakam kullanılarak (1), (2) veya (3) değişkenlerinden birinin seçilerek değerlendirme yapıldığı sorularda, "+" sütunu tercihi (1) olan kişiler içindir ve bu onların işleri konusunda sevdikleri yani doyumlu oldukları durumları gösterir. "0" sütunu tercihi (2) olan kişileri gösterir ve bu durum kişilerin belirtilen konuyu önemsiz bulduklarını, bazen doyumlu bazen doyumsuz olduklarını gösterir. "-" sütunu ise, (3) tercihi yapanlar içindir ve kişilerin bu konuda mutsuz, doyumsuz olduklarını ifade etmektedir.
2. Ek-3'ün sağ tarafındaki iki sütun, iş boyutlarına ait daha fazla veya daha az istek ya da beklenti durumlarını belirtmektedir.
3. İş boyutları ile ilgili görüşlerini belirlemek için yöneltilen açık uçlu sorularda; daha fazla veya daha az istek ya da beklentiye ilişkin öneriler istenmektedir.

#### 4.3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

##### a) Nitelikli Hasta Bakım Skalası

İlk aşamada dil geçerliği sağlamaya çalışılmış, bu konuda İngilizce ifadelerin Türkçe'ye çevrilmesi ve Türkçe'leştirilmiş bu ifadelerin tekrar İngilizce'ye çevrildiklerinde aynı anlamı verip vermedikleri konusunda dil bilimcilerin özellikle de her iki kültürü de yaşamış kişilerin görüşleri alınmıştır (Ek-4).

"Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın geçerlik ve güvenirliliği Öner'in "Kültürlerarası Ölçek Uyarlamasında Bir Yöntembilim Modeli" (50) başlığı altında belirttiği aşamalara paralel olarak gerçekleştirilmiştir.

Mantıksal geçerlik saptama yollarından olan "İçerik geçerliği" (Content Validity) ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu ile ilgilidir (31,57). Araştırmada skalanın uzman kişiler tarafından kullanılması gerektiğinden içerik geçerliğini



yapılması uygun görülmüştür. İçerik geçerliği uzman görüşüne göre saptanır (31). Bu nedenle dil geçerliği saptanmış skala, bir grup uzman tarafından (Ek-4) değerlendirilme yoluyla içerik geçerliği sınanmış ve grubun önerileri doğrultusunda gerekli yeni şekline kavuşturularak bir ölçek olarak kullanılmıştır (Ek-1).

Araştırmada "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenilirliğini değerlendirmede Shukla'nın konu ile ilgili yapmış olduğu çalışmaları sonucu önerdiği "**Değerlendirmeciler Arası Güvenirlik**" kullanılmıştır (38,58). Buna göre araştırmanın evren ve örnekleminde ilk aşamada belirtilen örneklem grubunu oluşturan 30 hasta odak alınarak; psikososyal, fiziksel, genel, iletişim ve hemşirenin mesleki uygulamaları açısından hastanın aldığı bakım, iki değerlendirme tarafından aynı hasta aynı anda dört saat süreyle gözlenerek, hasta ve hemşireye dolaylı sorular sorularak skala üzerinden değerlendirilmiştir. Değerlendirmeciler arası güvenilirliği belirlemek amacıyla "**Spearman'ın Korelasyon testi**" uygulanmıştır (61,64,68) ve güvenilirlik katsayıları 0.66-0.85 arasında bulunmuştur. "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın tüm alt gruplarına ilişkin elde edilen güvenilirlik katsayıları Bölüm 5.1'de sunulmuş (Tablo 1) ve Bölüm 6.1'de tartışılmıştır.

#### **b) İş Doyumu Anketi**

"İş Doyumu Anketi"nin ilk olarak dil geçerliği sağlanmaya çalışılmıştır. Bu konuda İngilizce ifadelerin Türkçe'ye çevrilmesi ve Türkçeleştirilmiş bu ifadelerin tekrar İngilizce'ye çevrildiklerinde aynı anlamı verip vermedikleri konusunda dilbilimcilerin özellikle de her iki kültürü de yaşamış kişilerin görüşleri alınmıştır (Ek 4). Daha sonra ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülme istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla bir grup uzman tarafından (Ek 4) "**içerik geçerliği**" (**Content Validity**) sınanmış ve grubun önerileri doğrultusunda düzenlenmiştir. Anket formunun hemşireler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek amacıyla pilot olarak YBÜ dışında yer alan servis/ünitelerde çalışmakta

olan ve örneklem grubunda ilk aşamada belirtilen 130 hemşireye kendi çalıştıkları bölüm içinde 8-10 kişilik gruplar halinde araştırmacı eşliğinde uygulanmıştır. Anket sorularının hemşireler tarafından doldurulması 15-20 dakika arasında tamamlanmış, formların toplanması sırasında varsa eksiklikler değerlendirilmiş, yerine yeniden değerlendirmeye gidilmiştir. Araştırmaya katılan tüm hemşirelerin, konuya yaklaşımları, soruları yanıtlamadaki olumlu tutum ve davranışları gözlenmiştir.

Anket formunda, yalnız tanımlayıcı özelliklerde değişiklikler ve ilaveler yapılmış, iş doyumunu direkt olarak belirleyici sorulara ilave yapılmasına gerek görülmemiş, beklenen bilgileri sağladığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin anket formları üzerine isimleri yazdırılmamış, tarih koymaları istenmiş ve anket formları toplanırken araştırmacı tarafından numaralandırılmıştır.

Anketin güvenilirliği; "Sınama-Yeniden Sınama" yöntemi (57) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Buna göre; yaklaşık bir ay sonra ilk grupta yer alan 130 hemşireden aynı serviste olması ve ulaşılabilirliği açısından, ilk uygulanan anketten bu yana görev değişikliği olmayan 30 hemşireye anket tekrar uygulanmış ve bu 30 hemşirenin aynı ankete farklı zamanlarda verdikleri yanıtlar karşılaştırılarak Pearson momentler korelasyonu yardımıyla (3,61,64) güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre 13 iş boyutuna ait güvenilirlik katsayıları 0.58 ile 0.89 arasında bulunmuştur. Tüm iş boyutlarına ait güvenilirlik katsayıları Bölüm 5.2'de sunulmuş (Tablo 5) ve Bölüm 6.2'de tartışılmıştır.

#### **4.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

##### **a) Nitelikli Hasta Bakım Skalası**

"Nitelikli Hasta Bakım Skalası" üzerindeki sorular 1'den 5'e kadar puanlanarak değerlendirilmiştir:

Çok iyi	: 5
Oldukça iyi	: 4
Orta	: 3
Pek iyi değil	: 2
Hiç iyi değil	: 1
Değerlendirilemedi	: 0

"Değerlendirilemedi" sütunu gözlem süresi boyunca hastanın belirtilen soruya yönelik bir durumunun olmadığını veya böyle bir durumun gözlenemediğini ifade etmektedir. Puan hesaplamasında bu sütun hariç tutulmuştur.

Nitelikli Hasta Bakım Skalası'nın ikinci alt grubu olan psikososyal:grup'la ilgili sorular için yeterince bilgi edinilemediği durumlarda ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği etkilenmeyeceğinden, literatürde gruplar arası karşılaştırmada bu alt grubun hariç tutulabileceği belirtilmektedir (38,55,58). Araştırmada da bu alt grup karşılaştırmaya alınmamıştır.

Nitelikli Hasta Bakım Skalası'nın fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasındaki istatistiksel karşılaştırılmasında "t testi" kullanılmıştır (61,64).

#### **b) İş Doyumu Anketi**

Anket formunun değerlendirilmesi Mumford tarafından belirtildiği gibi Ek-3'te sunulan form kullanılarak, kapalı uçlu sorular bu form üzerinde belirtilerek ve verilerin geri toplanması sırasında sözü edilen değerlendirmeciler eşliğinde açık uçlu soruların gruplandırılmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Kapalı uçlu sorularda seçilen (1), (2) ve (3) yanıtlarının fonksiyonel ve primer hemşirelik yöntemini kullanan 15 hemşire üzerinde istatistiksel karşılaştırılması Mc.Nemar ve Stuart-Maxwell  $x^2$  testi kullanılarak yapılmıştır (22,64,65).

#### 4.5. PRİMER HEMŞİRELİK EĞİTİMİ

Primer hemşirelik eğitimi YBÜ'de 1993 Ocak-Mayıs döneminde, o tarihler arasında çalışan tüm hemşirelere (20 hemşire) yönelik olarak araştırmacı tarafından planlanmış ve yürütülmüştür. Ülkemizde primer hemşireliğe yönelik çalışma bulunmadığından kaynak olarak kullanılan yabancı literatürler ve özellikle 1979'dan beri bakımda primer hemşirelik yaklaşımını kullanarak uygulamalarını yapan Leicester Genel Hastanesi'nden sağlanan "Primer Hemşirelik Eğitim Kitapçığı" ve konu ile ilgili video kasetler eğitimin içeriğini oluşturmuştur.

Eğitimin kuramsal kısmı hastanenin hemşirelik müdürlüğü tarafından sağlanan eğitim dersanesinde hemşirelere toplu olarak araştırmacı tarafından aktarılmıştır. YBÜ'de en az yoğun saatler olarak belirlenen 12.30-13.30 saatleri arasında ve genellikle salı günleri birer saat olmak üzere toplam 6 hafta kuramsal eğitimi içermiş, tüm hemşirelerin bu eğitime katılabilmeleri için ünitedeki hekimlerden de yardım istenmiştir. Hemşirelik müdürü veya yardımcılarında biri tüm toplantılara katılmıştır. Kuramsal eğitim sırasında konu ile ilgili olarak hemşirelere video kaset gösterilmiş, karşılıklı tartışmalar yapılmıştır. Kuramsal eğitim ile birlikte ünite içi uygulamalı eğitim de araştırmacı eşliğinde yürütülmüştür. Aynı zamanda sorumlu hemşirelere ünite içinde bireysel olarak kuramsal ve uygulamalı eğitim yapılmıştır.

Hemşirelerin hastane içinde periyodik/düzenli olarak uygulanmakta olan genel hemşirelik bakımı ile ilgili hizmetiçi eğitim programlarına katılmaya alışkın olmaları primer hemşirelik konusunda da hemşirelerde bir ilgi uyandırmış, bu nedenle eğitim sırasında bir güçlük yaşanmamıştır. Primer hemşirelik yönteminin uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla eğitime katılan hemşirelerin de istekleri doğrultusunda eğitimin içeriğinde "hasta bakımında kayıtların önemi ve hemşire gözlem formlarının kullanılması", "iletişim" ve "hemşirelik süreci" yer almıştır. Ek olarak sunulan "Primer Hemşirelik Eğitim Kitapçığı" eğitime katılan tüm hemşirelere verilmiştir.

## 5. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular; hasta bakımının niteliğinin belirlenmesi ve hemşirelerin iş doyumları ile ilgili olmak üzere iki ana başlıkta toplanmıştır.

### 5.1. BAKIMIN NİTELİĞİNİN BELİRLENMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

"Nitelikli Hasta Bakım Skalası" kullanılarak ölçülen bakımın niteliği üç bölümde değerlendirilmiştir:

- Değerlendirmeciler arası güvenilirliğin belirlenmesi,
- Eğitim öncesi fonksiyonel hemşirelik yöntemi ve eğitim sonrası primer hemşirelik yöntemi puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- Fonksiyonel hemşirelik ile primer hemşirelik yöntemi arasında alt grup puan karşılaştırmaları.

#### 5.1.1. Değerlendirmeciler Arası Güvenirliğin Belirlenmesi

Primer hemşirelik eğitim öncesi "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın tüm alt grupları için güvenirlik katsayıları; "Spearman Sıra Korelasyonu Katsayısı" kullanılarak hesaplanmış, bu değerler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Alt Grupların Değerlendirmeciler Arası Güvenirlik Katsayıları

ALT GRUPLAR	GÜVENİRLİK KATSAYILARI
Psikososyal: birey	0.66
Fiziksel	0.82
Genel	0.85
İletişim	0.83
Mesleki Uygulamalar	0.74

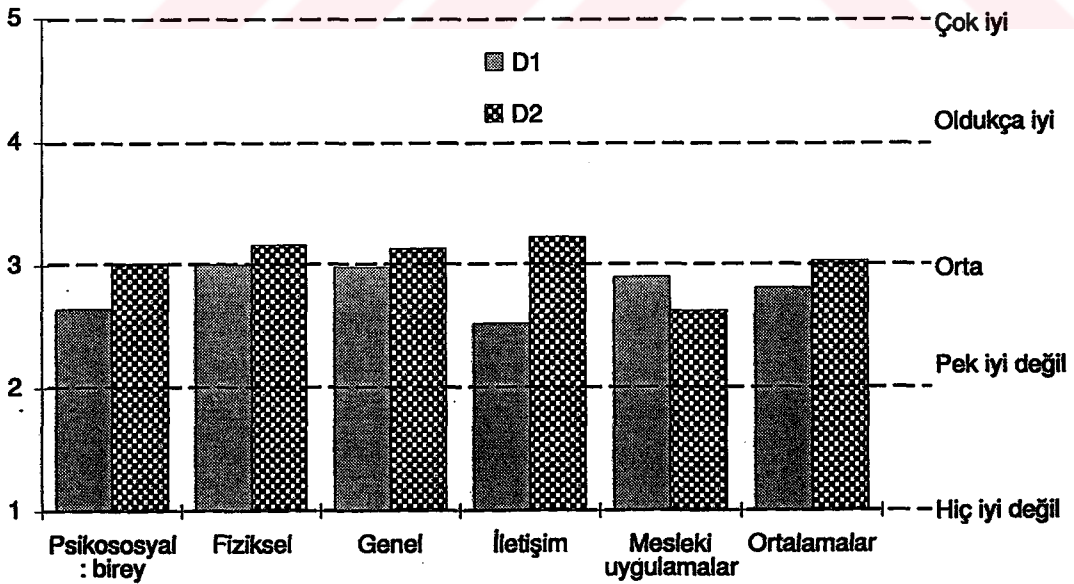
Tablo 1'de görüldüğü gibi, en yüksek güvenilirlik katsayısı "genel" alt grubunda, en düşük güvenilirlik katsayısı "psikososyal:birey" alt grubunda bulunmuştur.

Tablo 2. Primer Hemşirelik Eğitimi Öncesi Değerlendirmeciler Arası  
Alt Gruplara Verilen Puan Ortalamaları

ALT GRUPLAR	*D <sub>1</sub>	**D <sub>2</sub>	ORTALAMA	Sd
Psikososyal:birey	2.65	3.02	2.84	0.26
Fiziksel	3.01	3.17	3.09	0.11
Genel	2.99	3.14	3.07	0.11
İletişim	2.53	3.23	2.88	0.49
Mesleki Uygulamalar	2.91	2.63	2.77	0.20
Ortalama Puan	2.82	3.04	2.93	0.16

\* D<sub>1</sub>: 1. Değerlendirmeci

\*\* D<sub>2</sub>: 2. Değerlendirmeci



Şekil 7. Primer Hemşirelik Eğitimi Öncesi Değerlendirmeciler Arası Alt Gruplara Verilen Puan Ortalamaları

Tablo 2 ve Şekil 7'de iki değerlendirmeci tarafından alt gruplara verilen puan ortalamaları yer almaktadır. Buna göre, 1. değerlendirmecinin tüm alt gruplar için verdiği ortalama puan 2.82, 2. değerlendirmecinin tüm alt gruplar için verdiği ortalama puan 3.04 olarak bulunmuş olup, 2 değerlendirmecinin fonksiyonel hemşirelik yönteminde tüm ölçek için verdikleri ortalama puan  $2.93 \pm 0.16$  olarak belirlenmiştir.

### 5.1.2. Fonksiyonel Hemşirelik Yöntemi ve Primer Hemşirelik Yöntemi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Fonksiyonel hemşirelik yöntemine ait 30 ve primer hemşirelik yöntemine ait 30 vakanın "Nitelikli Hasta Bakım Skalası" puanları Ek-5 ve 6'da verilmiştir.

