

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**HEMŞİRELERE GÖRE YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN
PATERNALİSTİK DAVRANIŞ ÖRÜNTÜLERİNİN HASTA
BAKIMI İLE İLGİLİ GÖREVLERİNE YANSIMASI**

Aylin MUTLU

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2010

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**HEMŞİRELERE GÖRE YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN
PATERNALİSTİK DAVRANIŞ ÖRÜNTÜLERİNİN HASTA
BAKIMI İLE İLGİLİ GÖREVLERİNE YANSIMASI**

Aylin MUTLU

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi
Tarafından desteklenmiştir (Proje No: 20090201002)

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir/...../2010.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

Üye: Prof. Dr. Ferda ERDEM

Akdeniz Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Üye: Doç. Dr. Özen KULAKAÇ

Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

Üye: Doç. Dr. Zeynep CANLI ÖZER

Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

Üye: Doç. Dr. Selma ÖNCEL

Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2010 tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışma, klinik hemşirelerin bakış açısına göre, servis sorumlu hemşirelerinin paternalistik davranış örüntülerinin hasta bakımıyla ilgili görevlerine yansımalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada veriler, hemşirelere ait demografik özellikleri ve servis sorumlu hemşirelerinin hasta bakımıyla ilgili görevlerini belirlemeye yönelik soru formu ve paternalizm ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Çalışma Antalya'da, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 609 hemşire oluşturmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-18 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede, tanımlayıcı istatistikler, değişkenler arası karşılaştırmalar ve ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.8 ± 6.1 olup, %69.6'sı evlidir. Hemşirelerin %44.8'i ön-lisans, % 41.7'si lisans mezunudur. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 40.9'u Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, %29.7'si Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %29.4'ü ise Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Hemşirelere göre SSH'nin paternalizm düzeyi ortalaması 4.3 ± 0.8 'dir. Servis sorumlu hemşirelerinin %60.4'ü yüksek paternalizm, % 39.6'sı ise düşük paternalizm grubunda yer almıştır. Hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma sürelerinin, paternalizm puanlamasında etkili değişkenler olduğu saptanmıştır. Paternalizm düzeyi açısından bakıldığında, yüksek paternalistik tutuma sahip servis sorumlu hemşirelerinin hasta bakımı ile ilgili girişimlerde doğrudan görev aldıkları belirlenmiştir.

Sonuç olarak, her üç kurumda çalışan servis sorumlu hemşirelerinin paternalistik davranışlar sergilediği ve bu davranışların hasta bakım uygulamalarına yansıdığı belirlenmiştir. Bu yönüyle araştırmamızda, servis sorumlu hemşirelerinin paternalistik yaklaşımları ve bakımın yönetimi ile ilgili uygulamaları konusunda anlamlı verilere ulaşılmıştır.

Paternalistik davranışların çalışanların otonomisini kısıtladığı bilindiğinden, servis sorumlu hemşirelerinin davranışlarını katılımcı ve paylaşımcı tutum yönünde değiştirmelerine olanak sağlayan kurumsal düzenlemelerin geliştirilmesi önerilmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin mesleki kararlarında özerk davranmasının önündeki bireysel ve kurumsal engellerin ve bunların çözümlerinin belirleneceği araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Servis sorumlu hemşiresi, hemşirelik, bakım yönetimi, paternalizm, paternalistik tutum

ABSTRACT

This study was carried out to identify, the reflection of nurse managers' paternalistic behaviour on their patient care responsibilities from the perspectives of clinical nurses. Data in this study were collected using paternalism scale and a questionnaire, which was designed to specify the demographic profiles of clinical nurses and the responsibilities of nurse managers about patient care. The study was conducted in Antalya at Akdeniz University Hospital, Antalya Education and Research Hospital and Antalya Atatürk State Hospital. The research group consisted of 609 clinical nurses working in these hospitals and accepted to participate in this investigation.

The data were evaluated using SPSS-18 packet program. Descriptive statistics, comparisons between variables and chi-square test were used for statistical evaluation. Based on our study results, the mean age of participating nurses was 31.8 ± 6.1 and 69.6% of them were married. 44.8% of nurses have prebachelor degree and 41.7% have bachelor degree. 40.9% of the nurses who participated in this investigation are working in Akdeniz University Hospital, 29.7% in Antalya Education and Research Hospital, 29.4% in Antalya Atatürk State Hospital.

According to the nurses, the mean score of the paternalistic behaviour level of nurse managers' was 4.3 ± 0.8 . In this study 60.4% of the clinical nurse managers took place in high-paternalism group, 39.6% were in the low-paternalism group. Nurses' age, marital status, education level and working time, were found to be effective variables in paternalism scoring. From the perspective of paternalism level, it was found that nurse managers with high level of paternalistic attitude, directly involved in patient care-related initiatives.

As a result, clinical nurse managers who worked at three institutions exhibited paternalistic attitudes and practices that reflect on the patient care was determined. In this direction this study provided with crucial findings about paternalistic approach of clinical nurse managers and their practices about care management.

It is known that paternalistic behaviours limit the autonomy of employees so the clinical nurse managers need to change their behaviour in the direction of participatory and collaborative attitude that allows the development of institutional arrangements. In addition to that, further research should be done to determine individual and institutional obstacles for nurses to decide autonomously and finding specific solutions to these obstacles.

Keywords: Charge nurse, nursing, care management, paternalism, paternalistic attitude

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince özveri ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilimsel katkılarıyla çalışmamın her aşamasında çok büyük emeği olan, yüksek lisans öğrenimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim, değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

İstatistiksel değerlendirme sürecinde destek ve önerileri için Araş. Gör. Deniz ÖZEL'e,

Çalışmalarım sırasında, beni her zaman cesaretlendiren ekip arkadaşlarım Arzu DURU, Aysel ACAR TEKELİ, Keziban ÖZCAN, Selda ÇAKAL, Uğur BİLGİN ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı ekibine,

Çalışmaya katılan, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde görev yapan tüm hemşirelere,

Bana her türlü desteği sağlayan aileme, en içten teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	Sayfa
	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Değişen Sağlık Ortamı ve Hemşirelikte Bakım Yönetimi Kavramı	5
2.1.1. Yönetim Anlayışına Tarihsel Bakış	5
2.1.2. Hemşirelik Bakımında Yöneticilik Rolünün Ortaya Çıkışı	6
2.2. Yönetimde Paternalistik Yaklaşımın Yeri ve Etkileri	7
2.2.1. Hemşirelikte Otonomi, Güç ve Paternalizm İlişkisi	8
2.3. Yönetici Hemşire Rolünün Gelişim Süreci	11
2.3.1. Ülkemizde Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumluluklarını Belirleyen Yasal Düzenlemeler	14
2.3.2. Ülkemizde Otonomi ve Paternalizm İlişkisi Kapsamında Hemşirelik Bakım Yönetiminin Değerlendirilmesi	15
GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yeri	18
3.3. Araştırmanın Evreni	18
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.5. Soru Formunun Hazırlanması	19
3.6. Soru Formlarının Uygulanması	19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	20

BULGULAR	21
TARTIŞMA	50
5.1. SSH'nin Paternalizm Düzeyi ve Hemşirelere İlişkin Özellikler	51
5.2. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalistik Tutumlarının Hasta Bakımıyla İlgili Görevlerine Yansıması	53
5.2.1. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Kabul Uygulamaları	54
5.2.2. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Bakım Uygulamaları	55
5.2.3. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Dağılımı Yaklaşımları	55
5.2.4. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hemşirelik Girişimlerini Planlama Yaklaşımları	56
5.2.5. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Bakımı Denetleme Yaklaşımları	56
5.2.6. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hemşirelik Girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtlar	57
5.2.7. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Taburculuk Uygulamaları	57
5.2.8. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Üstlenmesi Gereken Sorumluluklar	58
5.2.9. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Öneriler	58
SONUÇLAR	60
ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	65
ÖZGEÇMİŞ	74
EKLER	75
EK: I	Onam Formu
EK: II-A	Soru Formu
EK: II-B	Paternalizm Ölçeği
EK: III-A	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
EK: III-B	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi SSH Görev Tanımları Yönetmeliği
EK: III-C	Hemşirelik Yönetmeliği
EK: IV	Etik Kurul Onayı
EK: V-A	Kurumsal İzin Yazıları
EK: V-B	Akdeniz Üniversitesi BAP Onayı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SML	: Sağlık Meslek Lisesi
AÖÖL	: Açık Öğretim Önlisans
SHMYO	: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
HYO	: Hemşirelik Yüksekokulu
SYO	: Sağlık Yüksekokulu
YL	: Yüksek Lisans
SSH	: Servis Sorumlu Hemşiresi/ Hemşireleri
HİE	: Hizmet İçi Eğitim
CPR	: Kardiyopulmoner Resusitasyon
AÜH	: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
AEAH	: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AADH	: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
YTKİY	: 5 Mayıs 2005 tarihinde kabul edilen 25806 sayılı Yataklı Tedavi Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
BAP	: Bilimsel Araştırma Projeleri
Hemşirelik Kanunu	: 25 Nisan 2007 tarihinde kabul edilen ve 02 Mayıs 2010 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair 5634 No'lu Kanun

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler	21
4.2. SSH'nin Paternalizm Düzeyleri	31
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle SSH İçin Puanladıkları Paternalizm Düzeylerinin Karşılaştırılması	32
4.4. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Kabulü İle İlgili Uygulamalarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı	34
4.5. Hemşirelere Göre SSH'nin Yatan Hasta Bakımı İle İlgili Uygulamalarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı	35
4.6. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Dağılımını Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Paternalizm Düzeyine Dağılımı	36
4.7. Hemşirelere Göre SSH'nin Klinikteki Hastalar İçin Hemşirelik Girişimlerini Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Paternalizm Düzeyine Dağılımı	36
4.8. Hemşirelere Göre, SSH'nin Hemşirelik Bakımını Denetleme Yaklaşımlarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı	37
4.9. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik Girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtların Paternalizm Düzeyine Dağılımı	38
4.10. Hemşirelere Göre, SSH'nin Taburculuk Süreci İle İlgili Uygulamalarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı	39
4.11. Hemşirelere Göre, Bakımı Geliştirmek İçin SSH'nin Üstlenmesi Gereken Sorumlulukların Paternalizm Düzeyine Dağılımı	40
4.12. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniklerde Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi İle İlgili Önerilerinin Paternalizm Düzeyine Dağılımı	41
4.13. SSH'nin Hasta Kabulü İle ilgili Uygulamalarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	42
4.14. SSH'nin Yatan Hasta Bakımı ile İlgili Uygulamalarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	43

4.15. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Dağılımını Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	44
4.16. Hemşirelere Göre SSH'nin Klinikteki Hastalar İçin Hemşirelik Girişimlerini Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	44
4.17. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik Bakımını Denetleme Yaklaşımlarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	45
4.18. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	46
4.19. Hemşirelere Göre SSH'nin Taburculuk Süreci İle İlgili Uygulamalarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	47
4.20. Hemşirelere Göre Bakımı Geliştirmek İçin SSH'nin Üstlenmesi Gereken Sorumlulukların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	48
4.21. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniklerde Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesiyle İlgili Önerilerinin Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Kabulü ile İlgili Uygulamaları	22
4.2. Hemşirelere Göre SSH'nin Yatan Hastaların Bakımı ile İlgili Uygulamaları	23
4.3. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Dağılımını Planlamada Kullandığı Yaklaşımlar	24
4.4. Hemşirelere Göre SSH'nin Klinikteki Hastalar İçin Hemşirelik Girişimlerini Planlamada Kullandığı Yaklaşımlar	25
4.5. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik Bakımını Denetleme Yaklaşımları	26
4.6. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik Girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtlar	27
4.7. Hemşirelere Göre SSH'nin Taburculuk Süreci ile İlgili Uygulamaları	28
4.8. Hemşirelere Göre Bakımı Geliştirmek İçin SSH'nin Üstlenmesi Gereken Sorumluluklar	29
4.9. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniklerdeki Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi İle İlgili Önerileri	30

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde karmaşık bir sağlık sistemi içinde hizmet sunan hemşirelerin rolleri sürekli genişlemekte ve bununla bağlantılı olarak hemşirelerden güçlü bir role sahip olmaları beklenmektedir (1,2,3). Bireylerin gereksinimleri değiştikçe, bakım çevresi de değişmekte ve bu değişimler yönetim, hasta bakımı, taburculuk, hastanede kalma süresi gibi birçok alanda varlığını hissettirmektedir (4). Aynı zamanda hemşirelerin rol ve sorumluluklarını da etkileyen bu değişimlerin, hasta bakımında yeniliklere öncülük etmesi beklenmektedir (5).

Yerleşmiş bakım anlayışına değişim getirme ve yenilik kazandırmada hemşirelerin gücü büyük önem taşımaktadır. Schiwirian (6) ve Heidenthal (7), hemşirelik liderlerinden Benner'ın, hemşirelerin güçlerini, hemşirelik uygulamasının bilim ve sanat yönünden aldığını ifade etmektedir. Hasta ile ilgili kararlara katılan hemşireler, kendilerini hasta bakımında daha güçlü ve otonom hissetmektedirler. Bundan hasta bakımı da olumlu yönde etkilenmektedir. Hemşireleri karara katma, hasta bakımını doğrudan ya da dolaylı etkileyen ve hemşirelik yöneticilerinin amaçlarını gerçekleştirmede etkili olan bir yoldur (8,9).

Hemşirelik ekibi yapısı gereği, sistematik ve organize çalışmalıdır. Ancak bizim ülkemizde hemşirelik ekibine karmaşık bir yapı hakimdir (10). Bunun nedenleri arasında, hemşirelik eğitiminin farklı düzeylerde verilmesi gerçeği öne çıkmaktadır. Ülkemizde farklı eğitim kurumlarından (sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans, yüksek lisans gibi) mezun olanların tümü hemşire unvanı almakta ve tümünden aynı sorumlulukları yerine getirmesi beklenmektedir (11). Bunun sonucunda da hemşireler arasında çatışma ortaya çıkmakta ve ekip dinamiği oluşmamaktadır (12).

Bu karmaşık yapı aynı zamanda hemşirelerin otonomisini de olumsuz yönde etkilemekte ve otonom olmayan davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunlardan bazıları hemşirelerin yöneticisinin belirlediğinin dışında inisiyatif kullanamaması, karar verme süreçlerine katılamaması ve hasta bakımında rutinin dışına çıkamamasıdır. Bu durumda en önemli tehlike, hasta bakımının geliştirilmesinde engellerin ortaya çıkma olasılığıdır. Bakım ancak, üyelerinin karar alma süreçlerine katılımını destekleyen yönetici davranışları ile gelişebilir. Hemşire ekibi arasında kurulmuş ilişkiler bu anlamda bakımın yönünü belirlemektedir (13,4).

Otonom davranışa izin verilmeyen disiplinlerarası ilişkilerde paternalizm egemen olmaktadır. Paternalizm, çalışanların performansını etkileyen ve yönetim alanında sıkça karşımıza çıkan bir kavramdır (14,15). Paternalizm, kişinin onayı

olmadan onun özerkliğine müdahale etmek demektir. Paternalizmin, çoğu kez otonomiye sınırlayan ve birey adına onun eylemleri ile ilgili en doğru kararı, yöneticinin vereceğine inanan bir yaklaşım olduğu üzerinde durulmuştur (16). Türkçe "özerklik" sözcüğü, İngilizce "Autonomy"nin karşılığı olarak kullanılmaktadır. Yani özerklik, "dışarıdan bir müdahale olmaksızın kendi kuralını belirlemek" gibi bir durumu dile getirir. Bir kişinin özerkliğinden söz etmek, o kişi açısından, serbestçe ve kendi ussal yetileri ile seçme ve davranışta bulunabilme yetisi anlamına gelmektedir. Bu durumda paternalistik yaklaşımın özerklik ve otonomiye sınırladığı anlaşılmaktadır (14,16).

Paternalistik davranış örüntüleri yönetici ve çalışan arasındaki güç farkından ortaya çıkmaktadır (17,15). Güç kavramının iki temel bileşeni, kişilik özellikleri ve bireyin kurumdaki pozisyonu ve rolüdür. Kurumda yüksek düzeyde yer alan yöneticiler üst, çalışanlar ise ast konumundadır ve aralarında güç farkına dayalı bir ilişki vardır. Üst konumundaki birey, kurumda otoriteye sahiptir. Bu durumda rollere bağlı güç hiyerarşisi ortaya çıkmaktadır (18). Buna benzer şekilde Nagelkerk (19) gücün bileşenlerini açıklarken bireyin kurumdaki ünvanı ve pozisyonuna bağlı olarak yasal gücün kurumlarda hiyerarşik yapının oluşmasında çok önemli olduğunu vurgulamıştır.

Monojlovich (20), gücü kontrolü ele alma, birilerine karşı baskın olma şeklinde ifade ederken, etkin hemşirelerin güçlü hemşireler olduğunu belirtmiştir. Hemşirelikte güç ve otonomi ilişkili kavramlardır. Otonom hemşireler kendilerini hasta bakımında ve ekip içinde daha etkin ve atılgan hissetmektedir (21).

Yönetici davranışlarını aynı zamanda, yasa ve yönetmeliklerde yer alan beklentiler de şekillendirmektedir. Araştırmanın yapıldığı tarihte 25 Nisan 2007 tarihinde kabul edilen 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanuna bağlı yönetmelikler, henüz yayınlanmadığı için Servis Sorumlu Hemşireleri (SSH) rol ve sorumluluklarını YTKİY'nin 131. maddesine (22) göre yerine getirmektedir. Ek III-A'da ayrıntıları verilen madde 131'in yapısında hemşirelerin otonomisini sınırlayan paternalistik yaklaşımın egemen olduğu görülmektedir. Kurumlar görev tanımları çalışmalarını bu paternalistik yapının özüne sadık kalarak yapmaktadır.

YTKİY'nin SSH'ne verdiği yetkiler paternalistik davranışları destekleyici ve pekiştiricidir. Buna karşılık uygulama alanında etkilerini bir süre sonra hissettirecek olan Hemşirelik Kanunu (2007)'nin hemşireye problem çözme süreci ile çalışma olanağı vererek otonomisine ve özerkliğine katkı verebileceği düşünülmektedir.