Tablo 3. Fonksiyonel Hemşirelik ile Primer Hemşirelik Yöntemi Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

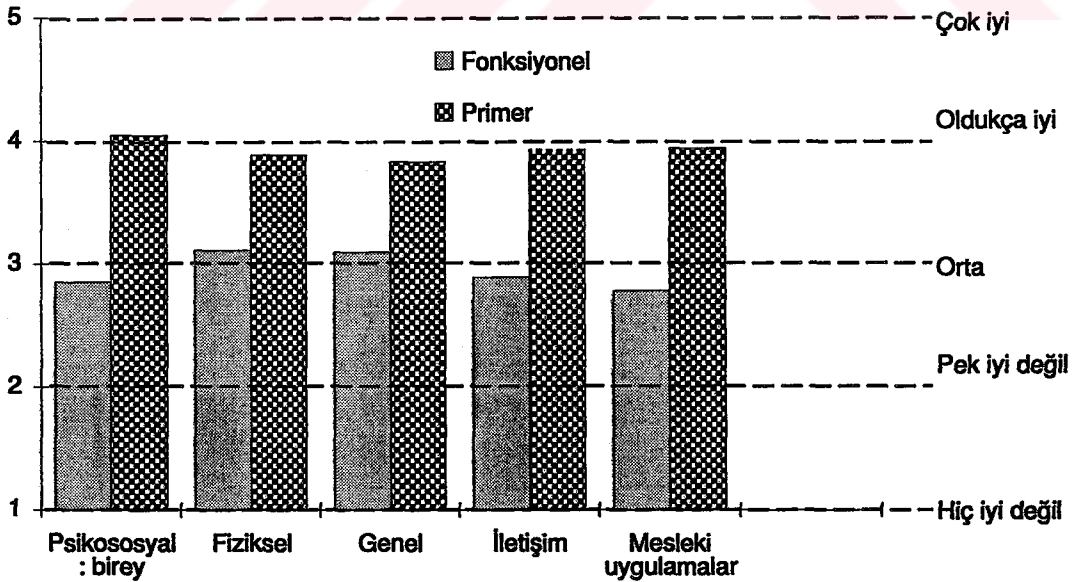
GRUPLAR	N	X	SD	T DEĞERİ	P DEĞERİ
Fonksiyonel Hemşirelik	30	2.93	0.16	21.59	P<0.001
Primer Hemşirelik	30	3.94	0.20		

Tablo 3'te görüldüğü gibi, fonksiyonel hemşirelik ile primer hemşirelik yönteminin karşılaştırılmasında fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım alan hastaların puan ortalaması ( $2.93 \pm 0.16$ ), primer hemşirelik yöntemiyle bakım alan hastaların puan ortalaması ( $3.94 \pm 0.20$ )'ndan daha düşük bulunmuş, yapılan istatistiksel değerlendirmede iki bakım yöntemi arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P < 0.001$ ).

### 5.1.3. Alt Grup Puan Karşılaştırmaları

Tablo 4. Fonksiyonel Hemşirelik İle Primer Hemşirelik Yöntemi  
Arasında Alt Grup Puan Karşılaştırmaları

ALT GRUPLAR	BAKIM YÖNTEMİ	N	X	SD	T DEĞERİ	P DEĞERİ
Psikososyal:birey	Fonksiyonel	30	2.86	0.34	14.37	P<0.001
	Primer	30	4.05	0.30		
Fiziksel	Fonksiyonel	30	3.12	0.25	13.69	P<0.001
	Primer	30	3.89	0.18		
Genel	Fonksiyonel	30	3.10	0.24	12.28	P<0.001
	Primer	30	3.83	0.22		
İletişim	Fonksiyonel	30	2.9	0.31	16.48	P<0.001
	Primer	30	4.01	0.20		
Mesleki Uygulamalar	Fonksiyonel	30	2.79	0.33	16.10	P<0.001
	Primer	30	3.94	0.21		



Şekil 8. Fonksiyonel Hemşirelik Yöntemi İle Primer Hemşirelik Yöntemi Arasında Alt Grup Puan Karşılaştırmaları



Tablo 4 ve Şekil 8'de görüldüğü gibi, fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasındaki alt grup puan karşılaştırmalarında, tüm alt gruplarda çok ileri derecede anlamlılık bulunmuştur ( $P<0.001$ ).

## 5.2. İŞ DOYUMUNA AİT BULGULAR

Hemşirelerin iş doyumlarının belirlenmesinde "İş Doyum Anketi" kullanılmış, anket formunun değerlendirilmesi beş bölüme yapılmıştır:

- Anket formunun güvenilirliğinin saptanması
- Hemşirelere ait tanımlayıcı özellikler
- Kapalı uçlu sorularla iş doyumunun analizi
- İş doyumlarının karşılaştırılması
- Açık uçlu soruların gruplandırılması

### 5.2.1. Anket Formunun Güvenirliğinin Saptanması

Anket formunun geçerliği belirlendikten sonra, iş doyumuna ait 13 boyutun güvenilirliği saptanmıştır.

Tablo 5. İşin Boyutlarına Göre Güvenirlik Katsayıları

İŞİN BOYUTLARI	GÜVENİRLİK KATSAYILARI
Bilgi ve Beceri Kullanımı	0.67
Rekabet	0.58
Sorumluluk	0.67
Başarı Duygusu	0.71
İnsanlaral Tanışma ve Arkadaşlık	0.84
Kaynak Bulabilme	0.84
İş Kontrolü	0.87
Hastaya Ait Hedefler	0.83
İş Yükü	0.89
İnsiyatif Kullanımı	0.62
Karar Verme-Yargılama	0.87
İşin Sonucunu Görme	0.85
İşi Sevme	0.87

Tablo 5'te görüldüğü gibi en yüksek güvenilirlik katsayısı "İş yükü" (0.89), en düşük güvenilirlik katsayısı "Rekabet"e ait iş boyutunda (0.58) belirlenmiştir.

### 5.2.2. Hemşirelere Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 6. Hemşirelerin YBÜ'deki Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

ÇALIŞMA YILI	SAYI (N)	%
1-3 Yıl	12	60
4-6 Yıl	7	35
7-9 Yıl	1	5
Toplam	20	100

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin %60'ı 1-3 yıl, %35'i 4-6 yıl, %5'i (1 kişi) 7-9 yıldan bu yana YBÜ'de çalışmaktadır.

Tablo 7. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	SAYI (N)	%
18-22	9	45
23-27	10	50
28-32	1	5
Toplam	20	100

Hemşirelerin yaş durumları incelendiğinde %50'si 23-27, %45'inin 18-22 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

MEDENİ DURUMU	SAYI (N)	%
Evli	4	20
Bekar	16	80
Toplam	20	100

Hemşirelerin medeni durumlarına bakıldıklarında %80'inin bekar olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

EĞİTİM DURUMU	SAYI (N)	%
Sağlık Meslek Lisesi	7	35
Ön Lisans	4	20
Lisans	9	45
Toplam	20	100

Eğitim durumları incelendiğinde, %45'inin Lisans, %35'inin Sağlık Meslek Lisesi, %20'sinin Ön Lisans Mezunu oldukları görülmektedir.

Tablo 10. Hemşirelerin Aylık Ücretlerine Göre Dağılımı

AYLIK ÜCRET	SAYI (N)	%
3.5 - 4 milyon TL.	5	25
4.1 - 4.5 milyon TL.	6	30
4.6 - 5 milyon TL.	7	35
5.1 - 5.5 milyon TL.	2	10
Toplam	20	100

Aylık ücretlerine göre hemşirelerin dağılımına bakıldığında, YBÜ'de çalışan tüm hemşirelerin 3.5 - 5.5 milyon TL arasında ücret aldıkları, %35'inin ise aldığı ücretin 4.6-5 milyon TL arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11. Hemşirelerin YBÜ ile İlgili Özel Kursa Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

KURSA KATILMA DURUMU	SAYI (N)	%
Katılan	7	35
Katılmayan	13	65
Toplam	20	100

Tablo 11 incelendiğinde hemşirelerin %35'inin YBÜ'de ait özel kursa katıldıkları görülmektedir. Ayrıca tüm hemşireler rutin olarak 15 günde bir uygulanmakta olan genel konularda hemşirelik bakımına ait hizmetiçi eğitim programlarına katıldıkları belirlenmiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin Mesleği ve Çalıştıkları Bölümü Seçme Nedenlerine Göre Dağılımı

		SAYI (N)	%
Hemşireliği Seçme	Kendi İsteği	12	60
	Diğer	8	40
Bölümü Seçme	Kendi İsteği	9	45
	Atama	11	55
Toplam		20	100

Hemşirelerin meslek seçimi ve çalışılan bölümü seçme nedenleri incelendiğinde, %60'ının mesleği kendi istekleri doğrultusunda seçtikleri, %45'inin ise çalıştıkları bölümü kendilerinin seçtikleri görülmektedir.

### 5.2.3. Kapalı Uçlu Sorularla İş Doyumunun Analizi

YBÜ'de çalışmakta olan 20 hemşirenin eğitim öncesi fonksiyonel bakım yöntemiyle bakım verdikleri sırada iş doyumlarının analizi yapılmıştır. Eğitim sonrası primer hemşirelik yöntemini uygulayan aynı grup hemşirelerden 15'inin iş doyumlarının analizi yapılmış ve karşılaştırma grubun aynı olması nedeniyle 15 hemşire üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Tablo 13. Fonksiyonel Hemşirelik Yöntemiyle Bakım Veren Hemşirelerin

İş Doyumu Analizi (n=20)

İŞİN BOYUTLARI	SORULARDAKİ (1) (2) (3) YANITLARI			DİĞER YANITLAR	
	Doyumlu +	Bazen Doyumlu 0	Doyumsuz -	Daha fazla istek	Daha az istek
Bilgi ve Beceri Kullanımı	3	17	0	20	-
Rekabet	4	13	3	13	7
Sorumluluk	15	5	0	10	-
Başarı Duygusu	4	13	3	-	-
İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık	5	5	10	19	1
Kaynak Bulabilme	0	13	7	-	-
İş Kontrolü	0	12	8	3	10
Hastaya Ait Hedefler	7	13	0	20	-
İş Yükü	2	9	9	3	17
İnsiyatif Kullanımı	2	14	4	18	2
Karar Verme-Yargılama	4	12	4	17	3
İşin Sonucunu Görme	1	11	8	20	-
İşi Sevme	10	8	2	-	-

Tablo 13'te görüldüğü gibi, "Bilgi ve Beceri Kullanımı" konusunda 3 kişinin doyumlu, 17 kişinin bazen doyumlu olduğu, bilgi ve beceri geliştirme konusunda tüm hemşirelerin (n=20) daha fazla olanak sahibi olmak istedikleri belirlenmiştir.

"Rekabet" konusunda 4 hemşirenin doyumlu, 13 hemşirenin bazen doyumlu, 3 hemşirenin doyumsuz oldukları; 13 hemşirenin işlerinde daha fazla rekabet olmasını istediği, 7 hemşirenin ise bu konuda isteklerinin daha az olduğu görülmektedir.

"Sorumluluk" konusunda 15 hemşirenin doyumlu, 5 hemşirenin bazen doyumlu oldukları; 10 hemşirenin şimdiki durumundan daha fazla sorumluluk almak

istediği, 10 hemşirenin varolan sorumluluğunu yeterli bulduğu belirlenmiş olup daha az sorumluluk almak isteyen hemşire bulunmamaktadır.

Hemşirelerin işlerinde sağladıkları "Başarı Duygusu"na ynellik olarak 4 hemşirenin doyumlu 13 hemşirenin bazen doyumlu, 3 hemşirenin doyumsuz oldukları bellirlenmiştir.

"İnsanlarla Tanışma ve Arkadaşlık" konusunda 5 hemşirenin doyumlu, 5 hemşirenin bazen doyumlu, 10 hemşirenin doyumsuz oldukları; konuyla ilgili olarak 19 hemşirenin daha fazla olanak ahibi olmayı istediği (n=20) bulunmuştur.

"Kaynak Bulabilme" konusunda hemşirelerin hiğbirinin doyumlu olmadığı, 13 hemşirenin bazen doyumlu, 7 hemşirenin doyumsuz olduğu saptanmıştır.

"İş Kontrolü" ile ilgili olarak hemşirelerde tam doyumluluk görülmemiş, 12 hemşirenin bazen doyumlu, 8 hemşirenin doyumsuz oldukları; hemşirelerden 10'ua daha az kontrol edilmeyi istediğini, 7'si aynı ölçüde kontrol edilmeyi, 3' de daha fazla kontrol edilmek istediklerini belirtmişlerdir.

"Hastaya Ait Hedefler" konusunda 7 hemşirenin doyumlu, 13 hemşirenin bazen doyumlu oldukları belirlenmiş, konuyla ilgili olarak tüm hemşirelerin daha fazla istekli oldukları görülmüştür.

Hemşirelerin yapmak zorunda oldukları "İş Yükü"ne ynellik olarak 2 hemşirenin doyumlu, 9 hemşirenin bazen doyumlu, 9 hemşirenin ise doyumsuz olduğu; 3 hemşire konuyla ilgili daha fazla istek belirtirken, 17 hemşirenin iş yükünün daha az olması yönünde isteklerinin olduğu belirlenmiştir.

"İnsiyatif Kullanımı"na ait 2 hemşirenin doyumlu, 14 hemşirenin bazen doyumlu, 4 hemşirenin doyumsuz olduğu; 18 hemşire daha fazla insiyatif kullanmayı isterken, 2 hemşirenin bu konuda isteklerinin olmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin işlerinde "Karar Verme-Yargılama" durumlarına bakıldığında; 4 hemşirenin bu konuda doyumlu, 12'sinin bazen doyumlu, 4'nn doyumsuz olduğu; 17 hemşire daha fazla karar vermeyi istediğini belirtirken 3 hemşirenin bu konuda

isteği olmadığı Tablo 13'te yer almaktadır.

Başlangıcından bitimine, bir başkasına devretmeden başlanılan "İşin Sonucunu Görme" konusundaki doyum durumlarına bakıldığında, 1 hemşirenin doyumlu; 11 hemşirenin bazen doyumlu, 8 hemşirenin de doyumsuz oldukları görülmektedir. Tüm hemşireler (n=20) bu konuda daha fazla istekli olduklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin bir bütün olarak işlerini ele aldıklarında "İşi Sevme" konusunda 10 hemşirenin doyumlu, 8 hemşirenin bazen doyumlu, 2 hemşirenin doyumsuz oldukları belirlenmiştir.

Tablo 14. Fonksiyonel Hemşirelik Yöntemi İle Primer Hemşirelik Yöntemi Arasında Karşılaştırmalı İş Doyumu Analizi (n=15)\*

İŞİN BOYUTLARI	SORULARDAKİ (1) (2) (3) YANITLARI						DİĞER YANITLAR			
	Doyumlu		Bazen Doyumlu		Doyumsuz Doyumsuz		Daha fazla istek		Daha az istek	
	+		0		-					
	*F	**P	F	P	F	P	F	P	F	P
Bilgi ve Beceri Kullanımı	2	8	13	7	0	0	15	15	--	--
Rekabet	3	2	9	11	3	2	10	9	5	6
Sorumluluk	11	15	4	0	0	0	9	2	--	--
Başarı Duygusu	2	7	11	8	2	0	--	--	--	--
İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık	5	6	4	7	6	2	15	15	--	--
Kaynak Bulabilme	0	0	9	13	6	2	--	--	--	--
İş Kontrolü	0	2	8	13	7	0	6	3	2	0
Hastaya Ait Hedefler	5	11	10	4	0	0	15	15	--	--
İş Yükü	2	5	5	8	8	2	2	6	13	9
İnsiyatif Kullanımı	2	4	10	10	3	1	13	14	2	1
Karar Verme-Yargılama	4	8	10	7	1	0	12	12	3	3
İşin Sonucunu Görme	1	5	9	7	5	3	15	15	--	--
İşi Sevme	7	14	6	1	2	0	--	--	--	--

\*F: Fonksiyonel Hemşirelik Yöntemi

\*\*P: Primer Hemşirelik Yöntemi

(n=15)\* Karşılaştırmaya alınan her iki yöntemde de aynı hemşireler yer almıştır.

Tablo 14'te görüldüğü gibi, "Bilgi ve Beceri Kullanımı" ile ilgili olarak, fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında 13 hemşire bazen doyumlu olduklarını belirtirken, primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında 8 hemşire doyumlu olduğunu belirtmiş, her iki yöntemle de bakım verilme sırasında tüm hemşirelerin (n=15) konuyla ilgili olarak daha fazla fırsat sahibi olmak istedikleri saptanmıştır.

Tablo 14 incelendiğinde, "Rekabet" konusunda fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle 9, primer hemşirelik yöntemiyle 11 hemşirenin bazen doyumlu oldukları, her iki yöntem sırasında da bu konuya ait isteğin daha fazla olduğu bulunmuştur.

"Sorumluluk" konusunda hemşirelerin çoğu (n=11) fonksiyonel hemşirelik yöntemini uyguladıkları sırada, hemşirelerin tümü (n=15) primer hemşirelik yöntemini uyguladıkları sırada, doyumlu olduklarını, fonksiyonel hemşirelik yöntemini uygulama sırasında 9 hemşire daha fazla sorumluluk almayı isterken, primer hemşirelik yöntemini uygulama sırasında 13 hemşire aynı miktarda sorumluluk almak istediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin işlerinde sağladıkları "Başarı Duygusu"na yönelik olarak fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2, primer hemşirelik yönteminde 7 hemşire doyumlu, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2 hemşire doyumsuz bulunurken primer hemşirelik yönteminde doyumsuz olan hemşirenin olmadığı görülmüştür.