Kanuna bağlı olarak çıkarılan Hemşirelik Yönetmeliği (23) de hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin rol ve sorumluluklarını önemli ölçüde genişletmiştir (EK III-C). Hemşirelik Yönetmeliğine göre, SSH hasta bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, karşılanması ile hasta tedavi planı ve tedavilerinin güvenli şekilde uygulanması için hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesi ve koordinasyonundan sorumludur. SSH'nin hastalara uygun oda ve yatak belirleme ile servisin fiziki

yapısını geliştirme gibi sorumlulukları da mevcuttur. Buradan da anlaşılacağı gibi, SSH'nin olağan koşullarda hasta bakımına doğrudan katılma gibi sorumluluğu yoktur. Bunun yerine, hemşirelere hasta bakımında ve hizmet içi eğitimlerle, mesleki gelişimlerinde danışmanlık yapmakla yükümlüdür. Yönetmelik YTKİY'den farklı olarak, SSH'ne hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonu yükseltici düzenlemeler yapma sorumluluğu vermektedir. Ayrıca, Hemşirelik Yönetmeliği hemşirelere kararlara katılma olanağı vererek hemşirelerin daha fazla otonom olmalarını desteklerken, SSH'nin de katılımcı ve paylaşımcı yönetim anlayışına sahip olmaları için SSH'ni de desteklemektedir.

Bu çalışma, hemşirelik kanununun ve ilgili yönetmeliğin değıştiğı günlerde, yerleşmiş bir kurumsal anlayışın etkisi altında yönetici hemşirelerin paternalistik yaklaşımlarının hasta bakımıyla ilgili görevlerine etkisini açıklamaya çalışan önemli bir araştırmadır. Ülkemizde bu konu ile ilgili doğrudan yapılmış bir çalışmaya rastlanmadığından bu çalışmanın sonuçlarının, servis sorumlu hemşirelerinin paternalistik yaklaşımlarının ve bakımın yönetimi ile ilgili uygulamalarının farkında olmalarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Ayrıca paternalistik yönetici davranışları karşısında hemşirelerin otonomi ve karar verme yetkilerini geliştirmesinin desteklenmesi ile hasta bakımının da pozitif yönde etkileneceğı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, Antalya'daki kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin bakış açısı ile, SSH'nin paternalistik davranış örüntülerinin hasta bakımı ile ilgili uygulama ve sorumlulukları üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Deneyimlerimize göre, kurumlarımızda SSH'nin çalışan hemşirelerin hasta bakımında otonom olmalarını ve karar vermelerini destekleyici yaklaşımları açıkça gözlenememektedir. Ancak bu saptama sadece gözlem düzeyinde olduğundan, bilimsel olarak da araştırılması gereken önemli bir konudur.

Bu araştırmanın soruları aşağıda belirtildiği gibidir:

- 1.Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan SSH'nin paternalizm düzeyi nedir?
- 2.Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan SSH'nin hasta bakımının yönetiminde üstlendikleri sorumluluklar nelerdir?
- 3.Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan SSH'nin paternalizm düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 4.Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan SSH'nin paternalistik davranış örüntüleri, hasta bakımıyla ilgili görevlerini nasıl etkilemektedir?
- 5.Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşireler, hasta bakımını geliştirmede SSH'nin hangi sorumlulukları üstlenmesini önermektedir?

GENEL BİLGİLER

2.1. Değişen Sağlık Ortamı ve Hemşirelikte Bakım Yönetimi Kavramı

2.1.1. Yönetim Anlayışına Tarihsel Bakış

Yönetim bilimi hemşirelik, işletme, psikoloji ve sosyoloji gibi birçok farklı disiplinin teorileriyle gelişmektedir. Son bir asırlık süreçte, “başarılı bir yönetim nasıl olmalıdır?” sorusuna çeşitli bakış açılarıyla aranan yanıtlarla yönetim bilimi büyük gelişme kaydetmiştir. Yönetimde “lider” sözcüğü 1300’lü yıllardan beri kullanılan bir terim olmasına rağmen “liderlik- leadership” terimi 1900’lü yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (24).

Yönetim, yüksek düzeyde beceriyi ve kişiler arası yönetmeyi gerektiren bir bilim ve sanat alanıdır. Liderlik ise yönetimde bir süreçtir (25,26). Lider, gelecekte belirlediği hedeflere ulaşmada tercih ettiği yolu izlemektedir. Yönetim kavramı ise sahip olunan vizyonda bugünü ele almaktadır (27). Yönetim, planlama, organizasyon, yönlendirme, koordine etme ve kontrol etme basamaklarından oluşmakta ve liderliğin gerektirdiği sorumluluklardan yalnızca biri olarak açıklanmaktadır (18).

Yönetim sürecinin tanımı ve bu sürecin planlama, organizasyon, personel, yönetim ve kontrol fonksiyonlarından oluştuğu 1925 yılında belirtilmiştir. Yönetimde davranışçı yaklaşımın ortaya çıkması ise 1940’lı yıllara rastlamaktadır. Sosyal bilimcilerin bu alanda yaptıkları çalışmalar sonrasında, yönetimden çok liderlik üzerine yoğunlaşmış ve otoriter lider, demokratik lider kavramları ortaya çıkmıştır (7,18).

Otoriter yönetim, hiyerarşinin yer aldığı bürokratik organizasyon anlayışına uyan klasik yaklaşımdır. Bu yaklaşımda, otorite, disiplin, hiyerarşi, formal kural ve prosedürler hakimdir (28,29,5). Bu tür yaklaşımda ast- üst ilişkisi söz konusu olup, bu tür davranış örüntüleri sergileyen yöneticiler, çalışanların inisiyatif kullanma ve yaratıcılık niteliklerini köreltmektedir (1).

Yönetim alanında durumsal teoriler 1950’li yıllarda ortaya çıkmıştır. Bu teoriler, yöneticinin davranışlarının duruma göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Bu teorilere göre yönetici bazen lider, bazen de ardıl olabilmektedir. Açıklanan diğer yönetim teorileri işlevsel ve dönüşümsel yönetimdir. İşlevsel yönetimde yönetici tamamen iş ve görev odaklıdır. Bu tür yönetim yaklaşımında pozisyon ve rollere bağlı hiyerarşi ön plandadır. Dönüşümsel yönetimde ise, yönetici çalışanlarının gelişimi ve motivasyonuna önem verir ve çalışanlarını destekler. Çalışanlarına rol modeli olur ve ekibiyle işbirliği yapar (25,7,18,30).

Yönetimde davranışçı yaklaşımın ortaya çıkmasıyla birlikte otoriter yönetimden uzaklaşmıştır. Davranışçı yaklaşımı esas alan yönetim tarzında, yöneticiler insan eğilimli olup, bireysellik ön planda olduğundan çalışanların duyguları, gereksinimleri, tutum, davranış ve düşünceleri yöneticiler tarafından önemsenmektedir. İlişkiler daha insancıl niteliktedir. Bu ilişkide otoritenin yanında koruyuculuk göze çarpmaktadır. Bu durumda da paternalistik yönetim anlayışı ortaya çıkmaktadır (15).

Koruyucu otoriter yönetim (Benevolent-Authoritative), kararların üst düzey yönetim tarafından verilmesiyle karakterize bir yönetim şeklidir. Bu tür yönetimde paternalistik yaklaşım hakimdir (5). Paternalizm veya “babacanlık”, “hamilik” tutumuna toplulukçu ve hiyerarşik kültürlerde sıkça rastlanmaktadır. Bu yönetim şekli ast ve üst arasındaki ilişkiyi net olarak ortaya koyar. Bu ilişkide üst astın iyiliği için olacağına inandığı kararları, astın adına alırken onu yönlendirmekte ve korumaktadır. Hatta çalışanıyla bir ebeveynin çocuğuyla ilgilenmesi gibi ilgilendiği için, çalışanın hayatının her yönüyle ilgilenmektedir. Bu davranışa karşılık çalışanlar yöneticilerin kararlarına gönüllü olarak uyararak, yöneticilerine bağlılıklarını göstermektedir. Burada süslenmiş ve güzelleştirilmiş bir yetki vardır (17,15).

Paylaşımçı yönetim 1980’li yıllarda ortaya çıkan bir kavramdır. Kökenini yönetim biliminden alan bu kavram geleneksel hiyerarşik yapıya bir başkaldırı sonucu ortaya çıkmıştır (31). Paylaşılmış karar verme ya da paylaşılmış yönetim, iş ortamı ile ilgili kararlara sadece yöneticinin değil diğer ekip üyelerinin de katıldığı bir yönetim tarzıdır (32,33).

Görüldüğü gibi yönetim alanında, otoriter yönetimden katılımcı ve paylaşımçı yönetim anlayışına uzanan tarihsel bir süreç vardır. Bu süreçte tanımlanan yönetim yaklaşımlarından hiçbirinin kusursuz olmadığı bilinmektedir. En mükemmel yönetim yaklaşımı 1980’li yıllardan günümüze uzanan “katılımcı ve paylaşımçı” yönetim olarak tanımlanan yaklaşımdır (7,19,30). Bu tür yönetim tarzı destekleyici ve cesaretlendirici olup, çalışanlara yönetimin her aşamasında kararlara katılma olanağı vermektedir. Bu yönüyle katılımcı ve paylaşımçı yönetim tarzı çalışanlar tarafından en çok desteklenen yönetim tarzıdır (34).

2.1.2. Hemşirelik Bakımında Yöneticilik Rolünün Ortaya Çıkışı

Zaman içinde yönetim anlayışında meydana gelen değişimler birçok alanda olduğu gibi sağlık alanını da etkilemiştir. Bu değişim sürecinde sağlık alanında geleneksel otoriter yönetim, yerini daha demokratik olan katılımcı ve paylaşımçı yönetime bırakmıştır. Süreç boyunca meydana gelen gelişmeler, hemşirelik yönetiminin yapısı ile yönetici hemşirelerin hemşirelere yaklaşımına geç de olsa yansımıştır (35).