"İnsanlarla Tanışma ve Arkadaşlık" konusunda fonksiyonel hemşirelik yönteminde 5, primer hemşirelik yönteminde 6 hemşirenin doyumlu, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 6, primer hemşirelik yönteminde 2 hemşirenin doyumsuz oldukları, her iki yöntem sırasında da tüm hemşirelerin (n=15) bu konuda daha fazla istekleri olduğu belirlenmiştir.

"Kaynak Bulabilme" ile ilgili olarak her iki yöntemle de hemşirelerde doyumlu olma görülmemiş, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 6, primer hemşirelik



yönteminde 2 hemşirenin doyumsuz olduğu saptanmıştır.

"İş Kontrolü"ne yönelik olarak fonksiyonel hemşirelik yönteminde doyumlu hemşire görülmemiş, primer hemşirelik yönteminde 2 hemşire doyumlu bulunmuş, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 7 hemşire doyumsuz olurken, primer hemşirelik yönteminde doyumsuzluk belirten hemşire bulunmamıştır. Konuyla ilgili istek durumlarına bakıldığında fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2 hemşire daha fazla 6 hemşire daha az kontrol edilmeyi, primer hemşirelik yönteminde 3 hemşire daha az kontrol edilmeyi diğer hemşirelerin aynı ölçüde kontrol edilmeyi istedikleri belirlenmiştir.

"Hastaya Ait Hedefler" konusunda fonksiyonel hemşirelik yönteminde 5, primer hemşirelik yönteminde 11 hemşire doyumlu bulunmuş, her iki yöntemle de doyumsuzluk görülmemiş, her iki yöntem sırasında da tüm hemşirelerin (n=15) bu konuda daha fazla isteklerinin olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin yapmak zorunda oldukları "İş Yüğü"ne yönelik olarak fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2 hemşire doyumlu, 8 hemşire doyumsuz bulunurken, primer hemşirelik yönteminde 5 hemşire doyumlu, 2 hemşire doyumsuz bulunmuş; fonksiyonel hemşirelik yönteminde 13, primer hemşirelik yönteminde 9 hemşirenin iş yükünün daha az olması yönünde isteklerinin olduğu belirlenmiştir.

"İnsiyatif Kullanımı"na ait fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2 hemşire doyumlu, 3 hemşire doyumsuz, primer hemşirelik yönteminde 4 hemşire doyumlu, 1 hemşire doyumsuz bulunmuş, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 13, primer hemşirelik yönteminde 14 hemşire daha fazla insiyatif kullanma konusunda isteklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin işlerinde "Karar Verme-Yargılama" durumlarına bakıldığında; fonksiyonel hemşirelik yönteminde 4 hemşire doyumlu, 1 hemşire doyumsuz, primer hemşirelik yönteminde 8 hemşire doyumlu bulunmuş, doyumsuz hemşire

saptanmamıştır. Her iki yöntem sırasında da 12 hemşirenin bu konuda daha fazla istekleri olduğu belirlenmiştir.

Başlangıcından bitimine, bir başkasına devretmeden başlanılan "İşin Sonucunu Görme" konusundaki doyum durumlarına bakıldığında, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 1 hemşire doyumlu, 5 hemşire doyumsuz, primer hemşirelik yönteminde 5 hemşire doyumlu, 3 hemşire doyumsuz bulunmuş, her iki yöntem sırasında da tüm hemşirelerin (n=15) konuyla ilgili daha fazla istekleri olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin bir bütün olarak işlerini ele aldıklarında "İşi Sevme" konusunda, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 7 hemşirenin doyumlu, 2 hemşirenin doyumsuz, primer hemşirelik yönteminde 14 hemşirenin doyumlu olduğu belirlenmiş, doyumsuz hemşire bulunmamıştır.

#### 5.2.4. İş Doyumlarının Karşılaştırılması

Fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasında tüm iş boyutlarına yönelik olarak Mc Nemar ve Stuart-maxwell  $\chi^2$  testi kullanılarak karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 15. Bilgi ve Beceri Kullanımı

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK		TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Doyumlu	
Doyumlu	2	6	8
Bazen Doyumlu	0	7	7
TOPLAM	2	13	15

$$\chi^2 = 4.17; P < 0.05$$

\* Her iki yöntemle de bu konuda doyumsuzluk görülmemiştir.

Tablo 15'te görüldüğü gibi bilgi ve beceri kullanımında primer hemşirelik yönünde anlamlılık saptanmıştır ( $X^2=4.17$ ;  $P<0.05$ ).

Tablo 16. Rekabet

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	2	0	0	2
Bazen Duyumlu	1	8	2	11
Doyumsuz	0	1	1	2
TOPLAM	3	9	3	15

$$X^2 = 1.33; P>0.05$$

Tablo 16'da görüldüğü gibi her iki yöntem arasındaki karşılaştırmada anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=1.33$ ;  $P>0.05$ ).

Tablo 17. Sorumluluk

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK		TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	
Doyumlu	11	4	15
Bazen Duyumlu	0	0	0
TOPLAM	11	4	15

$$X^2 = 2.25; P>0.05$$

\* Her iki yöntemle de sorumluluk konusunda doyumsuzluk belirlenmemiştir.

Her iki yöntem arasında yapılan karşılaştırmada sorumluluk konusunda fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P>0.05$ ).

Tablo 18. Başarı Duygusu

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	2	4	1	7
Bazen Duyumlu	0	7	1	8
Doyumsuz	0	0	0	0
TOPLAM	2	11	2	15

$$X^2 = 5.55; 0.01 < P < 0.05$$

Başarı duygusu'nun karşılaştırılmasında primer hemşirelik yönünde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $0.01 < P < 0.05$ ).

Tablo 19. İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	3	2	1	6
Bazen Duyumlu	2	2	3	7
Doyumsuz	0	0	2	2
TOPLAM	5	4	6	15

$$X^2 = 4; P < 0.05$$

Tablo 19'da görüldüğü gibi İnsanlarla tanışma ve arkadaşlık konusunda primer hemşirelik yönünde istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ( $P < 0.05$ ).

Tablo 20. Kaynak Bulabilme

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK		TOPLAM
	Bazen Doyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	8	5	13
Bazen Doyumlu	1	1	2
TOPLAM	9	6	15

$$\chi^2 = 1.5; P > 0.05$$

\* Her iki yöntemle de kaynak bulabilme konusunda tam doyumluluk görülmemiştir.

Tablo 20'de görüldüğü gibi fonksiyonel hemşirelik ve primer hemşirelik yöntemi arasında kaynak bulabilme konusunda fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 21. İş Kontrolü

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Doyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	0	2	0	2
Bazen Doyumlu	0	6	7	13
Doyumsuz	0	0	0	0
TOPLAM	0	8	7	15

$$\chi^2 = 9; 0.001 < P < 0.01$$

\* Fonksiyonel hemşirelik yönteminde tam doyumluluk, primer hemşirelik yönteminde tam doyumsuzluk görülmemiştir.

Tablo 21'de görüldüğü gibi, iki yöntem arasındaki karşılaştırmada iş kontrolü konusunda primer hemşirelik yönünde ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir ( $0.001 < P < 0.01$ ).

Tablo 22. Hastaya Alt Hedefler

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK		TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	
Doyumlu	5	6	11
Bazen Duyumlu	0	4	4
TOPLAM	5	10	15

$$X^2 = 4.17; P < 0.05$$

\* Hastaya alt hedefler konusunda her iki yöntemle de doyumsuzluk görülmemiştir.

Tablo 22'de görüldüğü gibi fonksiyonel hemşirelik ile primer hemşirelik yöntemi arasındaki karşılaştırmada istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Tablo 23. İş Yükü

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	2	1	2	5
Bazen Duyumlu	0	4	4	8
Doyumsuz	0	0	2	2
TOPLAM	2	5	8	15

$$X^2 = 6.43; 0.01 < P < 0.05$$

Tablo 23'te görüldüğü gibi iki yöntem arasında iş yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $0.01 < P < 0.05$ ).

Tablo 24. İnsiyatif Kullanımı

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	2	2	0	4
Bazen Duyumlu	0	8	2	10
Doyumsuz	0	0	1	1
TOPLAM	2	10	3	15

$$\chi^2 = 4; P < 0.05$$

İnsiyatif kullanımı konusunda yapılan iki yöntemin karşılaştırılmasında fark primer hemşirelik yönünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Tablo 25. Karar Verme-Yargılama

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	4	4	0	8
Bazen Duyumlu	0	6	1	7
Doyumsuz	0	0	0	0
TOPLAM	4	10	1	15

$$\chi^2 = 5; P < 0.05$$

Tablo 25'te görüldüğü gibi, iki yöntem arasında yapılan karşılaştırmada farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $P < 0.05$ ).

Tablo 26. İşin Sonucunu Görme

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	1	3	1	5
Bazen Duyumlu	0	6	1	7
Doyumsuz	0	0	1	3
TOPLAM	1	9	5	15

$$X^2 = 4.57; P < 0.05$$

Fonksiyonel hemşirelik ile primer hemşirelik yöntemi arasında işin sonucunu görme konusunda yapılan istatistiksel karşılaştırmada fark anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Tablo 27. İş Sevme

PRİMER HEMŞİRELİK	FONKSİYONEL HEMŞİRELİK			TOPLAM
	Doyumlu	Bazen Duyumlu	Doyumsuz	
Doyumlu	7	5	2	14
Bazen Duyumlu	0	1	0	1
Doyumsuz	0	0	0	0
TOPLAM	7	6	2	15

$$X^2 = 7; P < 0.001$$

Tablo 27'de görüldüğü gibi iki yöntem arasında yapılan karşılaştırmada farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P < 0.001$ ).



### 5.2.5. Açık Uçlu Sorular

Anket formu içinde hemşirelerin iş boyutlarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla açık uçlu sorular bulunmaktadır. Bu sorular yardımıyla iş boyutlarına yönelik; daha fazla veya daha az istek ya da beklentiye ilişkin hemşirelerden öneriler istenmiştir. Bu sorular:

- İşinizde daha fazla rekabet /yarış olması için "ne" yapılabilir?
- Daha fazla başarı duygusunu yaşamanızı "ne" sağlar?
- İşinizle ilgili olarak ne yapabilmeyi isterdiniz?
- İşinizin doyum sağlayıcı ve daha sevilir olması için neler önerirdiniz?
- İşiniz hakkında en çok neler isterdiniz?
- İşinizle ilgili pek de istemedikleriniz nelerdir?

Bu sorulara yönelik hemşirelerden gelen yanıtlar araştırmacı ile birlikte iki değerlendirmeci eşliğinde gruplandırılmıştır.

- İşinizde daha fazla rekabet/yarış olması için "ne" yapılabilir?

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Maddî ve manevî yönden ödüllendirme (14 hemşire);
- Daha fazla bilgi, öğrenme ve bu bilgiyi kullanma fırsatı (11 hemşire).

Primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Maddî ve manevî yönden ödüllendirme (11 hemşire);
- Daha fazla bilgi, öğrenme ve bu bilgiyi kullanma fırsatı (7 hemşire).

- Daha fazla başarı duygusunu yaşamanızı "ne" sağlar?

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Bilgi ve becerimi daha iyi kullanma olanağı (12 hemşire);
- Sorumluluğum oranında yetki verilmesi (8 hemşire);
- Kendine ait işleri yerine getirme (5 hemşire).

Primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Bilgi ve becerimi daha iyi kullanma olanağı (9 hemşire);
- Sorumluluğum oranında yetki verilmesi (6 hemşire);
- Kendime ait işleri yerine getirme (5 hemşire).

**• İşinizle ilgili olarak ne yapabilmeyi isterdiniz?**

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Daha bağımsız karar verebilmeyi (13 hemşire);
- Daha fazla bilgi sahibi olmayı (5 hemşire);
- Daha planlı çalışmayı (3 hemşire).

Primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Daha bağımsız karar verebilmeyi (10 hemşire);
- Bilgi ve becerimi geliştirmeyi (8 hemşire);
- Bilgi ve becerimi daha iyi kullanmayı (6 hemşire).

**• İşinizin doyum sağlayıcı ve daha sevilir olması için neler önerirdiniz?**

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Maddi ve manevi yönden ödüllendirme (14 hemşire);
- Yeterli ve nitelikli bakım verecek eleman (hemşire ve hasta bakıcı) (12 hemşire);
- Yeterli ve uygun araç-gereç (9 hemşire);
- Bilgi ve becerilerimi geliştirme konusunda idari destek (5 hemşire).

Primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Maddi ve manevi yönden ödüllendirme (14 hemşire);
- Yeterli ve nitelikli bakım verecek eleman (10 hemşire);
- Sorumlulukla birlikte yetki verilmesi (5 hemşire);
- Kendi işim dışında işlerle ilgilenmeme (3 hemşire).

• **İşiniz hakkında en çok neler isterdiniz?**

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Daha fazla maddi manevi destek (13 hemşire);
- Saygınlık ve daha iyi kabul görme (11 hemşire);
- Daha bağımsız çalışabilmek (8 hemşire);
- Branşlaşma (3 hemşire).

Primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Daha fazla maddi manevi destek (14 hemşire)
- Saygınlık ve takdir edilme (10 hemşire)
- Hastalarım a ait tüm bakımı verebilme (5 hemşire);
- Kendimi geliştirme olanağının sağlanması (3 hemşire).

• **İşinizle ilgili pek de istemedikleriniz nelerdir?**

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Yetersiz eleman ve araç-gereçle çalışma (13 hemşire);
- Meslek dışı görevleri yerine getirme (11 hemşire);
- Kendi görevlerime ait bağımsız karar verememe (5 hemşire);
- İşimin vardiyalı çalışmayı gerektirmesi (3 hemşire).

Primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında:

- Yetersiz eleman ve araç-gereçle çalışma (13 hemşire);
- Meslek dışı görevleri yerine getirme (12 hemşire);
- İşimin vardiyalı çalışmayı gerektirmesi (3 hemşire);
- Özverili çalışma beklentisi (2 hemşire);
- Stresli çalışma (2 hemşire).

## 6. TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğinin tanımlanmasıyla birlikte bakım yaklaşımları, gerek yapısal ve gerekse organizasyon açısından çok büyük değişiklikler göstermiş ve ne tip bir hemşirelik yaklaşımının bakımın niteliğini arttıracığına yönelik çeşitli araştırmalar yapılmıştır.

Araştırmalardan bazıları 1960'larda başlayan, günümüzde de güncelliğini koruyan ve önemi daha iyi anlaşılan primer hemşirelik yöntemini içermektedir. Bu yöntemin hemşirelik bakımına hem felsefi hem de organize bir yaklaşım getirdiği, hastaların aldığı bakımın niteliğini ve hemşirelerin iş doyumunu yükselttiği yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (37,38).

Ülkemize yönelik olarak; primer hemşireliğin bakımın niteliğine ve hemşirelerin iş doyumuna olan etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada; önce, bakımın niteliğinin belirlenmesi ile ilgili bulgular daha sonra ise, hemşirelerin iş doyumuna ilişkin bulgular tartışılacaktır.

### 6.1. Bakımın Niteliğinin Belirlenmesi İle İlgili Bulgular

#### Değerlendirmeciler Arası Güvenirliğin Belirlenmesi:

Tablo 1'de görüldüğü gibi tüm alt gruplarda değerlendirmeçiler arası ilişkinin kuvvetli/güçlü olduğunu gösteren güvenirlilik katsayıları belirlenmiştir. Buna göre en yüksek güvenirlilik katsayısı: 0.85 ile "genel" alt grubunda, en düşük güvenirlilik katsayısı ise, 0.66 ile "psikososyal: birey" alt grubunda saptanmıştır.

30 vakadan elde edilen bu sonuçlar, "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın bir ölçek olarak hastanın aldığı bakımın niteliğini belirlemek amacıyla YBÜ'lerinde güvenilir bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Manley 14 vaka üzerinde yapmış olduğu çalışmada tüm alt gruplar için güvenirlilik katsayıları 0.4-0.8 arasında

bulmuş olup, yazar vaka sayısının arttırıldığında güvenilirlik katsayılarının da artabileceğini belirtmektedir (38).

Fonksiyonel hemşirelik yöntemi uygulanması sırasında iki değerlendirmenin alt gruplara vermiş oldukları puan ortalamaları tablo 2 ve şekil 7'de yer almaktadır. Buna göre; tüm alt gruplar için 1. değerlendirme 2.82; 2. değerlendirme ise, 3.04 ortalama puan bildirmişlerdir. Bu bireysel farklılığın olabileceği Manley'in çalışmasında da görülmekte (38) olup, "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın güvenilirliğini "0.66" değerinin altına düşürmemektedir (Tablo 1).

#### **Primer Hemşirelik Yönteminin Hastaların Aldığı Bakımın Niteliğine Etkisi Var mı?**

Fonksiyonel hemşirelik yöntemi (ön test) ile primer hemşirelik yönteminin (son test) karşılaştırılmasında; fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım alan hastaların puan ortalaması  $2.93 \pm 0.16$  bulunurken, primer hemşirelik yöntemiyle bakım alan hastaların puan ortalaması  $3.94 \pm 0.20$  olarak belirlenmiş ve iki grup arasındaki istatistiksel fark çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ). Buna göre; fonksiyonel hemşirelik yönteminde "orta" düzeyde olan bakımın, primer hemşirelik yönteminde "oldukça iyi" düzeye yükseldiği görülmektedir (Tablo 3).

Manley'in yapmış olduğu çalışmada da, primer hemşirelik yönteminde hastanın aldığı bakım 4 (oldukça iyi) olarak bulunmuştur (38). Aynı zamanda Martin ve Stewart'ın primer ile non-primer hemşirelik bakımı arasındaki farkları karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, primer hemşireliğin bakımın niteliğini arttırdığı belirlenmiştir (34,43). Connoly ve Gray, altı yataklı bir YBÜ'nin iki yatağı üzerinde primer hemşirelik uygulamışlar ve hemşirelerin algılamalarına yönelik olarak hastanın aldığı bakımın niteliğinin arttığını saptamışlardır (37).

Shukla, ekip hemşireliği ile primer hemşirelik yöntemini 30 vaka üzerinde karşılaştırmış; primer hemşirelik yönteminde bakımın niteliğinin artmış olduğunu

saptamıştır (58). Shukla'ninkine benzer bir çalışmayı Giovenetti yapmış ve paralel sonuçlar elde etmiştir (35). Reed'in gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, ekip hemşireliği yönteminde hastaların aldığı bakım puan ortalaması 3.9 bulunurken, primer hemşirelik yönteminde 4.35 olarak bulunmuş olup, sonuç çalışmamızı destekler niteliktedir (55).

Primer hemşirelik yönteminin YBÜ dışında bazı tıbbi ve cerrahi ünitelerde uygulandığı ve bu ünitelerde bakımın niteliğini olumlu yönde etkilediği literatürde yer almaktadır. Bu konuda Mac Guire'nin yapmış olduğu çalışmada, primer hemşirelik yöntemi uygulaması öncesi ve sonrası üç ayrı üniteye yapılan değerlendirmelerde; primer hemşireliğin bakımın niteliğini arttırdığı belirlenmiş olup, YBÜ'lerinde uygulanan primer hemşirelik yöntemi sonuçları ile paralellik göstermektedir (35).

Marram ve arkadaşları, Felton, Collins, Jones, Kent, Elpern, Hegedus, Eichhorn ve Frevert, Steckel ve arkadaşları, Howard, Lindsay ve arkadaşları farklı zamanlarda yapmış oldukları çalışmalarda primer hemşirelik yönteminin hastanın aldığı bakımın niteliğine diğer hemşirelik bakım yöntemlerinden daha etkili olduğunu belirlemişlerdir (33,34,35,37,38,42,55,66).

#### **Alt Grup Puan Karşılaştırmaları:**

Primer hemşirelik yöntemi uygulamalarında hastanın aldığı bakımın niteliğini ölçmek amacıyla kullanılan "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın hasta bireyin farklı yönleriyle ilgili durumunu belirlemek üzere beş alt grubu bulunmaktadır. Tablo 4 ve şekil 8'de görüldüğü gibi, fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasında alt grup puanları karşılaştırılmıştır.

*Psikososyal:birey* alt grubunda puan ortalaması fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2.86 primer hemşirelik yönteminde ise, 4.05 olarak belirlenmiştir. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuş

( $P < 0.001$ ) ve primer hemşirelik yöntemiyle bakım alan hastaların psikososyal gereksinimlerinin daha iyi karşılandığı saptanmıştır.

Shukla'nın yapmış olduğu araştırmada, hastaların aldığı psikososyal bakımın primer hemşirelik yönteminde ortalama 3.46, ekip hemşireliği yönteminde ise, 3.28 olarak saptanmış olup, hastaların psikososyal yönden primer hemşirelikte daha iyi bakım aldığı belirlenmiştir (58).

Manley, araştırmasında her iki gruptaki hastaların ortalamasının üzerinde bir bakım aldığını saptamıştır. Bunun yanı sıra istatistiksel olarak primer hemşirelik yönünde ileri derecede anlamlılık ( $P < 0.01$ ) belirlemiştir (38).

Mac Guire, Lindsay ve arkadaşları, primer hemşirelik öncesine göre, primer hemşirelik uygulanmaya başladıktan sonra hastaların psikososyal gereksinimlerinin daha iyi karşılandığını saptamışlardır (33,35).

Martin ve Stewart'ın yapmış olduğu çalışmada, psikososyal-emosyonel yönden hastaların primer hemşirelik yönteminde çok daha iyi bakım aldıkları görülmekte olup, sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (43).

"Fiziksel" alt grubunda ise, fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında hastaların aldıkları fiziksel bakıma ilişkin ortalama puan 3.12, primer hemşirelik yönteminde 3.89 olarak bulunmuş, her iki yöntemin karşılaştırılmasında sonuç istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).

Çalışmamız, Manley'in bulguları ile paralellik göstermekte olup, primer hemşirelik yönteminde hastaların fiziksel olarak daha iyi bakım aldıkları izlenmiştir (38).

Aynı zamanda Felton, Shukla, Steckel ve arkadaşları Mac Guire ve Lindsay'ın yapmış oldukları çalışmalarda hastaların aldıkları fiziksel bakımda farklılık olmamasına karşın, primer hemşirelik yönteminde daha yüksek puanlar elde edilmiştir ve konu ile ilgili olarak tüm araştırmacılar özellikle YBÜ'lerinde

hastaların fiziksel bakımının aksamayacağı konusunda düşüncelerini bildirmişlerdir (33,35,37,38,43,58).

"Genel" alt grubuna ait puan değeri fonksiyonel hemşirelik yönteminde ortalama 3.10, primer hemşirelik yönteminde ise, 3.83 değerine yükselmiş olup, sonuç istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P<0.001$ ). Manley'in çalışmasında, psikososyal ve fiziksel alt grubun bir kombinasyonu olarak tanımlanmış "genel" alt gruba ait elde edilen sonuçlar çok ileri derecede anlamlı bulunmuş olup çalışmamıza paralellik göstermektedir (38).

Reed'in çalışmasında, hastaların aldığı "genel" bakım ekip hemşireliği yönteminde ortalama 3.68 iken, primer hemşirelik yönteminde 4.49 olarak belirlenmiş olup, primer hemşirelik yönteminin etkinliği belirgin olarak gösterilmiştir (55).

Martin ve Stewart'ın çalışmasında da, hastaların aldığı "genel" bakımın daha iyi olduğu saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (43). Mac Guire ve Shukla ise, hastaların aldığı "genel" bakıma yönelik sayısal bir artış elde etmelerine rağmen istatistiksel bir anlamlılık saptayamamışlardır (35,58).

Araştırmamızda en büyük anlamlılık skalanın dördüncü alt grubu olan, hasta adına yapılan "iletişim" alt grubunda belirlenmiştir. Hastaların iletişime ait aldıkları ortalama bakım puanı fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2.9, primer hemşirelik yönteminde ise, 4.01 bulunmuş olup, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlılık saptanmıştır ( $P<0.001$ ).

Reed'in yapmış olduğu çalışmada, hastaların "iletişim" konusunda almış oldukları bakıma ait, ekip hemşireliği yönteminde ortalama 2.14, prime hemşirelik yönteminde ise, 4.4 puan değeri elde edilmiştir. Bu sonuç ekip hemşireliği yönteminde hastaların "iletişim"le ilgili ortalamanın altında (pek iyi değil) bir bakım alırken, primer hemşirelik yönteminde, oldukça iyi ile, çok iyi arasında bir bakım



aldıklarını ortaya çıkarmıştır (55).

Aynı zamanda Mac Guire, Manley, Martin ve Stewart, Shukla yapmış oldukları çalışmalarda da hastaların "*iletişim*"le ilgili almış oldukları bakımın istatistiksel olarak primer hemşirelik yönünde anlamlı olduğunu belirlemişlerdir (35,38,43,58). Yine Connolly ve Gray'ın çalışmasında primer hemşireliğin önemli ölçüde iletişimi geliştirdiği belirlenmiştir (37).

"*Mesleki uygulamalar*" alt grubu; hastaya verilen bakımdan çok, otonomi, sorumluluk, karar verme ve hasta bakımını planlama ile ilgili hemşirelik faaliyetlerini içermektedir.

Araştırmamızda "*mesleki uygulamalar*" konusunda hastanın aldığı bakım fonksiyonel hemşirelik bakım yönteminde ortalama 2.79, primer hemşirelik yönteminde 3.94 puan olarak bulunmuş olup, sonuç çok ileri derecede anlamlıdır ( $P<0.001$ ). Manley'in bulguları çalışmamızla paralellik göstermektedir (38).

Reed, ekip hemşireliği ile primer hemşirelikte mesleki uygulamalar ile ilgili hastaların aldıkları bakımı karşılaştırmış ve ekip hemşireliğinde ortalama 3.57, primer hemşirelikte ise, 4.5 puan elde etmiş olup, sonuçları ileri derecede anlamlı bulmuştur (55).

Martin ve Stewart, Shukla, Lindsay ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarda, tüm alt gruplarda olduğu gibi, primer hemşireliğin "*mesleki uygulamalar*" konusunda da hastaların aldıkları bakımın niteliğinin yükseldiğini saptamışlardır (43,58).

## 6.2. İş Doyumuna Ait Bulgular

### Anket Formunun Güvenirliğinin Saptanması:

Araştırmada primer hemşireliğin etkinliğini belirlemek amacıyla, ikinci bir ölçek olarak kullanılan "İş Doyumu Anketi"nin uygun bir ölçek olup olmadığı, güvenilir bir şekilde uygulanıp uygulanamayacağını belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmalar sonucunda anket formunun 13 boyutuna ait güvenilirlik katsayıları belirlenmiştir. Tablo 5'te de görüldüğü gibi en yüksek güvenilirlik katsayısı 0.89 ile "iş yükü", en düşük güvenilirlik katsayısı ise, 0.58 ile "rekabet"e ait iş boyutunda saptanmıştır. Elde edilen bu güvenilirlik katsayılarından ortalamanın üzerinde ve güçlü bir ilişkinin varlığı (64) görülmekte olup, anketin güvenilir bir ölçek olarak kullanılabilirliğini göstermektedir. Bu nedenle anket formunun iş doyumunu belirleyici özelliklerinde değişiklik yapılmamış, yalnızca hemşirelere ait tanımlayıcı özelliklere değişiklikler ve ilaveler yapılmıştır.

### Hemşirelere Ait Tanımlayıcı zellikler:

YB'side çalışan 20 hemşireye ait tanımlayıcı bulgular Tablo 6-12'de verilmiştir. Buna göre, %60'ının 1-3 yıl, %35'inin 4-6 yıldır çalışmakta olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Hemşirelerin yaş gruplarına bakıldığında, %50'sinin 23-27, %45'inin 18-22 yaş grubunda olduğu görülmektedir (Tablo 7). Bilindiği gibi ülkemizde klinik alanlarda çalışan hemşirelerin yaş ortalamaları genellikle 30 yaşın altında olup, özellikle YB'leri gibi aktif alanlarda yaş ortalaması daha da düşebilmektedir (26). Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde, %80'inin bekar olduğu görülmektedir (Tablo 8).

YBÜ'nde çalışan hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında %45'inin lisans, %35'inin Sağlık Meslek Lisesi, %20'sinin nlisans mezunu oldukları belirlenmiştir (Tablo 9). Primer hemşirelikle ilgili olarak yapılan çeşitli çalışmalarda

primer hemşire olacak kişinin mesleki eğitimini tamamlamış, özellikle de lisans mezunu olması istenmektedir. Ülkemiz koşulları düşünüldüğünde tüm çalışanlarının lisans mezunu olduğu bir üniteyi bulmak hemen hemen olanaksızdır. Bu nedenle, primer hemşirelikle ilgili çoğu çalışmada belirtildiği gibi primer hemşirelik konusunda hemşirelerin hazırlığı önemlidir (37,38,42).

Shukla, primer hemşirelik yöntemi uygulaması öncesinde tüm hemşirelerin eğitim düzeylerinin aynı oluncaya kadar yükseltilmesi gerektiğini vurgulamıştır (37,58). Araştırmamızda, primer hemşirelik sonrası yapılan değerlendirme ve tartışmalarda eğitim düzeylerine yönelik bir farklılık gözlenmemiş, tüm hemşirelerin primer hemşirelik konusundaki yaklaşımları ve uygulayabilirliklerinin eşdeğer düzeyde olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin aldıkları aylık ücretlerine bakıldığında; YBÜ'sinde çalışan tüm hemşirelerin 3.5-5.5 milyon TL arasında ücret aldıkları Tablo 10'da yer almaktadır. Yine bilindiği gibi, ülkemiz genelinde hemşirelerin aldıkları ücret eğitim durumları ve çalışma yıllarıyla paralellik göstermektedir. Bu nedenle, burada da eğitim durumları ve çalışma yılları daha az olan hemşirelerin daha az ücret, eğitim durumları ve çalışma yılları daha fazla olanların daha fazla ücret aldıkları söylenebilir.

Araştırmamız sırasında YBÜ'sinde çalışan tüm hemşirelerin rutin olarak 15 günde bir uygulanmakta olan genel konularda hemşirelik bakımına yönelik hizmetçi eğitim programlarına katıldıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra YBÜ ile ilgili özel kursa katılma durumlarına bakıldığında, %35'inin katıldığı görülmektedir (Tablo 11). Bu durum; hemşirelerin çalıştıkları üniteye daha aktif ve yenilikleri daha kolay kabullenmelerinde bir motivasyon faktörü/güdüleyici etmen faktörü olabilmektedir.

Hemşirelerin mesleği ve çalıştıkları bölümü seçme nedenleri incelendiğinde %60'ının mesleklerini kendi istekleri doğrultusunda seçtikleri, bunun yanı sıra %45'inin çalıştıkları bölümü kendi istekleriyle seçtikleri belirlenmiştir (Tablo 12). Ülkemiz koşullarında bu oranların bir hayli yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü,

yapılan çalışmalar sonucu genellikle hemşirelik mesleğinin başka nedenlerle ya da rastgele seçildiği, hemşirelerin çalışma yerlerinin ise, daha çok kurumun gereksinimine göre belirlendiği bilinmektedir (26).

### **Kapalı Uçlu Sorularla İş Doyumunun Analizi**

Tablo 13'te görüldüğü gibi, fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile bakım veren hemşirelerin iş doyumunu almaktadır. Buna göre; 15 hemşirenin "*Sorumluluk*", 10 hemşirenin "*İşi Sevme*" konusunda doyumlu oldukları görülmektedir (n=20). Manley'in yapmış olduğu çalışmada da araştırmamıza paralel olarak "*Sorumluluk*" konusunda 18 hemşirenin, "*İşi Sevme*" konusunda 20 hemşirenin doyumlu olduğu belirlenmiştir (38).

Araştırmamızda en fazla doyumsuzluk ise, "*İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık*" (10 hemşire), "*İş Yükü*" (9 hemşire), "*İşin Sonucunu Görme*" (8 hemşire) ve "*İş Kontrolü*" (8 hemşire)'ne ait olarak belirlenmiştir. YBÜ'nün özelliği nedeniyle dış çevreye kapalı bir ünite olması, hastalar dışında yeni insanlarla tanışma olanağını sınırlamaktadır. Hastaların durumlarının ciddi ve bakım gereksinimlerinin yoğun olması, genelde iş merkezli bakımın sürdürülmesi, hemşirelerin görevleri dışındaki işlerle de fazlasıyla ilgilenmeleri hemşirelerin "*İş Yükü*"nü arttırmakta ve dolayısıyla doyumsuzluk oluşturmaktadır. Aynı zamanda, hemşirelerin çalışma saatlerinde iş merkezli bakımın sürdürülmesinden dolayı farklı yoğun bakım özelliği olan hastalarla ilgilenmeleri başlanılan bir işin sürdürülmesi ve işin sonucunu görme durumunu engellemektedir. Farklı ekip üyelerinde kendi işlerinin yürütülmesiyle ilgili beklentiler veya kendi istekleri doğrultusunda hasta bakımının verilmesiyle ilgili beklentiler, hemşirelerde işlerinin çok fazla kontrol edildiği duygusunu yaratmaktadır.