Hemşirelikte yönetim anlayışının gelişmesinde özellikle 19. yy’da Florence Nightingale’in önemli etkisi olmuştur. Bu dönemlerde yönetici hemşireler, başhemşire (matron) olarak kurumlarda yerlerini almışlardır. 1940’lı yıllarda hemşirelikte yönetim alanındaki gelişmeler daha belirginleşmeye başlamış ve

hemşireler bu konuda seslerini duyurmaya çalışmışlardır. 1948 yılından itibaren 20. yy'ın sonuna kadar ise hemşirelikte yönetim alanında daha yeni politikalar gündeme gelmiş ve hemşirelerin bu alanda kaliteli eğitim almalarının önemi üzerinde durulmuştur. 1960'lı yıllarda ise hemşirelikte yönetim alanında bir takım olumsuz gelişmeler ortaya çıkmıştır. Başhemşirenin otoritesi hastane müdürü tarafından sınırlandırılmış, rol ve sorumluluklarında değişiklikler meydana gelmiştir (36).

Hemşirelik alanındaki bürokrasi, hiyerarşi ve otoriter yönetim tarzının varlığı ile oluşan yetki sınırlılığı tükenmişlik ve motivasyon eksikliğini de beraberinde getirmektedir (34). Schiwirian (6)'ın belirttiğine göre, Benner, bazı hemşirelerin bakım verici rolleriyle ilişkili olarak, erkek egemen hastane hiyerarşisini güçsüzlüğün kaynağı olarak algılandığını ifade etmektedir. Sağlık alanındaki hiyerarşik yapıdan dolayı, hasta merkezli bakımda çoğu zaman hemşireler sorun çözmeye teşvik edilmemektedir (37). Paylaşılmış yetki anlayışına sahip yönetim ise ekip ruhunu geliştirme, karar vermede özgüven ve otonomiye olanak vererek daha iyi bir çalışma ortamı yaratılmasını sağlamaktadır. Bu da hasta bakım kalitesine olumlu yansımaktadır (31). Hasta bakımında çokludisipliner ve disiplinlerarası bir anlayışla sorun çözmeye cesaretlendirilen hemşirelerin iletişim becerileri ve otonomileri gelişmekte (37), otonom hemşireler kendilerini mesleklerinde güçlü hissetmektedir. Burada açığa çıkan güç, kliniğin ve ekibin gücünü ortaya koyan hemşire grubunun gücüdür. Bu durum hasta bakımına kaliteyi artıran önemli bir etken olarak yansımaktadır. (38,39).

2.2. Yönetimde Paternalistik Yaklaşımın Yeri ve Etkileri

Paternalistik yaklaşım, yönetim alanında gittikçe daha çok ilgi çeken bir araştırma alanıdır. Bu nedenle, konuyla ilgili araştırmalar giderek artma eğilimindedir (15). Oldukça karmaşık bir kavram olan paternalizm; “benevolent dictatorship”, “legitimated authority”, “noncoercive exploitation”, “the sweetest persuasion”, “strategic flexibility”, “the velvet glove” gibi terimlerle de adlandırılmaktadır (40).

Yönetim biliminin gelişim sürecinde, yöneticilerin bir kısmı paternalistik yönetim anlayışını benimserken, bir kısım yöneticiler de bu anlayışa karşı çıkarak otoriter yönetim anlayışını (Otoriterizm) savunmuşlardır. Erken davranışsal yönetim kuramcıları, verimli çalışma grupları oluşturmak için yöneticilerin ataerkil ve paternalistik davranışları gerekliliğini savunurken, bazı kuramcılar bürokratik ve kişileri korumaya dayalı olan bu yönetim anlayışına karşı çıkmışlardır (15). Buradan da anlaşılacağı gibi paternalistik ve otoriter yönetim şekilleri birbirinden farklı kavramlardır. Paternalizm kavramının içindeki otoriterlik, “koruyucu otoriterlik” olarak açıklanmaktadır (5). Nitekim yakın zamanda Hindistan, Türkiye, Çin ve Pakistan'da yapılan araştırmalar benzer şekilde paternalizm kavramının otoriterizm anlamına gelmediği belirtilmiştir (41).

Paternalistik yönetimde, çalışan yöneticiye bağlılık göstermekte, yöneticisinin kendisini yönlendirmesini kabul etmektedir. Paternalizm ilişkisinde yer alan boyun eğme ve bağımlılık durumunda bireyin gönüllülüğü esastır (41,5,15). Paternalistik

yaklaşımındaki bağlılık ve sadakate dayalı bu ilişki Maccoby (42) tarafından oldukça ilginç şekilde yorumlanmıştır. Araştırmacıya göre yönetici baba rolünde otorite figürüdür. Çalışan ise yöneticisi ile bir transferans sürecini paylaşmaktadır. Psikiyatride transferans, bireyin çocukluğunda kendisi için önemli olan kişilere, çoğunlukla ana babasına karşı beslediği duyguları terapistine aktarma eğilimidir (43,44,45). Maccoby (42) çalışanın yöneticisine bağlılığını ve onu anne baba gibi görmesini bu teoriye dayandırmaktadır. Buna göre çalışan yöneticiyi babası yerine koyarak ona bağlılık ve sadakat gösterirken, yöneticisinden onu korumasını ve savunmasını beklemektedir.

Paternalistik yönetimde yöneticiler, çalışanların özel hayatlarıyla da yakından ilgilenmektedirler. Bu tür ilişkinin oluşmasının nedeni de hiyerarşi ve ast üst arasındaki güç farkıdır. Paternalistik ilişkinin temelinde, yöneticinin çalışana yeri geldiğinde bir baba, yakın arkadaş hatta dost, bir kardeş gibi olması vardır. Böyle bir ilişkide çalışanlar, yöneticiler tarafından konulan kuralların kendi iyilikleri için olduğuna inanmakta ve yöneticilerin aldığı kararlara gönüllü olarak uymaktadırlar (17,40).

Paternalistik yönetim mesleki doyum, zorunluluk, hedef belirleme gibi konularla da doğrudan ilişkilidir (15). Ayrıca Pellegrini ve Scandura (46), Türkiye gibi paternalistik davranış eğilimi yüksek olan ülkelerin yöneticilerinin, paternalistik davranışlarının, çalışanların davranışlarına da pozitif yönde yansıdığını belirtmişlerdir. Bu yönüyle çalışanlar, aslında yöneticilerin kendilerine paternalistik yaklaşmasını desteklemektedirler. Bu görüşün tersini savunanlar ise paternalistik yönetime tepkinin bireysel farklılıklardan kaynaklandığını vurgulamaktadır. Buna göre yönetime karşı bağımsız tavırlar sergileyen, otonom olmak isteyen çalışanlar paternalistik yönetime tepki göstermektedirler (47,48).

Paternalistik ilişkide yer alan yöneticiye bağlılık ve gönüllü boyun eğme paternalistik eğilimin yüksek olduğu toplumlarda normal karşılanmaktadır. Burada bahsedilen boyun eğmenin yanında başkaları adına sorumluluk alma ve birbirine bağlı olma durumu da vardır. Bunun tersi olarak kendi kararlarını alma ve otonom olmanın önemli olduğu bireyci kültürlerde paternalizm onaylanmayan bir olgudur (17).

2.2.1. Hemşirelikte Otonomi, Güç ve Paternalizm İlişkisi

Otonomi Yunanca'dan gelen "autos" ve "nomos" sözcüklerinin birleşmesiyle oluşan, kendi kurallarını uygulamak, bağımsız olmak anlamına gelen çok boyutlu ve karmaşık bir kavramdır (49,50). Otonominin sözlük anlamı özerklik hakkı, kişisel özgürlük, isteklerde özerklik, eş anlamlıları ise; egemenlik, kendi kurallarını koymak ve özgürlüktür (2,13,16). Bireyin otonomisine saygı ise, bireyin aldığı kararlara ve bu kararları uygulama hakkına saygı duymaktır (51).

Otonomi ile ilgili en eski teorilerden biri, Mill (52)'e aittir. Otonomi başkalarının zorlaması olmadan bireyin kendi kararlarını vermesi demektir. Bu teoride bireyin iyiliğini bireyden daha iyi kimsenin düşünemeyeceği belirtilmektedir.

Aveyard (53) otonomiyle ilgili olarak Savulescu ve Dworkin'in teorilerinden bahsetmiştir. Savulescu teorisinde bireylerin özerklik ve otonomi açısından değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Dworkin'e göre ise otonomi, kişinin tercihlerini değiştirecek ve belirleyecek yeteneğinin olması anlamındadır. Bütün bu teorilerin ortak noktası ise otonominin engellemeden çok, özgürlük anlamına daha yakın olduğudur.

Otonomi ve paternalizm birbiriyle çelişen kavramlardır. Paternalizm Latince'de baba anlamına gelen "pater" sözcüğünden türemiştir. Paternalizm baba gibi davranma ya da başka birine çocuk muamelesi yapma anlamına gelir. Paternalizmde, anne babanın çocuğuna davrandığı gibi davranma anlamı vardır. Paternalizm davranışının temelinde bireye iyilik etme, onun iyiliğini düşünerek hareket etme yatar (54,55,56,57,58,59,16,60).

Paternalizm başkalarının üzerinde güç sahibi olan kişilerin bulunduğu eğitim, tıp gibi birçok alanda vardır. Paternalizm bireylerin güvenliğini ve insanları korumayı amaç edinmektedir (57). Rapsey (61)'e göre, paternalistik yaklaşımda otonomiyi kısıtlamanın yanı sıra, kişiyi başkalarından koruma ve onun iyiliğini sağlama anlayışı vardır. Bireyin bağımsız karar vermesi gereken durumlarda ise paternalistik davranış örüntülerinin olduğu alanda zorlama ve bireyin otonomisini kısıtlama vardır (57,62).