Manley'in yapmış olduğu çalışmada da fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında en fazla doyumsuzluk "*İşin Sonucunu Görme*" ve "*Karar Verme-Yargılama*" ile ilgili iş boyutlarında belirlenmiş olup, sonuçlar çalışmamızı

destekler niteliktedir (38).

Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında; tüm hemşireler "*Bilgi ve Beceri Kullanımı*", "*Hastaya ait Hedefler*", "*İşin Sonucunu Görme*" ile ilgili çoğu hemşire ise, "*İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık*", "*İnsiyatif Kullanımı*" ve "*Karar Verme-Yargılama*"ya ait iş boyutları konusunda daha fazla isteklerinin olduğunu belirtirken, daha az "*İş Yükü*" ve "*İş Kontrolü*" istemişlerdir. Manley'in çalışmasında da araştırmamıza paralellik görülmektedir (38).

Primer hemşirelik yönteminin hemşirelerin iş doyumuna olan etkisini belirlemek amacıyla fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında iş doyumunu belirlenmiş ve primer hemşirelik eğitimi aldıktan sonra primer hemşirelik yapmış 15 hemşirenin karşılaştırmalı iş doyum analizi Tablo 14'te yer almaktadır. Buna göre, her iki yöntemle de bakım veren hemşirelerde "*Rekabet*", "*Sorumluluk*" ve "*Kaynak Bulabilme*" iş boyutlarına ait iş doyumlarında bir farklılık gözlenmemiştir. Diğer iş boyutlarıyla ilgili olarak ise, primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında sayısal artış görülmektedir. Her iki yöntemle de bakım verme sırasında hemşirelerin iş doyumlarına ait istek durumları birbirine paralellik göstermekle birlikte, fonksiyonel hemşirelik yönteminde "*Sorumluluk*" konusunda daha fazla istek bulunmasına karşın; primer hemşirelik yönteminde sahip olunan sorumluluk yeterli bulunmuştur. Yine fonksiyonel hemşirelik yönteminde yerine getirmek zorunda oldukları "*İş Yükü*"nün daha az olması konusunda istek bulunurken; primer hemşirelik yönteminde bu istekte bir azalma olduğu görülmektedir.

### **İş Doyumlarının Karşılaştırılması**

Tablo 15-27'de fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle primer hemşirelik yöntemi arasında hemşirelerin iş doyumları istatistiksel olarak tüm iş boyutlarında ayrı ayrı karşılaştırılmıştır.

Tablo 15'te görüldüğü gibi, "*Bilgi ve Beceri Kullanımı*" konusunda her iki yöntem arasında da tam doyumsuzluk görülmemiştir. Fonksiyonel hemşirelik yönteminde iki hemşire doyumlu olduğunu belirtirken primer hemşirelik yönteminde 8 hemşire doyumlu olduğunu belirtmiştir. İki yöntem arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Reed ekip hemşireliği ve primer hemşirelik uygulamaları sırasında iş doyumunu araştırmış ve primer hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında daha fazla doyum sağlandığını belirlemiştir (55). Bizim bulgularımızı destekler nitelikte olan bu sonuçlar, primer hemşirelik yönteminde sahip olunan bilgi ve becerinin daha etkili olarak kullanılabilirdiğini düşündürmektedir.

"*Rekabet*"e ait iş boyutunu karşılaştırmada yöntemler arasında bir farklılık görülmemektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, primer hemşirelik yönteminin "*Rekabet*"i arttırdığı ve bunun da hemşirelerde iş doyumunu yükselttiği vurgulanmaktadır (37,38,42,55). Bizim çalışmamızda "*Rekabet*" kavramının hemşirelerde birinci derecede "*Maddi Ödüllendirme*" ile paralel gitmesi gerektiği düşüncesi bulunmaktadır. Bu nedenle her iki yöntemle de bakım veren hemşireler böyle bir farklılık göremedikleri için rekabet ile ilgili doyum durumunda bir değişiklik gözlenmemiştir. Manley, çalışmasında primer hemşirelik yönteminde hastaya daha iyi bakım verme doğrultusunda oluşan rekabetin diğer yöntemlerden farklı olarak hemşirelerde doyumunu arttırdığını istatistiksel olarak da belirlemiştir (38). Reed ise, çalışmasında ekip hemşireliği ile primer hemşirelik arasında ücret olarak farklılık bulunmamasına rağmen, hemşirelerin işlerinden sağladıkları doyumunu istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulmuştur (55).

"*Sorumluluk*" ile ilgili olarak primer hemşirelik yönteminde sayısal artış görülmekle birlikte, istatistiksel fark saptanamamıştır. Aynı zamanda her iki yöntem sırasında da sorumluluk konusunda tam doyumsuzluk görülmemiştir. Bu sonuç YBÜ'lerinde normal servis ve ünitelere göre hastalar konusunda hemşirelerin daha fazla sorumluluğa sahip olduklarını ve bu durumun da işlerinde sağladıkları doyumunu

arttırdığını düşündürmektedir. Manley'in çalışmasında da bulunan sonuç araştırmamızla paralellik göstermektedir (38).

Hemşireler genellikle çok yoğun çalışmalarına rağmen, yaptıkları işlerin farkedilmediğinden yakınmaktadırlar. Fonksiyonel hemşirelik yönteminde de hemşirelik bakımını planlama ve uygulayabilme inisiyatifi çoğunlukla bulunmadığından hekimlerin veya amirlerin isteği doğrultusunda genelde iş merkezli çalıştıklarından farklı faaliyetlerden ve hemşirelik bakımından doyum sağlamaları hemen hemen olası değildir.

Araştırmamızda da hemşirelerin işlerinde "*Başarı Duygusunu*" yaşama durumlarına bakıldığında fonksiyonel hemşirelik yönteminde iki hemşire doyumlu bulunurken primer hemşirelik yönteminde 7 hemşire doyumlu bulunmuştur. İstatistiksel olarak bu sonucun anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $0.01 < P < 0.05$ ).

Manley de çalışmasında primer hemşirelik yönteminin hemşirelerin işlerinde sağladıkları "*Başarı Duygusunu*" geliştirdiğini ve bunun da hemşirelerde iş doyumunu arttırdığını istatistiksel olarak saptayarak, araştırmamıza paralellik oluşturmaktadır.

YBÜ'sinde giriş çıkışların kısıtlı olması, hasta aileleriyle iletişimin çok sınırlı olması ve çalışanların aynı kişiler olması nedeniyle "*İnsanlarla Tanışma ve Arkadaşlık*" konusunda olanaklar sınırlı olabilmektedir. Araştırmamızda fonksiyonel hemşirelik yönteminde 6 hemşire, primer hemşirelik yönteminde 1 hemşire bu konuda doyumsuz olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç, primer hemşirelikte iletişimin çok önemli olduğunu ve hemşirelerin sağlık ekibi üyeleriyle ve hasta ailesiyle etkin bir iletişim kurduklarında iş doyumlarının da artacağını düşündürmektedir. Bu durum çeşitli çalışmalarda da vurgulanmıştır (37,45).

Hemşirelerin işlerini gerektiği biçimde yapabilmeleri için gerekli bilgi ve araç gerece sahip olma durumlarına bakıldığında (Tablo 20), "*Kaynak bulabilme*" konusunda her iki yöntemle de tam doyumluluk görülmemiştir. Hastane içinde rutin

olarak uygulanmakta olan hizmetiçi eğitim programları dışında hemşirelerin alanlarına yönelik rehber olabilecek kişi sayısının ve Türkçe literatürün sınırlı olması bunun nedeni olarak düşünülebilir. Primer hemşirelik yönteminin ülkemiz için yeni bir kavram olması ve hemen hemen tüm hemşirelerin bu yöntemin varlığından araştırma sırasında haberdar olmaları bu konudaki kaynak eksikliğini de ortaya çıkarmıştır. Primer hemşirelik yöntemi uygulamaları sırasında konuyla ilgili olarak hemşirelerin doyumlarında sayısal bir artış olmasına rağmen, istatistiksel bir fark belirlenmemiştir ( $P>0.05$ ). Manley'in çalışmasında araştırma süresinin bir ay gibi kısa sürede tamamlanması bir sınırlılık olarak belirtilmekte olup iki yöntem arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir (38).

Primer hemşirelik yönteminin hemşirenin hastasına ilişkin daha fazla karar verebilme ve yaptığı faaliyetleri daha fazla kontrol edebilmeyi sağladığı literatürde belirtilmektedir (37,38). Araştırmamızda fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında "*İş Kontrolü*" konusunda hemşirelerde "Tam Doyumluluk" görülmezken, primer hemşirelik yönteminde "Tam Doyumsuzluk" görülmemiştir. İki yöntem arasındaki karşılaştırmada primer hemşirelik yönünde ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir ( $0.001<P<0.01$ ). Bu sonuç, hemşirelerin primer hemşirelik yönteminde hastaları hakkında çok daha fazla bilgi sahibi olabildikleri için başkaları tarafından daha az kontrol edildiklerini düşündürmektedir. Reed'in çalışmasında "*İş Kontrolü*" ile ilgili sonuçlar bulgularımızı destekler niteliktedir (55).

YBÜ'lerinde hastaların durumlarının genellikle ciddi ve dikkat gerektirir durumda olması, hemşirelerin hastaları konusunda daha fazla plan yapıp girişimde bulunmalarına yol açmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda da her iki yöntemle bakım verme sırasında hemşirelerde "*Hastaya Ait Hedefler*" konusunda tam doyumumsuzluk görülmemiştir. Bunun yanı sıra primer hemşirelik yönteminde, hastanın kabulünden taburcu olana kadar belirli bir hemşirenin sorumluluğu altında bulunması, fonksiyonel hemşirelik yönteminde hasta bakımındaki sürekliliğin sağlanamaması buna karşın primer hemşirelikte sürekliliğin olması iş doyumunu arttıracaktır. Tablo



22'de de görüldüğü gibi "*Hastaya Ait Hedefler*" konusunda fonksiyonel hemşirelik yönteminde 5 hemşire doyumlu bulunurken, primer hemşirelik yönteminde 11 hemşire doyumlu bulunmuş; istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $P<0.05$ ).

Primer hemşirelik yönteminde hemşirenin sorumluluğu birinci derecede hastası ile ilgilidir. Fonksiyonel hemşirelik bakım yönteminde ise, hemşireden genellikle iş bitirme rolü istenmekte ve bu nedenle hemşire hasta bakımının dışında birçok faaliyetle de uğraşmak durumunda kalmaktadır. Bu durum hemşirede çok fazla iş yüküyle birlikte doyumsuzluğu da beraberinde getirmektedir. Araştırmamızda hemşireler meslek dışı rollerle ilgilenmek istemediklerini çeşitli sorularda belirtmişlerdir.

Hemşirelerin "*İş Yükü*"ne ilişkin doyum durumlarına bakıldığında, fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2 hemşire doyumlu olduklarını belirtirken, primer hemşirelik yönteminde 5 hemşire doyumlu olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamız sırasında primer hemşirelerin diğer meslek dışı faaliyetlerden tam bir izolasyonunun sağlanamamasına rağmen, iki yöntem arasında istatistiksel farkın belirlenmesi ( $0.01<P<0.05$ ) primer hemşirelik yönteminin "*İş Yükü*" konusunda hemşirelerde daha fazla bir doyum sağladığını ortaya çıkarmaktadır. Reed'in çalışmasında bu konuda ileri derecede anlamlılığın belirlenmesi çalışmamızı desteklemektedir (55).

Hemşirelerin "*İnsiyatif Kullanımı*" konusunda genellikle sıkıntılıdır. Primer hemşirelik yönteminde ise, hemşireler hastaları konusunda çok daha fazla bilgi sahibi olduklarından diğer ekip üyeleri ve yöneticiler tarafından hemşire, hasta konusunda güvenilir bir kaynak olabilmekte ve hastalarıyla ilgili daha fazla insiyatif kullanabilmektedir. Tablo 24'te görüldüğü gibi, "*İnsiyatif Kullanımı*" konusunda fonksiyonel hemşirelik yönteminde 2 hemşire doyumlu olduğunu belirtirken, primer hemşirelik yönteminde 4 hemşire doyumlu olduğunu belirtmiş ve fark primer hemşirelik yönünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P<0.05$ ).

Manley, çalışmasında primer hemşirelik yönteminin hemşirelerde "*İnsiyatif Kullanımı*"nı ve bundan dolayı iş doyumunu çok fazla arttırdığını belirterek tüm iş boyutlarına ait en yüksek istatistiksel anlamlılığı bu konuda saptamıştır (38).

YBÜ'lerinde çalışan hemşireler özellikle acil durumlarda hastanın yaşamsal fonksiyonlarını sürdürebilecek belirli standartlaşmış konularda karar verebilmektedirler. Ancak, bu kararlar üniteye çalışan ekibin ve hemşirelerin bireysel özelliklerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Aynı zamanda ülkemizde çoğu YBÜ'sinde hemşirelerin bağımsız olarak karar vermesini sağlayan yazılı standartlar bulunmamaktadır. Bu durumda hemşirenin hastalar konusunda bağımsız olarak karar verebilmesi de güçleşmektedir. Çalışmamızda "*Karar Verme-Yargılama*" konusunda fonksiyonel hemşirelik yönteminde 4 hemşire doyumlu olduğunu belirtirken primer hemşirelik yönteminde tam doyumsuzluk görülmemiş ve iki yöntem arasında primer hemşireliğin hemşirelerde bu konuda doyumunu arttırdığı konusunda istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ( $P<0.05$ ). Manley'in çalışmasında da primer hemşirelik yönteminde hemşirelerin "*Karar Verme-Yargılama*" konusunda daha fazla doyum sağladıkları bulunmuştur (38).

Fonksiyonel hemşirelik yönteminde hemşirelik bakımı, farklı hemşireler tarafından verildiği için bakımın parçalanmasına yol açar, ekip hemşireliği yöntemi ise, hemşirelerin yalnız çalışma saatleri içinde hastalarına bakım vermelerine olanak sağlar. Bu nedenle bir hastanın kabulünden taburcu olmasına kadar geçirdiği evrelerin izlenmesi zorlaşır. Primer hemşirelik yönteminde, primer hemşirenin hastası konusunda sorumluluğu hastanın kabulünden taburculuğuna kadar tüm aşamaları içerdiği için bu yöntemi benimseyen ya da uygulayan hemşire hastasına ait tüm gelişmeleri direkt olarak izler ve hastaya uygun olan bakımı verir. Yapılan çeşitli çalışmalarda primer hemşirelik yönteminde başlangıcından bitimine, bir başkasına devretmeden başlanılan bir işin sonucunu görme konusunda daha fazla olanak sahibi olduğu belirtilmekte ve bunun da hemşirelerin iş doyumunu arttırdığı vurgulanmaktadır (37,38). Araştırmamızda fonksiyonel hemşirelik

yönteminde 1 hemşire primer hemşirelik yönteminde ise, 5 hemşire "*İşin Sonucunu Görme*" ile ilgili olarak doyumlu bulunmuş, iki yöntem arasındaki karşılaştırmada da farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $P<0.05$ ). Bu sonucun literatürdeki bilgilerle paralellik gösterdiği görülmektedir (38).

Hemşirelerin işlerinden sağlamış oldukları doyum daha önce belirttiğimiz iş boyutlarıyla ilgili olduğu kadar, hatta daha fazla olarak yapmış oldukları "*İşi Sevme*" durumlarıyla direkt olarak ilişkilidir. Çünkü, bireyler yaptıkları işi bir bütün olarak düşündüklerinde işlerini seviyorlarsa, işleriyle ilgili doyum sağlayıcı yönleri keşfettikleri söylenebilir.

Hemşireler işlerinde en büyük motivasyon faktörlerinin maddi ve manevi ödüllendirme olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamız sırasında maddi yönden hemşirelerin ödüllendirme imkanı olmamıştır. Ancak, birçok soruda belirttikleri gibi yeni bilgiler elde etme, bu bilgileri kullanabilme, hastaları hakkında daha fazla inisiyatif sahibi olabilme ve karar verme, hemşirelerin işlerini sevmelerinde büyük bir motivasyon faktörü olabilmektedir. Tablo 27'de görüldüğü gibi fonksiyonel hemşirelik bakım yönteminde 7 hemşire "*İşi Sevme*" konusunda doyumlu bulunurken, primer hemşirelik yönteminde 14 hemşire doyumlu bulunmuştur. Sonuç, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olarak belirlenmiştir ( $P<0.001$ ). Manley ve Reed'in çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (38,55).

Primer hemşirelik yönteminin iş doymu ile ilişkisini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda Marram ve arkadaşları (42,66), Mills, Blair ve arkadaşları, Sellick, Russell ve Beckman (34,66) bu yöntemin iş doymunu arttırdığını belirlemişlerdir.