Paternalizm kavramının içinde, karar vermede bireyi zorlama olduğu düşünülürse, otonomiyi kısıtlamanın olduğu da açıktır. Otonomide esas olan bireyin özgür karar vermesine destek olmaktır (63,64,65,50). Bunun tersi durumda, bireye paternalistik davranılmış olur (16). Paternalistik davranış hiyerarşik yönetimde bireyin özgürlük ve sorumluluklarını kısıtlamaktadır. Aveyard (53), "bireyler yaşamlarını yönetebildiklerinde özerk sayılırlar" demiştir. Özerklik olarak tanımlanan otonominin hiçe sayılması paternalistik davranış örüntülerini açığa çıkarır. Paternalistik davranış bireysel otonominin hiçe sayıldığı durumlarda problem yaratır (56,40,15).

Paternalizm erkek egemen toplumlarda sık görülen bir olgudur. Bu durumda toplumsal cinsiyet algısından ve buna bağlı olarak kadın erkek arasındaki rol ve sorumlulukların niteliğiyle belirlenen güç farkından bahsetmek gerekmektedir. Kadının kendini ortaya koyma çabası, içinde bulunduğu toplumsal yapıya bağlı olarak zaman içinde değişmiş ve gelişmiştir. En gelişmiş ülkelerde dahi kadın erkek ayrımcılığına rastlanmakta ve kadınlar çoğunlukla ikincil konumda yer almaktadır. Bu ayrımcılığın temelinde toplumların yapısal özellikleri öne çıkmaktadır (66,67).

Kadınların iş yaşamlarını etkileyen en önemli unsurlardan biri erkeklerden farklı olarak toplum içinde algılanan cinsiyet rolüdür. Cinsiyet rolü, kadın ve erkeğin yapacağı işlerin belirlenmesinde etkilidir. Toplumdaki cinsiyet rolü kadının, anne ve eş olma rolünün bir uzantısı olarak değerlendirilen öğretmenlik, hemşirelik, sekreterlik gibi daha çok kadınların çalıştığı mesleklere yönelmesine yol açmıştır.

Toplumumuzda kadından beklenen iyi bir “eş” ve “anne” olmasıdır. Para kazanma, hayatı kurma ve sürdürme görevi ise erkeğindir (67,68,18).

Hemşireliğin bir kadın mesleği konumunda olması ve hekim istemlerine dayalı bağımlı fonksiyonları nedeniyle kişisel ve mesleki otonomiye yeterince sahip olamadıkları belirtilmektedir (4). Eğitim düzeyleri farklı olmasına karşın hemşirelerin ünvan, yetki ve sorumlulukları birbirinden ayrılmamıştır. Bu durum hemşireler arasında çatışmaya neden olmakta ve ekip dinamiğini olumsuz etkilemektedir (69). Lorentzon ve Bryant (35), hemşirelerin en kötü düşmanlarının yine hemşireler olduğunu ifade etmektedir. Salvage (1) ve Karaöz (70), hemşireler otonom sağlık profesyonelleri olarak birlikte hareket etmedikleri ve güçlerini birleştiremedikleri sürece bu çatışmaların devam edeceğini belirtmektedir.

Sağlık profesyonellerinde çalışma otonomisi, mesleğin gerektirdiği şekilde çalışanların özgür karar vermesi anlamına gelir (71,2). Hemşirelik mesleğinde otonomi ve profesyonellik birbiri ile doğrudan ilişkili kavramlardır. Hastayı koruma ve savunma, ekip işbirliği, istemli karar verme ve hastalarla profesyonel iletişim kurma, bakımı içeren kritik uygulamalardır. Hemşirelikte otonomi, sağlıklı ve hasta bireylerle ilgili olarak hem bağımlı hem de bağımsız uygulamaya dayalı karar vermeyle ilgili kompleks bir terimdir (72,13). Buna göre hemşirelikte otonomi hasta merkezli olarak bağımsız ya da bağımlı olsun, kendi kararlarını verebilmektir (13).

Sağlık alanındaki hiyerarşik yapı, hemşirelerin otonomilerini kısıtlamasının yanı sıra beraberinde bir takım olumsuzluklar da getirmektedir. Hasta bakımında kendini otonom hissetmeyen hemşirelerin mesleki doyumları da azalmaktadır (73). Ancak otonomi her hemşire için aynı şeyi ifade etmemektedir. Bununla ilgili olarak Aveyard (53) yaptığı araştırmada, hemşirelerin kendilerini otonom hissetmesinin çok önemli bir ayrıntı olarak hasta bakımına doğrudan yansıdığını belirtmektedir. Yine aynı araştırmada bazı hemşirelerin kendilerini otonom hissettiği, bazılarının da kendini otonom hissetmediği, bu sonucun her hemşirenin otonomi algısının farklı olmasına bağlı olduğu belirtilmiştir.

Karar vermede otonom olan hemşireler, bilgi ve yeteneklerini daha kolay sergileyebilirler. Bakım standartlarını oluşturmada ve uygulamalarda hedeflere ulaşmada bağımsız fonksiyonların ortaya konması, ancak hemşirelerin otonom olmalarıyla sağlanabilir. Sadece otonom olan hemşireler, profesyonel hasta bakımı sağlayarak diğer ekip üyeleri tarafından profesyonel bir ekip üyesi olarak algılanırlar. Kendini ekip içinde otonom hisseden hemşire mesleki doyuma ulaşır. Mesleğe bağlılığı artar (74).

Hemşireliğin profesyonel bir meslek haline gelmesi için hemşireler yıllardır çabalamaktadırlar. Profesyonelliğe ulaşmada otonomi çok önemli bir etkidir (13). Profesyonel otonomi anlayışında, hemşireler mesleki kararlarını vermede kontrol sahibidir. Hemşireliğin profesyonel bir meslek haline gelmesiyle birlikte hemşirelik alanında birtakım standartlar gündeme gelmiştir. Mesleki standartlarla birlikte hemşireler mesleklerinde kendilerini daha otonom hissetmektedir. Hemşirelikte

otonomi bağlamında bireysel otorite ve eğitimde standardizasyon son derece önemli faktörlerdendir (51).

Günümüzde sağlık alanında meydana gelen teknolojik gelişmelerin, etkili hemşirelik uygulamalarıyla bir araya getirilmesinin hedefe ulaşmada rolü büyüktür. Etkili hemşirelik uygulamalarını da ancak güç sahibi hemşireler gerçekleştirebilir. Ancak güç sahibi hemşireler mesleklerinde kendilerini otonom hissederler (75,76,20).

Güç kavramının tanımı değişik alanlarda farklılık göstermektedir. Hemşirelikte de farklı güç tanımları yapılmıştır. Sieloff (39) hemşirelikte güç kavramını “hedefe ulaşma kapasitesi” olarak tanımlamıştır. Monojlovich (20) gücü, kontrolü ele alma, birilerine karşı baskın olma şeklinde ifade ederken, etkin hemşirelerin güçlü hemşireler olduğunu belirtmiştir. Hemşirelikte güç ve otonomi birbiriyle ilişkili kavramlardır. Otonom hemşireler kendilerini hasta bakımında ve ekip içinde daha etkin ve atılımcı hissetmektedir (21).

Karaöz (70), hemşirelerin yeterli güce sahip olmadıklarını düşündüklerini belirtmektedir. Bunun nedenleri arasında hemşirelerin geleneksel yardımcı rolü, hekimlerin otorite olarak algılanması, kurumların hiyerarşik yapısı ve rol karmaşası vurgulanmaktadır. Çalışmada, hemşirelerin güçlenmeleri için örgütlenmeleri gerektiği üzerinde durulmaktadır.

Hemşirelikte güç kullanımı profesyonellik ve dolayısıyla hasta bakımı açısından önemlidir. Yönetici hemşirelerin alanında uzman kişiler olduğu düşünülürse, liderlik de özel bir güç tipidir. Yönetici hemşirelerin bu güçlerini olumlu şekilde kullanarak, çalışan hemşirelerin otonomilerini desteklemeleri ve dolayısıyla da güçlerini artırmaları çok önemlidir (39).

2.3. Yönetici Hemşire Rolünün Gelişim Süreci

19. yüzyılda yönetici hemşirelerin liderlik davranışları incelendiğinde otokratik ve feminize bir yönetim yaklaşımı dikkat çekmektedir. Yönetici hemşire, zaman içinde hastaneyi idare eden başhemşire konumundan daha geniş rollere geçiş yapmıştır. Aynı dönemde otokratik ve feminize yönetim tarzıyla ön plana çıkan başhemşire “lady of the manor” olarak hastanelerde görev almıştır. Bu rolüyle başhemşire diğer hemşirelerden daha üst konumda bulunmaktadır. 19. yüzyılın sonlarına doğru hemşirelerin profesyonelleşme çabalarıyla birlikte doktorlar ve hemşireler arasında güç mücadelesine dayalı bir karmaşa meydana gelmiştir (35).

20. yüzyılda yönetici hemşirelerin davranış örüntülerinin otoriter tarzda olduğu dikkat çekmektedir. Otoriter yönetim tarzının hemşirelere getirdiği bir takım sorunlar mevcuttur. Bu sorunlardan en önemlisi hemşirelerin otonomilerini kullanamama durumudur. Mesleki otonomi, mesleğin standartlarını uygularken hemşirelerin kendi kendini yönetmesini tanımlamaktadır. Mesleki otonomiye sahip hemşireler, profesyonel standartlara ulaşmada muhakeme yeteneği kazanmaktadırlar (51).