Connolly ve Gray çalışmasında primer hemşirelik yöntemiyle bakım veren hemşirelerin tümünün doyum sağladıklarını belirtmişlerdir (37) Bowman, Meddis ve Thompson ise, primer hemşirelik yöntemi ile fonksiyonel hemşirelik yöntemi arasında yapmış oldukları karşılaştırmada fonksiyonel hemşirelik yönteminde

hemşirelerin %60'ının hekimlerin otoritesini üzerlerinde hissettikleri belirlenirken, primer hemşirelik yönteminde bu oranın %10 olduğu belirlenmiştir (N=20). Hemşirelik mesleğini kabul etme ile ilgili olarak fonksiyonel hemşirelik yönteminde hemşirelerin %35'i kabul ederken, primer hemşirelik yönteminde bu oran %55 olarak bulunmuş, hemşirelerin çok önemli olduğunu hissettikleri bu yöntemin onlara daha fazla bağımsızlık kazandırdığı vurgulanmıştır (37).

Primer hemşirelik yönteminin etkinliğinin belirlenmesi çalışmaları sırasında "*Hasta Bakımının Niteliğine Etkisi*" ve "*Hemşirelerin İş Doyumuna olan Etkisi*"nin yanı sıra "*Hasta Doyumuna ve Maliyetine Etkisi*" konusunda da çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (25,34,54).

#### **Açık Uçlu Sorular**

Hemşirelerin iş doyumlarını arttıracak iş boyutlarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla altı adet açık uçlu soru yöneltilmiştir.

Buna göre hemşireler işlerinde daha fazla "*Rekabet*" olması için her iki yöntem sırasında da en fazla olarak "*Maddi ve Manevi Yönden Ödüllendirme*"nin uygun olacağını belirtmişlerdir.

Hemşirelere "*Daha fazla başarı duygusunu yaşamamanızı ne sağlar?*" şeklinde yöneltilen soruya her iki yöntem sırasında da en fazla olarak "*Bilgi ve becerimi daha iyi kullanma olanağı ve sorumluluğum oranında yetki verilmesi*"ni belirtmişlerdir.

Üçüncü soru olarak yöneltilen "*İşinizle ilgili olarak ne yapabilmeyi isterdiniz?*" sorusuna her iki yöntem sırasında da "*Daha bağımsız karar verebilme*" olarak cevap verilmiştir.

"*İşinizin doyum sağlayıcı ve daha sevilir olması için neler önerirdiniz?*" sorusuna her iki yöntem sırasında da hemşireler en fazla "*Maddi ve manevi yönden ödüllendirmeye birlikte yeterli ve kaliteli bakım verecek eleman*" olarak önerilerini

bildirmişlerdir.

Hemşirelerin "İşleri konusunda en fazla istedikleri"; "Maddi ve manevi desteğin yanı sıra saygınlık, takdir edilme, daha iyi kabul görme ve daha bağımsız çalışma"; şeklinde belirtilirken, "İstemedikleri yönler ise"; "Yetersiz eleman ve araç gereçle çalışma ve meslek dışı görevleri yerine getirme" şeklinde belirtilmiştir.



## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 7.1. SONUÇLAR

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Hastanesinde 16 yataklı ve 20 hemşirenin görev aldığı, YBÜ'sinde primer hemşirelik yönteminin hastaların aldığı bakımın niteliğine ve hemşirelerin iş doyumuna olan etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test deneysel araştırma modeli olarak planlanmıştır.

Araştırma sonucunda;

- Hasta bakımının niteliğini belirlemek amacıyla kullanılan "Nitelikli Hasta Bakım Skalası"nın YBÜ'lerinde güvenilir bir ölçek olarak kullanılabilceği saptanmıştır.
- Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle, eğitim sonrası primer hemşirelik yöntemi arasında hastaların aldığı total bakım karşılaştırıldığında, her iki grup arasındaki farkın çok ileri derecede anlamlı bulunduğu ( $P<0.001$ ) belirlenmiştir. Aynı zamanda hastaların "Psikososyal:birey, fiziksel, genel, iletişim ve mesleki uygulamalar"a yönelik almış oldukları bakımında primer hemşirelik doğrultusunda çok ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $P<0.001$ ).
- Araştırmada hemşirelerin iş doyumlarını belirlemek amacıyla kullanılan "İş Doyumu Anketi"nin güvenilir bir ölçek olarak kullanılabilceği saptanmıştır.
- Fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında çoğu hemşirelerin "Sorumluluk" konusunda doyumlu oldukları belirlenirken, "Kaynak Bulabilme" ve "İş Kontrolü" ile ilgili doyumluluk belirlenmemiştir. Aynı zamanda hemşirelerin çoğunda "Bilgi ve Beceri Kullanımı", "İnsanlarla Tanışma ve Arkadaşlık", "Hastaya Ait Hedefler", "İnsiyatif Kullanımı", "Karar Verme-Yargılama", "İşin Sonucunu Görme" iş boyutları

ile ilgili daha fazla istek, "*İş Kontrolü*" ve "*İş Yükü*" ile ilgili olarak ise, daha az istek belirlenmiştir.

- Fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasında yapılan karşılaştırmalı analizde, "*Rekabet*", "*Sorumluluk*" ve "*Kaynak Bulabilme*" konusunda bir farklılık görülmemiş, diğer iş boyutlarına ait olarak primer hemşirelik yöntemi doğrultusunda iş doyumlarında sayısal artış gözlenmiştir. Her iki yöntemle de bakım veren hemşirelerin fonksiyonel hemşirelik yönteminde "*Sorumluluk*" ve "*İş Kontrolü*" ile ilgili daha fazla, "*İş Yükü*" ile ilgili olarak ise, daha az olması yönünde istekleri olmuş, primer hemşirelik yönteminde ise, bu iş boyutlarına yönelik olarak hemşirelerin buldukları durumdan memnun oldukları görülmüştür.
- Fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile primer hemşirelik yöntemi arasında iş boyutlarına yönelik yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda "*Rekabet*", "*Sorumluluk*" ve "*Kaynak Bulabilme*" konuları ile ilgili olarak her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ) (Tablo 16,17,20). "*Bilgi ve Beceri Kullanımı*", "*İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık*", "*Hastaya Ait Hedefler*", "*İnsiyatif Kullanımı*", "*Karar Verme-Yargılama*" ve "*İşin Sonucunu Görme*" ile ilgili  $P < 0.05$  düzeyinde anlamlı fark, "*Başarı Duygusu*" ve "*İş Yükü*"ne ait  $0.01 < P < 0.05$  düzeyinde, "*İş Kontrolü*"ne yönelik ileri düzeyde ( $.001 < P < 0.01$ ) ve "*İşi Sevme*" konusunda çok ileri düzeyde ( $P < 0.001$ ) anlamlı fark saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda, primer hemşirelik yönteminin hasta bakımının niteliğini ve hemşirelerin iş doyumunu arttırdığı belirlenmiştir.

## 7.2. ÖNERİLER

Yaptığımız araştırma sonucunda, primer hemşirelik yönteminde hastaların aldığı bakımın niteliği ve hemşirelerin iş doyumunun arttığı belirlenmesine rağmen, çalışmada bazı sınırlılıklar da bulunmaktadır. Buna göre;

### Sınırlamalar

- Hemşire kadrosunda olan değişiklikler; Görevden ayrılanlar ve gruba yeni katılanlar, özellikle eğitim sonrası döneme kadar araştırmada yer alan Cerrahi YBÜ sorumlusunun görevden ayrılması. Bu nedenlerden dolayı, YBÜ'sinde çalışan hemşirelerden 15'inin primer hemşire olarak değerlendirilmesi,
- Hemşirelerden beklenen klasik görevlerin (Telefona bakma, malzeme temin etme, temizlik vb.) yerine getirilmesi sırasında primer hemşireden beklenen hasta-hemşire iletişiminin bozulması,
- Hasta gruplarının Roper ve arkadaşlarının GYA'ne göre tüm aktivitelerinde hemşireye bağımlı hastalar arasından seçilmesi yaş, cinsiyet, teşhis özelliği aranmaması,
- Değerlendirilmek üzere seçilen ve primer hemşiresi belirlenen hastanın çok kısa bir süre kaldıktan sonra başka bir yere nakledilmesi veya çok uzun süreli yatmasından dolayı tüm personelde olduğu gibi primer hemşirede de bir bıkkınlık yaratması,
- YBÜ'sinde yatan hastaların birbirinden çok farklı bakım gereksinimlerinin bulunması, hastanenin acil ünitesinin olmaması nedeniyle zaman zaman acil hastalarının da bu üniteye yatırılması ve YBÜ'sinin "Yakın Bakım" ünitesi olarak kullanılması,
- 16 yataklı YBÜ'de 20 hemşirenin çalıştığı düşünüldüğünde, yatak sayısına göre hemşire sayısının yetersiz olmasıdır.



Araştırmamızda organize/örgütlü bir bakım yaklaşımı olarak tanımlanan primer hemşirelik yönteminin hasta bakımının niteliğine ve hemşirelerin iş doyumuna olan etkisini belirleme sırasında bazı sınırlılıklarla birlikte, karşılaşılan güçlüklerle çözüm getirmek amacıyla öneriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- \* Primer hemşirelik yöntemindeki üstünlüklerin tüm yönetici ve uygulayıcı hemşirelere anlatılması ve bu yöntemin benimsetilmesi,
- \* Primer hemşirelik yöntemi ülkemiz şartlarında en iyi bir şekilde YBÜ'lerinde uygulanabileceğinden bu ünitelere alınan hemşireler için oryantasyon programlarının ve özel kursların düzenlenmesi,
- \* Çalışmaya yeni başlayan hemşirelerin üniteye adaptasyonunu/uyumlarını sağlayan, hemşirelik bakımı sunulurken hemşireleri pratik alanda yetiştiren eğitim hemşirelerinin olması,
- \* YBÜ'lerinde çalışacak hemşirelerin nitelik ve nicelik bakımından yeterli olmasına özen gösterilmesi, hemşire ve diğer personelin sayıca yeterliliği için çalışmaların yapılması ve tüm elemanların üniteye çalışmada istek durumlarının gözönünde bulundurulması,
- \* Yükseltme politikasında hemşirelerin mesleki yeterliliğinin ve çalışmalarının yansız olarak değerlendirilmesi; gereğinde maddi ve manevi ödüllendirme yöntemlerinin kullanılması,
- \* Hemşirelerin özellikle kurum dışındaki mesleki kurs, toplantı vb. etkinliklere katılmalarına olanak sağlanması ve bu etkinliklerin hemşirelerin yürüttükleri görevler ile ilgili olmasına dikkat edilmesi, kurumda gerektiği zaman başvurabilecek kitap, dergi gibi kaynakların bulundurulması,

- Hekim-Hemşire arasındaki sorunların genellikle sağlık ekibi içinde rollerini ve görevlerini algılama konusundaki kargaşadan kaynaklandığı bilindiğinden ekipteki her üyenin açık ve net bir şekilde görev tanımlarının yapılması,
- Belirli zaman aralıklarıyla YBÜ'sinde çalışan hemşirelerin iş doyumlarının belirlenerek hemşirelerin doyumlarını arttırıcı yönde girişimlerine yer verilmesi,
- YBÜ'lerinde acil durumlarda veya üniteye özgü hastalıklara yönelik standart tedavi ve bakım protokollerinin geliştirilmesi, bunların ünite içersinde görünür bir yere asılması ve uygulanmasının etkin, uyumlu bir ekip çalışması yönünden yararlı olacağı kanısındayız.

## 8. ÖZET

Bu araştırma, organize bir bakım yöntemi olarak primer hemşirelik yönteminde hastaların aldığı bakımın niteliği ve hemşirelerin iş doyumlarını belirlemek amacıyla, ön test-son test araştırma modeli deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırma, Marmara Üniversitesi Hastanesinde 16 yataklı ve 20 hemşirenin görev aldığı YBÜ'sinde gerçekleştirilmiştir.

Primer hemşirelik yönteminin hasta bakımına etkisini belirlemek amacıyla, fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verilmesi sırasında 30 ve eğitim sonrası primer hemşirelik yöntemiyle bakım verilmesi sırasında 30 olmak üzere toplam 60 vaka üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Hastaların almış olduğu bakımın niteliğini belirlemek amacıyla, Wandelt ve Ager tarafından düzenlenmiş olan "Nitelikli Hasta Bakım Skalası" geçerliği ve güvenilirliği saptandıktan sonra kullanılmıştır. Geçerlik işlemi, dil geçerliği ve mantıksal geçerliği sınanmış olan skalanın "Değerlendirmeciler Arası Güvenirlik" yöntemiyle "Spearman'ın Korelasyon Katsayısı" hesaplanarak güvenilirliği belirlenmiştir. Primer hemşirelik yönteminin bakıma etkinliğini belirlemek için fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle yapılan karşılaştırmasında "t testi" kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

Hemşirelerin iş doyumlarını belirlemek amacıyla Mumford tarafından düzenlenmiş olan "İş Doyumu Anketi"nin de aynı şekilde dil geçerliği ve mantıksal geçerliği sınıandıktan sonra "sınama yeniden sınama" yöntemiyle güvenilirliği belirlenmiştir. Araştırmanın başında fonksiyonel hemşirelik yöntemiyle bakım verme sırasında iş doyumları belirlenen hemşireler primer hemşirelik eğitim aldıktan sonra bu yöntemle bakım verme sırasında tekrar iş doyumları değerlendirilmiş, iki yöntem arasındaki karşılaştırmada "Mc Nemar" ve "Stuart-Maxwell"  $X^2$  testi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

Sonuç olarak, primer hemşirelik yönteminin hastaların almış oldukları bakımın niteliğini yükselttiği; hemşirelerin iş doyumunda ise, "Rekabet", "Sorumluluk", "Kaynak Bulabilme"ye ait iş boyutlarında iki yöntem arasındaki karşılaştırmada bir paralellik belirlenirken ( $P>0.05$ ); "Bilgi ve Beceri Kullanımı", "Başarı Duygusu", "İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık", "İş Kontrolü", "Hastaya Ait Hedefler", "İş Yükü", "İnsiyatif Kullanımı", "Karar Verme-Yargılama", "İşin Sonucunu Görme" ( $P<0.05$ ) ve "İşi Sevme" ( $P<0.001$ ) ile ilgili iş boyutlarındaki karşılaştırmalarda ise, anlamlı istatistiksel farklılıklar elde edilmiş olup, genel olarak primer hemşirelik yönteminin hemşirelerin iş doyumları üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

## **SUMMARY**

This research has been planned as an experimental research with pretest-posttest for the purpose of design determining the quality of patient care and the job satisfaction of the nurses in application of primary nursing as an organized care method.

This research has been carried out in general, intensive, and coronary care units of Marmara University Hospital where 16 beds exist and 20 nurses work.

The determination has been carried out on a total of 60 cases of which 30 has been cared by the functional nursing method before the primary nursing education and 30 has been careied out by the primary nursing method following education, for the purpose of determining the effect of primary nursing on patient care. To determine the quality of care received by the patients, "Quality Patient Care Scale" organized by Wandelt has been used and Ager after proving its validity and reliability. During validity procedures, the reliability of the scale, of which its language validity and logical validity have been already examined, has been calculated by "Spearman's Correlation Coefficient" by the method of "Reliability among the raters". The determination has been carried out by using the "t test" during the comparison of primary nursing and functional nursing method to show the effectivity of primary nursing to patient care.

For the purpose of determining the job satisfaction of nurses, the "Job Satisfaction Questionnaire" organized by Mumford has been proved of its language validity and logical validity; and its validity has been determined through the method of "test-retest". The nurses whose job satisfaction have been investigated during patient care by the method of functional nursing at the beginning of this research, have once again been investigated during patient care by the method of primary nursing after attending an education program; and during comparison of two methods, the evaluation has been carried out by using the "Mc Nemar" and

"Stuart-Maxwell"  $X^2$  test.

As a conclusion, it is determined that primary nursing method increases the quality of care received by the patients; in the case of job satisfaction of nurses, a parallelism ( $P > 0.05$ ) has been recognized during the comparison of two methods related to job aspects about "*Challenge*", "*Responsibility*", "*Information etc*", where as meaningful statistically differences have been obtained during comparison of job aspects related to "*Knowledge and Skills*", "*Achievement*", "*Meeting People*", "*Work-checking*", "*Output/goals*", "*Amount of work*", "*Initiative*", "*Decision/Judgement*", "*Seeing work through*" ( $P < 0.05$ ) and "*Enjoyment of work*" ( $P < 0.001$ ); and in general it is observed that primary nursing method has positive effect on job satisfaction of nurses.