Lorentzon ve Bryant (35), hemşirelerin en kötü düşmanlarının yine hemşireler olduğunu ifade etmekte ve otoriter yönetim yaklaşımı sergileyen yönetici hemşirelerin genç hemşireler için bir tehdit oluşturduğunu belirtmektedir. Oysa yönetici hemşireler, hemşirelerin otonomileri desteklemeli ve güçlendirmelidir.

Günümüzde karmaşık bir sağlık sistemi içinde hizmet sunan hemşirelerin rolleri gelişmeye devam etmekte ve hemşirelerden güçlü bir mesleki role sahip olmaları beklenmektedir (1,2,4). Hasta bakımının gelişmesi ve gelişen teknolojik olanaklardan faydalanabilmesi için hemşirelerin de teknolojik olarak gelişmiş sağlık ortamında çalışması gerekir (39,77). Yönetici hemşirelerin de etkili hasta bakımının yanında, bunun sağlanması için etkin ekip ruhuyla, tüm yenilikleri hasta bakım kalitesinin gelişmesi yönünde sağlık ortamına getirilmesini sağlaması gerekmektedir. Bu ortamı sağlayacak olanlar da yönetim becerileri gelişmiş, kendini sürekli yenileyen eğitilmiş lider hemşirelerdir (5).

Zamanla yönetim alanında meydana gelen değişimlerle birlikte, yönetici hemşirelerin rolleri genişlemiş ve alanında yeterli, kendine güvenen, yaratıcı ve iyi iletişim becerilerine sahip lider hemşireler yetişmiştir (30). Yönetici hemşirelerin zaman içinde değişen rolleri arasında, hemşirelere rol modeli olma, kanıta dayalı uygulamalarla ve ekip işbirliği ile en kaliteli hasta bakımını sağlama yer almaktadır. Ayrıca hastaları bilgilendirme ve onlara destek olma ve hastaların yararına olan gelişmeleri takip ederek gerekli değişimlere öncülük etme sorumlulukları da vardır. Bunun yanı sıra yönetici hemşireler, hasta bakım kalitesini geliştirmeyi ve hemşirelerin otonom çalışarak motive olmasını hedef alan bir çalışma ortamı yaratmakla sorumludur (78,34).

Klinik sorumlu hemşiresi, alanında uzman kişi olarak kabul edilmektedir. Bu özellikler ona rol modeli olan, ekibiyle iyi iletişim kurabilen, ulaşılabilir, kararlara katılan bir pozisyon sağlamaktadır (30,79). Yönetici hemşirelerin davranış biçimi hemşirelerin otonomilerinde belirleyici olup, hemşireleri etkilemekte ve bu etki de doğrudan hasta bakımına yansımaktadır. Ters durumda, hemşirelerin otonomisi kısıtlandığında da bu durumdan hasta bakımı olumsuz yönde etkilenmektedir (4,80,16). Hemşireler, yönetici hemşire tarafından yönetilmek değil doğrudan yönetimi paylaşarak, yönetime katılmak istemektedir. Bu duruma ise yalnızca yenilikçi, ekiple iyi iletişim kuran, sorun çözen, iş bitirici, karar vermede paylaşımcı, destekleyici ve ulaşılabilir olan yönetici hemşireler izin vermektedir (30).

Yönetici hemşirelerin katılımcı ve paylaşımcı yönetim yaklaşımı, klinik uygulamalarda bağımsız karar vermeye olanak tanıdığı için hemşirelerin mesleki doyumunu artmakta ve hemşireler kendilerine daha fazla güvenmektedir. Paylaşımcı yönetimde ortak amaçlara ulaşmada ekip ruhu gelişmekte, ekibin motivasyonu artmaktadır. Hemşirelik yönetiminde otonomiye besleyen paylaşımcı yönetim, hasta bakımını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle de hemşirelik stratejilerini geliştirmeye olanak tanıyan mükemmel bir kavramdır (81). Bu yönetim anlayışıyla, hemşireler kendilerini daha değerli ve otonom hissederken, yetki ve karar paylaşımı

olduğu için yönetici hemşireler de problem çözmeyele ilgili süreçte daha az zaman harcamaktadır (32,33).

Sellegren ve arkadaşları (82) hemşirelerin, yönetici hemşirelerden beklentilerini belirlemek üzere yaptıkları araştırmada, hemşirelerin yönetici hemşirelerinden, kendilerine karşı açık olmalarını, isteklerini belirgin şekilde ifade etmelerini beklediklerini saptamışlardır. Araştırmada ayrıca yönetici hemşirelerin davranış örüntülerinin, hemşirelerin değişime ayak uydurmasında, otonomilerini kullanmalarında en önemli belirleyici olduğu üzerinde durulmuştur. Bu durumun hasta bakım kalitesinin artmasında büyük etken olduğu vurgusu da dikkat çekmektedir.

Yönetici hemşireler hastaya doğrudan bakım vermemektedir ancak, hasta bakımını çeşitli düzeylerdeki donanımı ile etkin kılacak niteliklere sahip olmalıdır. Bu nedenle, yönetici hemşireler kendilerini ekipten soyutlayıp sadece yönetsel işlerle uğraşmamalı, ekip yaklaşımı içinde çalışarak, hasta bakımını yönetmelidir (77). Hardt (8) ve Heidenthal (7)'in belirttiğine göre, Benner' in "Çıranklıktan Uzmanlığa" adını verdiği teori, yönetici hemşirelerin tam anlamıyla profesyonelleşme sürecini açıklar. Teoriye göre, uzman düzeyine ulaşan hemşire hastaları tanıma, gereksinimlerini belirleme, memnuniyetin artması gibi birçok donanıma sahip olması gerekmektedir.

Bunlar arasında "etkin bir lider olma" özelliği ön plana çıkmaktadır. Etkin bir lider, mesleki beklentilerini açıkça ortaya koymalı, deneyimli ve bilgili olmalı, kişiyi değil yapılan işi eleştirmeli, çalışanlara geribildirim vermeli, çalışanların gelişimini izlemeli ve iyi bir dinleyici olmalıdır (5). Yönetici hemşirelerin diğer önemli rollerinden biri de karar vermedir. Yönetici hemşireler karar verirken hemşirelerin otonomilerini kısıtlamamalıdır. Jasper (77)'in belirttiğine göre, yönetici hemşireler karar vermede kendilerini daha yetkin görmektedir. Bunun nedeni de yetki ve sorumluluklardan kaynaklanan otorite ve hiyerarşidir. Bu durum, ast- üst ilişkilerinin devreye girmesi ile paternalistik davranış örüntülerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Yönetici hemşirelerin davranışlarıyla, klinik hemşirelerin otonomileri ve hasta bakımında aldıkları kararlar arasında çok güçlü bir ilişki vardır. Hemşirelerin otonomilerini artıran en önemli üç unsur yönetici hemşirelerin klinik hemşireleri eğitmesi, desteklemesi ve onların deneyimlerini artırmasıdır. Yönetici hemşireler yönetmek yerine daha çok yol gösterici ve danışman olmak zorundadır. Bu durumda yönetici hemşireler klinik hemşirelerin becerilerini geliştirmeyi öğrenmeli, pratikte de bu becerilerin kullanılmasını sağlamalıdır (4). Bu niteliklere sahip sorumlu hemşirelerle çalışan klinik hemşireler otonomilerini kullanarak daha etkili çalışır ve böylece hasta bakımı gelişir. Bu yaklaşıma göre hemşireler karmaşık bir problemle karşılaştıklarında bu sorunu sorumlularına sormak yerine, kendi çözümlerini üretebilirler. Bu yetiye sahip olan hemşireler kendilerini geliştirerek hasta bakım kalitesinin artmasına katkıda bulunurlar. Daha profesyonel çalışma ortamında hemşireler kendilerini daha otonom hissederler (81). Bunun tersi olarak da yönetici

hemşirelerin otoriter yönetim yaklaşımını benimsemeleri, ekip içinde çatışma, çalışma ortamının elverişsiz olması hemşirelerin otonomisini olumsuz etkileyen faktörlerdendir (4).

Yönetici hemşire davranışının şekillenmesinde eğitim son derece önemli bir faktördür. Etkin liderlik özelliklerine sahip kişilerin yönetim alanında eğitilmesiyle 21. yüzyılda hemşirelere yetki ve sorumluluk verirken, kayırma yapılmadan üstün özellikleri olduğu düşünülen hemşirelerin yönetici hemşire konumuna getirilmesi ile meritokratik yönetim anlayışının benimsenmesi ümit edilmektedir (35).

Sonuç olarak, yönetici hemşirelerin alanında eğitilmiş olmaları çok önemlidir. Bunun yanı sıra yönetici hemşireler teknolojik gelişmeleri takip ederek, yenilikleri çalışma ortamına taşınmalı ve hemşirelere iyi bir çalışma ortamı sunulmalıdır. Ayrıca hemşirelerin gelişimini takip ederek otonomilerini desteklemelidir.

2.3.1. Ülkemizde Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumluluklarını Belirleyen Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde, yönetici hemşirelerin profesyonel eylemleri yasal düzenlemelerle belirlenmiştir. Günümüze değin hemşirelik uygulamalarının belirleyicisi olan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve ilgili yönetmelikler incelendiğinde, her düzeydeki yönetici hemşirenin baskı altında olduğu anlaşılmaktadır. YTKİY'nin 129. maddesinde başhemşirenin görev tanımı "Yüksek hemşirelik okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup, mesleklerinde en az on yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından baştabibin teklifi ile bakanlıkça atanır. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla görevli olup doğrudan baştabibe karşı sorumludur" ifadesi ile belirtilmiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi en üst konumda yer alan yönetici hemşireler başhekimliğe bağlı çalışmakta ve bu durum her düzeydeki yönetici hemşireye yansımaktadır. Ayrıca yönetmelikte, başhemşirenin hemşirelik hizmetlerinin kanun, tüzük ve yönetmelikler uyarınca yönetilmesinden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Burada rol ve yetkilere bağlı hiyerarşi göze çarpmaktadır. Bahsedilen hiyerarşik yapıda fonksiyonel yöneticinin üstünde yer alan pozisyonlar anlaşılmaktadır (26). Başhekim hiyerarşik bir yapının temsilcisi olarak ön plana çıkmaktadır. Bu durumda başhemşire başhekimin belirlediği düzeni sürdürmede üstüne karşı bir boyun eğme davranışı gösterirken, bir alt kademedeki SSH'ne de istenen düzeni sağlamada gerekenlerin yapılması için baskı yapmaktadır. Bu döngü içinde geleneksel statükocu hiyerarşik yapı sürdürülmektedir. YTKİY incelendiğinde yapısında hemşirelerin otonomisini sınırlayan paternalistik yaklaşımın etkileri görülmektedir. YTKİY (22) SSH'ne servisteki tüm yardımcı personellerin görev dağılımını yapma ve çalışmalarını izleme, servisin odaların düzen ve disiplini, hasta tedavi ve bakımının yönetimi, malzeme temini, hastanın taburculuk ve eczane işlemleri gibi sorumluluklar vermektedir. Bu sorumluluklar incelendiğinde, hemşirelerin otonomilerini sınırlayan yaklaşımlar göze çarpmaktadır. Ayrıca YTKİY'nin 131. maddesi a ve c bendinde, SSH'ne verilen demirbaş ve malzeme takibi, oda düzeni ve temizliği, yemek dağıtımı gibi sorumlulukların kadınların toplumdaki eş ve anne rolünün bir uzantısı olarak devam ettiği dikkat çekmektedir.

Yasal düzenlemelerin yöneticilere verdiği yetkiler paternalistik davranışları destekleyici ve pekiştiricidir. Bunların kurumların belirlediği görev tanımlarına ve kurum kültürüne yansımaya olasılığı yüksektir (83). Erdem ve Dikici (84)'nin belirttiği gibi “Kurum kültürü, yöneticilerin çalışanlarla birlikte belirledikleri amaç ve hedefler ile görev ve sorumlulukların çok iyi belirlendiği çalışma ilkeleri çerçevesinde oluşmaktadır. Bu anlamda, “Kurum kültürü, bir kurumda çalışanların davranış biçimlerini yönlendiren kurallar, davranışlar, tutumlar, inançlar, değerler, iş yapma sistemleri ve alışkanlıklar olarak tanımlanabilir. Bu şekilde oluşan kurum kültürü, kurumda çalışan herkesin yaşam biçimi haline dönüşmektedir”.

AÜH Görev Tanımlarında (85) YTKİY'den etkilenmiş ve SSH'ne YTKİY'de belirtilen sorumluluklara benzer sorumluluklar yüklemiştir. Ayrıca hastanın tüm taburculuk işlemleri, acil durumlarda doğrudan hasta bakımına katılma, hemşirelerin kıyafetlerini denetleme gibi görevler de ek olarak yer almaktadır. Bu yönleriyle SSH, yöneticilik rolünden başka doğrudan uygulayıcı konumunda yer almakta, hemşirelik girişimlerini yönlendirmekte ve hasta dağılımını planlamaktadır.

8 Mart 2010 tarihinde kabul edilen 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde “hemşire”, “uzman hemşire”, “başhemşire” ve “sorumlu hemşire” olmak üzere her düzeydeki hemşirenin görev tanımı yer almaktadır. Hemşirelik Yönetmeliği (23) hasta bakım yönetiminin merkezinde olan hemşirelere bireylerin gereksinimlerini belirleme, hemşirelik girişimlerini planlama, uygulama ve denetleme görevini vermiştir. Yönetmelikte SSH danışman rolünde ve hasta bakımıyla ilgili süreçte koordinatör konumundadır. Bu yönetmelikte hemşirelerin daha otonom, yönetici hemşirelerin ise yönetimde daha paylaşımcı niteliklerde olmasını kolaylaştırıcı bir yapının varlığı dikkati çekmektedir.

Sonuç olarak yönetici hemşirelerin davranış örüntüleri yasa ve yönetmeliklerde belirlenen görev tanımlarından, kurum kültüründen, kurumların belirlediği görev tanımlarından, liderlik ve kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Önemli oranda değişiklikler içeren Hemşirelik Kanunu ile Hemşirelik Yönetmeliğinin (23) , SSH'nin kurumlardaki görev tanımlarına ve davranışlarına ne şekilde yansıtacağı ilerleyen süreçte açıklığa kavuşacaktır.

2.3.2. Ülkemizde Otonomi ve Paternalizm İlişkisi Kapsamında Hemşirelik Bakım Yönetiminin Değerlendirilmesi

Türk kültür ve örgüt ortamı babacan ve hami niteliktedir (83). Erkek egemen toplumda görülen babacan yaklaşımın ülkemizde sık görüldüğü ve yöneticilerin de buna paralel olarak paternalizm eğilimlerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (40). Hiyerarşik kültürlerde çok sık karşımıza çıkan paternalizm olgusu boyun eğme ve bağımlı olmayı gerektirir. Bu durum bireyin özerkliğine ters düşmektedir. Bu nedenle otonomi ve paternalizm çelişmektedir (16,86).

Paternalistik anlayışın otonomiyi kısıtladığı ve bu durumun getirdiği davranış örüntülerinin kurumlarda yerleştiği belirtilmektedir (83). Paternalistik davranış, insancıl, hoşgörülü, şefkat gösteren, koruyan, destekleyen bir liderlik profili

yaratmaktadır. Bunun yanı sıra paternalistik yaklaşımda, otorite sahibi ve kontrolcü bir tutum vardır (40,86). Paternalistik yönetimde yöneticiler çalışanlarını korumakta, desteklemekte ve savunmaktadır (15).

Hemşirelik feminize olmuş bir meslek olup kadınlar bu meslekte birçok engelle karşılaşmaktadır. Bu engeller cinsiyet farkından, statü farkından ya da kişisel nedenlerden oluşabilmektedir. Bazen de kadınlar kendi kendilerine engeller oluşturabilmektedir. Kadınların kendileri tarafından oluşturulan engeller grubuna “kraliçe arı sendromu” adı verilen durum eklenebilir. Kraliçe arı sendromunda kadın yöneticiler, hemcinslerinin kariyer gelişimini rekabeti azaltmak gibi nedenlerle olumsuz yönde etkileyebilmektedir (87). Bu davranışın altında çok boyutlu kıyaslama ve kıskançlık yatmaktadır. Bazı kadın yöneticilerin alanda tek olma çabasıyla, çalışan kadınların yükselmesini engelleme davranışı sergiledikleri görülmektedir. Bu yöneticiler kadın çalışanların yükselmesini engellerken, erkek çalışanları da desteklemektedirler. Burada aslında erkekler gibi düşünerek onlardan biri olduğunu gösterme çabası da öne çıkmaktadır. Bu durum, “kadın yöneticilerin zamanla iş ortamındaki davranışlarını değiştirerek erkek yöneticilerin davranış kalıplarına yaklaşması ve diğer kadın çalışanlara erkek yöneticilerinkine benzer tepkiler göstermesi” olarak açıklanmaktadır. Bu tutum içinde olan yöneticiler, kadın çalışanların gelişimlerini desteklememenin yanı sıra, pozisyon ve güç farkından destek alarak önlerine engeller koymaktadır (88,87). Böyle bir ortamda erkek yöneticilerle çalışan kadınlar daha kolay yükselmekte ve kadın yöneticilerle çalışmak istememektedirler (89,90). Bu duruma benzer şekilde Lorentzon ve Bryant (35), hemşirelerin en kötü düşmanlarının yine hemşireler olduğunu ifade etmektedir. Hemşireler arasında hiyerarşik yapıdan kaynaklanan nedenlerden dolayı çoğu zaman anlaşmazlık çıkmakta ve “kraliçe arı sendromunda” olduğu gibi hemşireler birbirlerinin gelişimini engellemektedir.

Yönetici pozisyonunda çalışan kadınların yükselmelerini engelleyen görünen engellerin yanında bazı görünmez faktörler de vardır. Bir kadın, yönetici olarak belirli bir noktaya kadar yükseldikten sonra önemli bir terfi beklediği anda belirsiz birtakım nedenlerle istediği konuma gelememe durumunu anlatan faktörlerin toplamına "cam tavan sendromu" denmektedir (91,92,67,93). Cam tavan sendromuna neden olan faktörler tam olarak açıklanamasa da, bu durumun oluşmasında cinsiyet temelli birtakım engellerden söz edilebilir. Kadınların önündeki en temel engellerden biri cinsiyet rolü ve toplumun kadınlara yönelik önyargılarıdır (94).