## KAYNAKLAR

1. Adair, L.: Primary nursing: Tools of trade, **Nursing Times**, 87:42, 62, (1991).
2. Adams, A., Hardey, M.: Primary panacea, **Nursing Times**, 88:26, 34-35, (1992).
3. Bağırkan, Ő.: İstatistiğe Giriş, Met/Er Matbaası, İstanbul, (1980).
4. BaŐaran, Ő.: Örgütsel Davranış, Kadioğlu Matbaası, Ankara, 2. Baskı, (1991).
5. Beck, S.: Developing a primary nursing performance appraisal tool, **Nursing Management**, 21:1, 36-42, (1990).
6. Bernhard, L.A., Walsh, N.: Leadership, The C.V. Mosby Company, Toronto, Second Edition, (1990).
7. Bond, S.: Primary nursing looking forward, **Nursing Times**, 87:34, 42-44, (1991).
8. Bowman, G.S., Thompson, D.R.: Curbing routine and ritual, **Nursing Times**, 30:7, 43-45, (1986).
9. Bowman, G.S., Thompson, D.R.: Key areas of change needed in nursing, **Nursing Standard**, 3:2, 25-27, (1989).
10. Bowman, G.S.: Developing staff for primary-style nursing, **Nursing Practice**, 3:4, 17-19, (1990).
11. Bowman, G.S., Webster, R.A., Thompson, D.R.: The development of classification system for nurses' work methods, **Int. J. Nurs. Stud.**, 28:2, 175-187, (1991).

12. Brannon, R.L.: The reorganization of the nursing labor process: from team to primary nursing, **International Journal of Health Services**, 20:3, 511-524, (1990).
13. Brown, S.: Primary nursing:Philosophy for change, **Nursing Times**, 87:30, 59-60, (1991).
14. Carey, R.G.: Evaluation of a primary nursing unit, **American Journal of Nursing**, 7, 1253-1255, (1979).
15. Ciske, K.L.: Misconceptions about staffing and patient assignment in primary nursing, **Nursing Administration Quarterly**, 1:2, 61-68, (1977).
16. Ciske, K.L.: Accountability the essence of primary nursing, **American Journal of Nursing**, 5, 891-894, (1979).
17. Clark, C.M., Hollander, S.M.F.: Primary nursing partners, **Nursing Management**, 21:7, 26-27, (1990).
18. Dean, S.: Primary nursing: A new look, **Nursing Times**, 88-48, 61-64, (1992).
19. Eyres, J.: Primary nursing keeping it going, **Nursing Times**, 88:28, 52-53, (1992).
20. Fairbanks, J.: Primary nursing what's so exiting about it, **Nursing**, 10:11, 55-57, (1980).
21. Fairbanks, J.: Primary nursing part 2, **Nursing**, 10:12, 58-61, (1980).
22. Fleiss, J.L.: **Statistical Methods for Rates and Proportions. A Wiley-Interscience Publication, New York, (1973).**
23. Finch, M.: Primary nursing the steady advance of a revolution, **Nursing Times**, 87:17, 67-68, (1991).



24. Garbett, R.: Primary nursing: Your choice, **Nursing Times**, 89:17, 49-51, (1993).
25. Gardner, K.G., Tilbury, M.: A longitudinal cost analysis of primary and team nursing, **Nursing Economics**, 9:2, 97-104, (1991).
26. Günay, N.: Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, (1988).
27. Hazlett, C.B.: Primary Care Nursing, Cophright F.A. Davis Company, Philadelphia, (1977).
28. Johns, C.: Significant events in becoming a primary nurse, **Nursing Times**, 87:15, 54, (1991).
29. Johns, C.: Interacting with care, **Nursing Times**, 88:16, 75-77, (1992).
30. Kaplow, R., Ackerman, N., Outlaw, E.: Co-primary nursing in the intensive care unit, **Nursing Management, Critical Care Management Edition**, 20:12, 41-46, (1989).
31. Karpov, I.: Primary nursing in Finland, **Nursing Times**, 87:17, 69-70, (1991).
32. Karasar, N.: Bilimsel Araştırma Yöntemi, Sanem Matbaacılık, Ankara, 4. Basım, (1991).
33. Lindsay, M., Woodrow, L., Lee, D.: Primary nursing: Evaluating change, **Nursing Times**, 87:42, 59-61, (1991).
34. Macdonald, M.: Primary nursing: Is it worth it? **Journal of Advanced Nursing**, 13, 797-806, (1988).

35. Mac Guire, J.M.: Quality of care assessed: using the senior monitor index in three wards for the elderly before and after a change to primary nursing, **Journal of Advanced Nursing**, 16, 511-520, (1991).
36. Mac Guire, J.M., Botting, D.A.: The use of the ethnograph program to identify the perceptions of nursing staff following the introduction of primary nursing in an acute medical ward for elderly people, **Journal of Advanced Nursing**, 15, 1120-1127, (1990).
37. Manley, K.: Evaluation of Primary Nursing in ICU, Dissertation for Master of Nursing, University of Wales, (1993).
38. Manley, K.: Primary Nursing in Intensive Care, The Publishing Company of the Royal College of Nursing, Scutari Press, London, First Published, (1989).
39. Manthey, M.: Primary nursing is alive and well in the hospital, **American Journal of Nursing**, 73:1, 83-87, (1973).
40. Manthey, M.: Health care assistants primary partners, **Nursing Times**, 87:25, 27-28, (1991).
41. Manthey, M.: Can primary nursing survive, **American Journal of Nursing**, 5, 644-647, (1988).
42. Marram, G.D., Barrett, M.W., Bevis, E.O.: Primary Nursing, A model for Individualised Care. C.V. Mosby Company, St Louis, (1979).
43. Martin, P.J., Stewart, A.J.: Primary and non-primary nursing-evaluation by process criteria, **The Australian Journal of Advanced Nursing**, 1:1, 31-37, (1983).
44. Mc Kenna, H., Deeney, P.: Primary nursing the heart of communication, **Nursing Times**, 88:28, 54-58, (1992).

45. Mc Mahon, R.: Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchial ward management structures, **Journal of Advanced Nursing**, 15, 232-239, (1990).
46. Mead, D.: Research report: defining primary nursing as a basis for comparison, **Nursing Times**, 87:17, 71, (1991).
47. Mulholland, j., Griffiths, M.: Primary nursing: The Ulster experience, **Nursing Times**, 87:30, 63, (1991).
48. Munding, M.O.: Primary nursing: Impact on the education department, **Nursing Administration Quarterly**, 1:2, 69-77, (1977).
49. Olsen, A.: Change takes time, **Nursing Administration Quarterly**, 1:2, 5-59, (1977).
50. Öner, N.: Kültürlerarası ölçek uyarlanmasında bir yöntembilim modeli, **Psikoloji Dergisi**, 6:21, 80-82, (1987).
51. Pearson, M.A., Schwartz, P.: Dolar and sense, primary practice partnersanalysis of cost and staff satisfaction, **Nursing Economics**, 9:3, 201-204, (1991).
52. Ponte, P.R., Barrett, C.: The professional issues forum for primary nurses: A method for professional development, **The Journal of Continuing Education In Nursing**, 23:1, 34-37, (1992).
53. Pritchard, A.: Primary nursing: Intensive changes, **Nursing Times**, 89:1, 55-58, (1993).
54. Quilligan, S.: Primary nursing: Educational preparation and support for nurse-patient partnership, **Nursing Times**, 88:16, 78, (1992).

55. Reed, S.Es: A comparison nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing, **Journal of Advanced Nursing**, 13, 383-395, (1988).
56. Robinson, K.: Primary nursing: A primary flow, **Nursing Times**, 87:42, 63-64, (1991).
57. Sencer, M., Sencer, Y.: Toplumsal Araştırmalarda Yöntembilim, Doğan Basımevi, Ankara, (1978).
58. Shukla, R.: Structure vs people in primary nursing. An enquiry, **Nursing Research**, 30:4, 236-241, (1981).
59. Smith, C.C.: Primary nursing care-A substantive nursing care delivery system, **Nursing Administration Quarterly**, 1:2, 1-8, (1977).
60. Smith, H., Atkinson, M.: Primary nursing: Enrolling for the future, **Nursing Times**, 88:16, 73-75, (1992).
61. Sũmbũlođlu, K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik, Çağ Matbaası, Ankara, 1. Basım, (1978).
62. Őelimen, D.: Hemşirelik bakımında temel bireysel yaklaşım (primary nursing), **Hemşirelik Bũlteni**, 3:10, 59-63, (1988).
63. Őelimen, D.: Travmalarda Hemşirelik Bakımı, Hilal Matbaacılık, İstanbul, (1991).
64. Őenocak, M.: Temel Biyoistatistik, Çağlayan Basımevi, İstanbul, 1. Baskı, (1990).
65. Őenocak, M.: Özel Biyoistatistik, Çağlayan Kitabevi, İstanbul, 1. Baskı, (1992).
66. Tappen, R.M.: Organizing Care. Nursing Leadership and Management Concept and Practice, Cophyright F.A. Davis Company, Philadelphia, Second Edition, (1989).

67. Thornett, S.: A waste of energy, **Nursing Times**, 87:30, 61-62, (1991).
68. Turgut, M.F.: Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Metodları. Saydam Matbaacılık, Ankara, 9. Baskı, (1992).
69. Walsh, M.: An introduction to primary nursing, **Nursing**, 3:44, 25-27, (1989).
70. Watkins, S.: Primary nursing: Tried and tested, **Nursing Times**, 88:48, 66-68, (1992).
71. Watkins, S.: Primary nursing: Team spirit, **Nursing Times**, 89:1, 59-60, (1993).
72. Veliöğlu, P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, Bozak Matbaası, İstanbul, (1984).
73. Veliöğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T.: Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No:226, Etam A.Ş. Web Ofset, Eskişehir, (1991).
74. Wilson, J.: Step by painful step, **Nursing Times**, 87:38, 42-43, (1991).
75. Wright, S.: Of primary importance, **Nursing Times**, 87:10, 38-41, (1991).
76. Zander, K.: Second generation primary nursing, a new agenda, **The Journal of Nursing Administration**, 3, 18-23, (1985).

## ÖZGEÇMİŞ

1964 yılında Tekirdağ'da doğan Nermin (Günay) Olgun, 1978 yılında Tekirdağ 50. Yıl Orta Okulu, 1981 yılında Namık Kemal Lisesi'nden, 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun olmuş ve 1988 yılında Hemşirelik Programında Yüksek Lisansını tamamlamıştır. 1984-1986 yılları arasında Topkapı Özel Hastanesi Koroner YBÜ ve İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde hemşire olarak çalışmış, 1987 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'ne uzman kadrosuyla atanmıştır. Halen aynı okulda öğretim görevlisi olarak görevini sürdürmektedir.

Nermin (Günay) Olgun evli olup, İngilizce bilmektedir. Türk Hemşireler Derneği, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Eğitimi ve Hizmetlerini Destekleme Derneği, Onkoloji Hemşireleri Derneği, Nefroloji, Hemodiyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'ne üyedir.

# EK-1

## NİTELİKLİ HASTA BAKIM SKALASI

Hasta (isim veya no) :

Değerlendiren (isim veya no) :

Kayıt zamanı :

Tarih :

### Psikososyal: Birey

Birey olarak hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler

1. Hemşire tüm dikkatini hastaya veriyor mu?
2. Hastaya duygularını açıklama fırsatı veriliyor mu?
3. Hastaya nazik, sevecen ve dostça bir tavırla yaklaşıyor mu?
4. Hastanın uygunsuz davranışlarına karşı terapatik bir tutum içinde cevap veriliyor mu?
5. Hastanın olası ya da varolan endişe veya sıkıntısına karşı uygun davranışlar gösteriliyor mu?
6. Gerektiğinde hastaya açıklamalar yapılıyor ve sözlü güvence veriliyor mu?
7. Hasta hastalığı dışındaki konularda da hemşireden ilgi görüyor mu?
9. Hastaya manevi/dini gereksinimleri için ilgi gösteriliyor mu?
10. Reddeden/inatçı veya ısrarla isteklerini bildiren bir hasta bile kabul görüyor mu?

Çok İyi	Orta İyi	Orta	Fak. İydeğil	Hiç İydeğil	Değerlendirilmedi

	Çok iyi	Oldukça iyi	Orta	Peş iyi değil	Hıs iyi değil	Değerlendirilemez
11. Hasta insana yakışır bir saygınlık ve onurla bakım görüyor mu?						
12. Hasta bireyin yeterli/sağlıklı yönleri kullanılıyor mu?						
13. Hemşirelik personeli ve hasta arasında "güç prestij ve otorite" yerine "güven kabul ve saygı"yı yansıtan bir atmosfer yaratılıyor mu?						
14. Karşılıklı konuşmalar için uygun konular seçiliyor mu?						
15. Uykulu, bilinçsiz veya oryantasyonu bozuk bir hastaya bilinçli bir hastaya gösterildiği gibi saygılı bir tavırla bakım veriliyor mu?						
Ortalama Puan:						

#### Psikososyal: Grup

Bir grup üyesi olarak hastaların psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler

16. Bir grup üyesi olarak hasta ekip üyelerinden yakın ilgi ve özen görüyor mu?
17. Hasta, diğer bireylerin rahatı ve huzuru için, davranışlarını sınırlandırması gerektiği yönünde özendiriliyor mu?
18. Hastaya, grubun günlük faaliyetlerine katılması veya bunları planlaması için cesaret veriliyor mu?
19. Grup üyesi olarak hastaya, kapasitesine göre sorumluluk alma fırsatı tanınıyor mu?




20. Bakım personelinin, "hastaların, yapacakları faaliyetler hakkındaki" önerileri-telkinleri, oradaki diğer hastaların ilgi ve gereksinimlerine uygun mu?
21. Hastaya, grup içinde sosyal kabul görecektir şekilde duygularını ifade etmesi için yardım ediliyor mu?
22. Hastaya başarıları için ödül verilecekse ve takdir edilecekse, onun bireysel gereksinimleri ve diğer hastaların da takdiri dikkate alınıyor mu?
23. Hasta grubu içinde, her grup üyesinin hak ve şahsiyeti korunuyor mu?

	Çok iyi	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta
Ortalama Puan:						

#### Fiziksel

Hastaların fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler

24. Hemşirelik işlevleri, her hastanın tedavisine göre ayarlanıyor mu?
25. Temizlik ve uygun bir görünüş için hastanın günlük hijyen gereksinimleri karşılanıyor mu?
26. Hemşirelik girişimleri, hastayla iletişim ve etkileşim fırsatı sağlamak amacıyla kullanılıyor mu?
27. Fiziksel belirtiler ve fiziksel değişiklikler belirleniyor ve uygun girişimler yapılıyor mu?
28. Hasta tarafından hissedilen rahatsızlık çabuk ve uygun bir şekilde gideriliyor mu?




### Genel

Hastanın psikososyal veya fiziksel ya da aynı anda ikisini birden karşılamaya yönelik faaliyetler

39. Hastaya gereksinimi olan bilgi veriliyor mu?
40. Hasta ve ailesi bakım planına dahil ediliyor mu?
41. Hastanın mahremiyet duyguları ve hakları korunuyor mu?
42. Hastanın (durumuna uygun) bağımlılık ve/veya bağımsızlığını kabul etmesinde yardım ediliyor mu?
43. Hastaya problem çözme fırsatları sağlamak için hastane ortamındaki kaynaklar (uzman, broşür v.b.) kullanılıyor mu?
44. Hastaya yapabileceği ve mümkün olabilen günlük aktivitelerinin seçiminde özgürlük tanınıyor mu?
45. Hasta, psikososyal gelişimini olumlu etkileyecek ve fiziksel bağımsızlığa yönelten güncel faaliyetlere katılması için teşvik ediliyor mu?
46. Faaliyetler, hastanın fiziksel ve mental kapasitesine göre düzenleniyor mu?
47. Hemşirelik bakımı, hastanın gelişmişlik düzeyine ve algılama hızına göre ayarlanıyor mu?
48. Boş zamanları değerlendirme ve/veya tedavi faaliyetleri hastanın yetenekleri ve gereksinimlerine göre belirleniyor mu?

	Çok İyi	Orta İyi	Orta	Orta İyi Değil	İyi Değil	Değerlendirilmiyor
39. Hastaya gereksinimi olan bilgi veriliyor mu?						
40. Hasta ve ailesi bakım planına dahil ediliyor mu?						
41. Hastanın mahremiyet duyguları ve hakları korunuyor mu?						
42. Hastanın (durumuna uygun) bağımlılık ve/veya bağımsızlığını kabul etmesinde yardım ediliyor mu?						
43. Hastaya problem çözme fırsatları sağlamak için hastane ortamındaki kaynaklar (uzman, broşür v.b.) kullanılıyor mu?						
44. Hastaya yapabileceği ve mümkün olabilen günlük aktivitelerinin seçiminde özgürlük tanınıyor mu?						
45. Hasta, psikososyal gelişimini olumlu etkileyecek ve fiziksel bağımsızlığa yönelten güncel faaliyetlere katılması için teşvik ediliyor mu?						
46. Faaliyetler, hastanın fiziksel ve mental kapasitesine göre düzenleniyor mu?						
47. Hemşirelik bakımı, hastanın gelişmişlik düzeyine ve algılama hızına göre ayarlanıyor mu?						
48. Boş zamanları değerlendirme ve/veya tedavi faaliyetleri hastanın yetenekleri ve gereksinimlerine göre belirleniyor mu?						
Ortalama Puan:						

49. Performansı düşük veya beceriksiz olan hasta kabul görüyor ve teşvik ediliyor mu?

50. Hemşirelik bakımının amaçları ve etkinlikleri diğer terapistlerin bakım planlarını dikkate alarak, onları destekleyecek şekilde belirlenip uygulanıyor mu?

51. Hastayla etkileşim, tedavi planı çerçevesinde yürütülüyor mu?

52. Hastanın yakından gözlenmesi, onu en az rahatsız edecek şekilde yapılıyor mu?

53. Acil durumlarda hastaya gerekli müdahale yapılıyor mu?

#### İletişim

Hasta adına iletişim

54. Hasta hakkındaki fikirler olaylar duygular ve kavramlar tıbbi personel ve yardımcı personelle açıkça görüşülüyor mu?

55. Aileye hemşire grubuyla karşılıklı iletişim kurma fırsatı sağlanıyor mu?

56. Hasta hakkındaki gerçekler, fikirler, düşünceler raporlarda açıkça belirtiliyor mu?

57. Hemşirelik bakım planları iyi geliştiriliyor ve hasta teslimlerinde kullanılıyor mu?

58. Hastanın ekip üyeleriyle etkileşiminde dikkat çekici davranışları tam ve doğru olarak kayıt ediliyor mu?

	Çok İyi	Ortalama İyi	Orta	Belirli Değil	İhtiyaç Değil	Değerlendirilemiyor
49. Performansı düşük veya beceriksiz olan hasta kabul görüyor ve teşvik ediliyor mu?						
50. Hemşirelik bakımının amaçları ve etkinlikleri diğer terapistlerin bakım planlarını dikkate alarak, onları destekleyecek şekilde belirlenip uygulanıyor mu?						
51. Hastayla etkileşim, tedavi planı çerçevesinde yürütülüyor mu?						
52. Hastanın yakından gözlenmesi, onu en az rahatsız edecek şekilde yapılıyor mu?						
53. Acil durumlarda hastaya gerekli müdahale yapılıyor mu?						
Ortalama Puan:						


59. Bakım personeli, hasta bakımı ile ilgili konferanslara/vaka toplantılarına katılıyor mu?

60. Hastanın iyiliği için, hastanedeki diğer disiplinlerle etkin iletişim ve iyi ilişkiler kuruluyor mu?

61. Hastanın gereksinimleri, hem hastanedeki bölümlere hem de diğer ilgili kuruluşlara başvurularak karşılanıyor mu?

	Çok İyi	Biraz İyi	Orta	Orta İyi Değil	Hissiyi değil	Değerlendirilemez
Ortalama Puan:						

### Mesleki Uygulamalar

Hastaya verilen bakım, hemşirelik mesleğinden beklenen "insiyatif ve sorumluluğa" uygun olmalıdır.

62. Bakım personeli tarafından verilen kararlar, gerçekler hakkındaki bilgiyi ve iyi bir muhakemeyi gösteriyor mu?

63. Hastanın gereksinimleri ve problemlerine karşı hemşirelik personelinin duyarlı olduğuna dair (sözlü, davranışsal veya yazılı belirtiler mevcut mu?

64. Bakım ve bakım planındaki değişiklikler hemşirelik bakımı sonuçlarının sürekli değerlendirildiğini gösteriyor mu?

65. Bakım personeli güvenilir mi? Hasta bakımı ile ilgili sorumluluklarını yerine getiriyor mu?

66. Görevli personel hastanın durumu ve yeri hakkında bilgilendiriliyor mu?


67. Bakım verilirken, hastanın bireysel gereksinimlerinin gerektirdiği şekilde, ünitenin bakım kural ve düzenlemelerinde esneklik sağlanıyor mu?
68. Hemşirelik faaliyetlerinin yönetimi ve organizasyonu, hasta gereksinimlerinin dikkate alındığını yansıtıyor mu?

Değerlendirilmemiş	Hiç iyi değil	Az iyi değil	Orta	Ortalama İyi	Çok iyi
Ortalama Puan:					
İtem Ortalamalarının					
Toplamı:					
İtem Ortalamalarının					
Ortalaması:					

## EK-2

### İŞ DOYUMU ANKET SORULARI

Bu anket iş doyumunu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sorularda yanlış veya doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Ankete isim yazılmayacaktır. Lütfen isminizi yazmayınız. Sadece size uygun gelen cevapları işaretleyiniz ve boşlukları doldurunuz.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Nermin Olgun

İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Doktora Öğrencisi

<u>Değişken</u>	<u>Kolon</u>	<u>SORULAR</u>
X <sub>1</sub>	1	<p>Çalıştığınız bölüm:</p> <p>1. ( ) İç Hastalıkları      2. ( ) Cerrahi      3. ( ) Çocuk</p> <p>4. ( ) Kadın-Doğum      5. ( ) Yoğun Bakım      6. ( ) Hemodiyaliz</p> <p>7. ( ) Endoskopi      8. ( ) Diğer</p>
X <sub>2</sub>	2	<p>Kaç yıldır çalışıyorsunuz?</p> <p>1. ( ) 1-3 yıl      2. ( ) 4-6 yıl      3. ( ) 7-9 yıl</p> <p>4. ( ) 10-12 yıl      5. ( ) 13-15 yıl      6. ( ) 16-18 yıl</p>
X <sub>3</sub>	3	<p>Yaşınız:</p> <p>1. ( ) 18-22      2. ( ) 23-27      3. ( ) 28-32</p> <p>4. ( ) 33-37      5. ( ) 38-42</p>
X <sub>4</sub>	4	<p>Medeni Haliniz:</p> <p>1. ( ) Evli      2. ( ) Bekar      3. ( ) Dul</p>
X <sub>5</sub>	5	<p>Eğitim Durumunuz:</p> <p>1. ( ) Sağlık Meslek Lisesi</p> <p>2. ( ) Ön Lisans</p> <p>3. ( ) Lisans</p> <p>4. ( ) Yüksek Lisans</p>
X <sub>6</sub>	6	<p>Maaşınız: ..... TL.</p>

- X<sub>7</sub> 7 Kurumunuzda hizmetiçi eğitim programları yapılıyor mu?  
1. ( ) Evet Sıklığı: .....  
2. ( ) Hayır
- X<sub>8</sub> 8 Kendi alanınıza yönelik bir kursa katıldınız mı?  
1. ( ) Evet Süresi: .....  
2. ( ) Hayır
- X<sub>9</sub> 9 Servis içindeki göreviniz:  
1. ( ) Yatak başı hemşiresi 2. ( ) Servis sorumlusu
- X<sub>10</sub> 10 İşiniz gece saatlerinde çalışmanızı gerektiriyor mu?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
- X<sub>11</sub> 11 (Evet ise)  
Bir ay içersinde genellikle kaç gece çalışıyorsunuz?  
.....
- X<sub>12</sub> 12 Hemşireliği bir meslek olarak seçmenizdeki en önemli neden nedir?  
(Tek seçenek işaretleyiniz)  
1. ( ) Kendi isteğim  
2. ( ) Ailemin isteği  
3. ( ) Başkalarının önerisi  
4. ( ) Diğer
- X<sub>13</sub> 13 Çalışmakta olduğunuz bölüme nasıl geldiniz?  
1. ( ) Kendi isteğimle  
2. ( ) Kurum tarafından görevlendirildim  
3. ( ) Tesadüfen
- X<sub>14</sub> 14 Bilgi ve becerinizin şu andaki işinizde ne ölçüde kullanıldığını düşünüyorsunuz?  
1. ( ) Çok iyi kullanılıyor  
2. ( ) Bazen iyi kullanılıyor  
3. ( ) Hiç kullanılmıyor  
Eğer (c) şıkkını işaretlediyseniz; lütfen bilgi ve becerilerinizin iyi kullanılmadığını söyleyiniz?  
.....
- X<sub>15</sub> 15 "Bilgi ve beceri"lerinizi geliştirmek için daha çok fırsat sahibi olmak ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır



- X<sub>16</sub> 16 İşinizde rekabet (yarış) var mı?  
1. ( ) Daima, yeterince var  
2. ( ) Bazen, yeterince var  
3. ( ) Her zaman çok yetersiz
- X<sub>17</sub> 17 İşinizde daha fazla "rekabet" olmasını ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır  
İşinizde daha fazla rekabet olması için "ne" yapılabilir?  
.....  
.....
- X<sub>18</sub> 18 Şu andaki işiniz ne ölçüde sorumluluk gerektiriyor?  
1. ( ) Çok büyük miktarda  
2. ( ) Biraz; fakat çok değil  
3. ( ) Çok az
- X<sub>19</sub> 19 Ne ölçüde "sorumluluk" almak isterdiniz?  
1. ( ) Şimdikinden çok  
2. ( ) Aşağı yukarı aynı  
3. ( ) Şimdikinden az
- X<sub>20</sub> 20 İşinizde ne sıklıkla başarı duygusunu yaşarsınız?  
1. ( ) Her zaman  
2. ( ) Bazen  
3. ( ) Pek değil  
Daha fazla başarı duygusunu yaşamamanızı "ne" sağlar?  
.....  
.....
- X<sub>21</sub> 21 İşiniz insanlarla tanışma ve arkadaşlık fırsatı sağlıyor mu?  
1. ( ) Evet, her zaman  
2. ( ) Bazen  
3. ( ) Hayır, çok az
- X<sub>22</sub> 22 Bunu yapmak için daha fazla fırsat ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
- X<sub>23</sub> 23 İşinizi gerektiği gibi (uygun şekilde) yapabilmeniz için, gerekli bilgi ve materyalden yoksun olduğunuzu "ne sıklıkla" düşünürsünüz?  
1. ( ) Pek az  
2. ( ) Bazen  
3. ( ) Sık sık

- X<sub>24</sub> 24 İşinizin "ne kadarı" başka biri tarafından kontrol ediliyor?  
1. ( ) Çok azı  
2. ( ) Biraz, fakat hepsi değil  
3. Büyük ölçüde
- X<sub>25</sub> 25 Hangisini isterdiniz?  
1. ( ) Şimdikinden daha az kontrol edilmeyi  
2. ( ) Aşağı yukarı aynı kontrolü  
3. ( ) Şimdikinden daha fazla kontrol edilmeyi
- X<sub>26</sub> 26 Hasta bakımı ile ilgili başarmayı hedeflediğiniz, hedefleriniz var mı?  
1. ( ) Evet, her zaman  
2. ( ) Bazen  
3. ( ) Pek değil
- X<sub>27</sub> 27 Hastalarla ilgili, başarmayı (ulaşmayı) isteyeceğiniz açık-seçik (belirgin) "hasta hedefleri" niz olmasını ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
- X<sub>28</sub> 28 Zamanınız, yapmak zorunda olduğunuz iş yükünü doğru olarak yapmanıza yetiyor mu?  
1. ( ) Her zaman  
2. ( ) Bazen, yetiyor  
3. ( ) Pek yetmiyor
- X<sub>29</sub> 29 Şu andakinden daha az baskı altında çalışmayı ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
- X<sub>30</sub> 30 İşiniz kendi inisiyatifinizi kullanmanıza izin veriyor mu?  
1. ( ) Evet, büyük ölçüde  
2. ( ) Bazen  
3. ( ) Pek değil
- X<sub>31</sub> 31 Daha fazla "inisiyatif" kullanmayı ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır  
Ne yapabilmeyi isterdiniz?  
.....  
.....
- X<sub>32</sub> 32 İşiniz karar verme ve yargılama fırsatı sağlıyor mu?  
1. ( ) Evet, büyük ölçüde  
2. ( ) Bazen  
3. ( ) Pek değil

- X<sub>33</sub> 33 Şu andakinden;  
1. ( ) Daha fazla karar vermeyi isterdim  
2. ( ) Aşağı yukarı aynı kararları vermeyi isterdim  
3. ( ) Şimdikinden daha az karar vermeyi isterdim
- X<sub>34</sub> 34 Başlangıcından bitimine, bir başkasına devretmeden başladığınız işin sonucunu görmek için fırsatınız var mı?  
1. ( ) Büyük ölçüde var  
2. ( ) Biraz var  
3. ( ) Çok az var
- X<sub>35</sub> 35 Bir "işin sonucu"nu daha sık olarak görebilmeyi ister miydiniz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
- X<sub>36</sub> 36 Bir bütün olarak, ele aldığınızda, işinizi seviyor musunuz?  
1. ( ) Çok fazla seviyorum  
2. ( ) Biraz seviyorum  
3. ( ) Sevmiyorum
- X<sub>37</sub> 37 İşinizin doyum sağlayıcı ve daha sevilir olması için neler önerirdiniz?  
.....  
.....
- X<sub>38</sub> 38 İşiniz hakkında en çok neler isterdiniz?  
.....  
.....  
.....  
.....
- X<sub>39</sub> 39 İşinizle ilgili pek de istemedikleriniz nelerdir?  
.....  
.....  
.....  
.....

### EK-3 : İş Doyumu Analizi

"İş Doyumu Anketi"nde hemşirelerin kapalı uçlu sorulara verdikleri yanıtları değerlendirmek için kullanılır.

#### Açıklama:

1. Anket sorularına verilen (1) yanıtları; sol taraftaki (+) kolonuna, (2) yanıtları; (0) kolonuna, (3) yanıtları; (-) kolonuna yazılır.
2. Sağ taraftaki kolonlara; iş boyutlarına yönelik "daha çok" ya da "daha az" istek ve beklenti durumlarını işaretlemiş olanların sayısı yazılır.

İşin Boyutları	+	0	-	Daha çok	Daha az
Bilgi ve Beceri Kullanımı					
Rekabet					
Sorumluluk					
Başarı Duygusu					
İnsanlarla Tanışma-Arkadaşlık					
Kaynak Bulabilme					
İş Kontrolü					
Hastaya Ait Hedefler					
İş Yükü					
İnsiyatif Kullanımı					
Karar Verme-Yargılama					
İşin Sonucunu Görme					
İşi Sevme					

**EK-6 : Primer Hemşirelik Yöntemi Uygulama Sonrası Puan Ortalamaları**

Hasta No	Psikososyal: birey	Fiziksel	Genel	İletişim	Mesleki Uygulamalar	Ort.
	Puan	Puan	Puan	Puan	Puan	Puan
1	3,8	3,7	3,7	4,0	3,8	3,8
2	3,4	3,5	3,4	3,5	3,6	3,48
3	3,7	3,6	3,5	3,6	3,8	3,64
4	3,5	3,7	3,3	3,6	3,5	3,52
5	3,6	3,7	3,5	3,9	3,6	3,66
6	4,1	4,0	3,9	4,0	3,9	3,98
7	4,0	4,0	3,9	4,1	4,0	4,0
8	4,4	4,1	4,0	4,2	4,1	4,16
9	3,9	3,8	3,8	4,1	3,9	3,9
10	4,2	4,1	4,0	4,1	4,0	4,08
11	4,3	4,0	3,9	4,0	4,0	4,04
12	3,8	3,7	3,8	3,9	3,8	3,8
13	4,3	4,1	4,0	4,1	4,0	4,1
14	4,1	4,0	4,0	4,0	4,1	4,04
15	4,2	4,0	4,1	4,1	3,9	4,06
16	4,0	3,8	3,6	3,9	3,7	3,8
17	3,8	3,7	3,8	3,9	3,8	3,8
18	3,9	3,8	3,9	4,0	4,1	3,94
19	4,3	4,1	4,1	4,0	4,1	4,12
20	4,4	3,8	3,8	3,9	3,8	3,94
21	4,0	3,8	3,6	3,9	3,9	3,84
22	4,6	4,0	3,9	4,2	4,1	4,16
23	4,3	4,2	4,1	4,2	4,0	4,16
24	4,2	4,0	4,0	4,1	4,0	4,06
25	3,9	3,8	3,6	4,0	3,9	3,84
26	4,0	3,9	3,7	4,1	3,9	3,92
27	3,8	3,8	3,9	3,9	3,8	3,84
28	4,6	4,0	4,1	4,5	4,5	4,34
29	4,2	4,1	4,0	4,2	4,3	4,16
30	4,3	4,0	4,1	4,3	4,2	4,18
$\bar{X}$ :	4,05	3,89	3,83	4,01	3,94	3,94
sd:	0,30	0,18	0,22	0,20	0,21	0,20