Paternalistik ilişkilerde ortaya çıkan başka bir durum da yöneticiye bağlılık ve sadakat gösteren çalışanların, yönetici tarafından daha fazla değer görmesi olarak açıklanmaktadır. Bu durum da çalışanlar arasında farklı muamele ve kayırcılığa neden olabilmektedir. Bu ayrımcılığın sonucunda, paternalizm ilişkisinin olduğu kurumlarda, performansa bakılmaksızın bazı kişiler sürekli ödüllendirilirken, bazılarının bundan mahrum bırakıldığı belirtilmektedir. Bu da çalışanlarda “cam tavan sendromunda” olduğu gibi “öğrenilmiş çaresizlik” ve motivasyon eksikliği yaratmaktadır (35,17).

Feminize olmuş bir meslek grubunun çalışanları olarak hemşireler, çalışma ortamında belirtilen engellerle sık sık karşılaşmaktadırlar. Kurumlarda oluşan hiyerarşik ortamla birlikte artan güç aralığı, paternalistik ilişkilerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (40). Hemşirelikte güç farkı, rol ve yetkilerden, kişinin bulunduğu pozisyondan kaynaklanmaktadır. YTKİY'ne göre eğitim düzeyi rol ve sorumluluklarda fark yaratmamaktadır. Eğitim düzeyleri farklı olan hemşireler yönetmeliğe göre aynı otonomi ve sorumluluklara sahip olmaktadır. Hemşireliğin yapısında da hiyerarşinin hakim olduğu düşünülürse yöneticilerin paternalistik yaklaşımlar göstermesi beklenen bir olgudur. Yiğit (95)'in yaptığı araştırmada, yönetici hemşirelerin otoriter davranış gösterdikleri ve astlarının katılımını istedikleri halde karar alma ve uygulama ile ilgili görüşlerini yeterince almadıkları belirtilmiştir. Bu durum hemşirelerin kendilerini otonom hissetmemelerine yol açmaktadır. Aynı araştırmada, yönetici hemşirelerin otoriter davranış gösterdikleri, hemşirelerin fikirlerini yeterince almadıkları ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmada yönetici hemşirelerin aslında hemşirelerle yakın ilişki kurmak istedikleri fakat buna yönelik sosyal ilişkilerinin sınırlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Mahoney (78) ve Tomey (34)'in belirttiğine göre, yönetici hemşireler değişime ve yeniliklere açık olmalı, kanıta dayalı uygulamaları sağlık ortamına taşınmalıdır. Ülkemizdeki yönetici hemşirelerin yeniliklere açık olmadığı ve kurallara bağlı kaldıkları belirtilmektedir. Ayrıca yönetici hemşirelerin klinik hemşireleriyle sosyal ilişkilerinin sınırlı olduğu, klinik hemşirelerin bu engeli kaldırmak üzere yönetici hemşirelerden kendilerine arkadaş gibi davranmalarını istedikleri belirtilmektedir (95).

Serinkan ve İpekçi (25)'nin Denizli'de kamu hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin liderliğe yönelik algılarını belirlemek için yaptıkları araştırmaya göre, yönetici hemşirelerin demokratik ve katılımcı yönetim tarzını benimsedikleri ve liderlerin en önemli özelliklerinin de dürüstlük, sorumluluk, ekip ve işbirliği, bilgi paylaşımı ve dikkat olduğu saptanmıştır. Pellegrini ve Scandura (46), Türkiye gibi paternalistik davranış eğilimi yüksek olan ülkelerin yöneticilerinin paternalistik davranışlarının, çalışan davranışlarına pozitif yönde yansıdığını belirtmişlerdir. Bu yönüyle çalışanlar, aslında yöneticilerin kendilerine paternalistik yaklaşmasını desteklemektedirler. Yiğit (95)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin yönetici hemşirelerden arkadaşça bir ilişki beklemesi bu ilişki tarzını doğrulamaktadır.

Sonuç olarak, ülkemizde yönetici hemşirelerin davranışlarını paternalizm açısından ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak konular dolaylı da olsa, hemşire yöneticilerin liderlik davranışları ile ilgili yapılan sınırlı çalışmalarda, paternalistik tutumun yansımaları görülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, klinik hemşirelerin bakış açısına göre, servis sorumlu hemşirelerinin paternalistik davranış örüntülerinin hasta bakımıyla ilgili görevlerine yansımalarının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Antalya'da Akdeniz Üniversitesi Hastanesi (AÜH), Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AEAH) ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (AADH)'nde yapılmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, 1982 yılında kurulmuştur. Toplam dört bloktan oluşan AÜH, 67 poliklinik, 109 gününbirlik tedavi yatağı ve 741 klinik ve yoğun bakım yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede yaklaşık 500 hemşire görev yapmaktadır. Hastanede çalışan her personelin görev tanımının kurum tarafından belirlendiği gibi hemşireler ve servis sorumlu hemşirelerinin sorumlulukları da kurumun oluşturduğu görev tanımlarıyla belirlenmiştir.

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1985 yılında hizmete açılmıştır. Hastane yaklaşık 950 yatak kapasitesine sahiptir. Kurumda yaklaşık 550 hemşire görev yapmaktadır. Kurumda hemşireler için ayrıca görev tanımları çalışması yapılmamış olup, hemşirelerden YTKİY Madde 73 ve Madde 131'de belirtilen ilkeler doğrultusunda çalışmaları beklenmektedir.

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, 1968 yılında hizmete açılmıştır. Hastane 500 yataklıdır. Kurumda yaklaşık 300 hemşire görev yapmaktadır. Benzer şekilde hemşirelerin sorumlulukları YTKİY Madde 73 ve 131'e göre yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi (n=329), Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (n=229) ve Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (n=358) çalışan 916 klinik hemşiresinden oluşmaktadır. Çalışmada hasta bakımı odak noktası olduğundan poliklinik hemşireleri ve yönetici hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Hemşirelerden 145'i doğum vb. nedenlerle izinli olduklarından, 162'si araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden, çalışma 609 hemşirenin katılımı ile yapılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, iki ayrı form kullanılarak elde edilmiştir. Birinci form, hemşirelere ait demografik verilerin yanı sıra, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan ve servis sorumlu hemşirelerinin (SSH) hasta bakımıyla ilgili görevlerini belirlemeye ilişkin soruların yer aldığı “Soru Formu” dur (96,97,75,22,85) (EKIIA). Diğer veri toplama formu ise SSH'nin paternalizm düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan “Paternalizm Ölçeği”dir (EK II B).

3.5. Soru Formunun Hazırlanması

Araştırmada kullanılan “Soru Formu” hemşirelere ait demografik özelliklerin yanı sıra, SSH'nin hasta kabulünde, yatan hastaların bakımında, hastaların dağılımında üstlendiği sorumluluklar ile hemşirelik girişimlerini belirleme ve denetlemedeki görevlerini belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Ayrıca hemşirelere, SSH'nin üstlenmesi gereken sorumluluklar konusundaki görüşleri ve hasta bakım hizmetlerini geliştirmek için önerileri de sorulmuştur. Formda dokuz açık uçlu soru yer almaktadır.

Çalışmada kullanılan Paternalizm ölçeği 2000 yılında Zeynep AYCAN tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.81'dir. Ölçeğin, sekiz ikili ilişkide kullanılması önerilmiştir. Bu ikili ilişkiler anne-baba/ çocuk, öğretmen/öğrenci, doktor/ hasta, lider/ ardıl, işveren/işçi olabileceği gibi, arkadaşlar, evli çiftler ve meslektaşlar arasında da olabilmektedir. Paternalizm ölçeği, paternalistik davranışları içeren 21 sorudan oluşmaktadır. Bunlardan sırasıyla ilk 5 soru işte aile ortamı yaratmayla ilgili, diğer 4 soru bireysel ilişkiler, 4 soru çalışanların sosyal yaşantısına dahil olma, 3 soru çalışanlardan beklentiler, son 5 soru ise otorite ve hiyerarşi durumlarıyla ilgilidir. Paternalizm ölçeği 1'den 6'ya kadar derecelendirilmiş Likert tipi bir skaladır. Ölçekteki yanıtlar “6= kesinlikle katılıyorum, 5= katılıyorum, 4=biraz katılıyorum, 3=biraz katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 1= kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır (17). Ölçekten alınan puanın yüksek olması, paternalizm düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Soru formunun ön uygulaması Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 10 hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hemşireler, asıl uygulamaya alınmamıştır. Ön uygulamanın verilerine göre gerekli düzeltmeler yapılmış ve soru formuna EK II A' da yer aldığı şekilde son hali verilmiştir.

3.6. Soru Formunun Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için etik onay Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan, yasal izin Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden alınmıştır. Veri toplama süreci hastane ve valilik onay yazıları tamamlandıktan sonra Şubat 2009- Kasım 2009 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Veri toplama sırasında araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, araştırmacı tarafından öncelikle onam formu (EK I) okutulup imzalatılmış

ve araştırmanın kapsamını ve amacını anlamaları sağlanmıştır. Veriler, hemşirelerin dikkatini konuya odaklamak, aktif katılımlarını sağlamak amacıyla, hafta sonları da dahil olmak üzere, iş yoğunluğunun azaldığı saatlerde, hemşire odasında toplanmıştır. Hemşirelerin birbirinden etkilenmesini önlemek için soru formları kliniklerde bırakılmamış, formlar doldurulurken araştırmacı klinikten ayrılmamış ve tamamlanan formları kendisi toplamıştır. Soru formunun doldurulması ortalama 30-40 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada soru formunda yer alan açık uçlu sorulardan elde edilen veriler, her bir sorunun altına hemşirelerin ifadeleri şeklinde sıralı olarak yazılmış, gruplandırma ve değerlendirmede uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü, üç ayrı üniversiteden olmak üzere Hemşirelikte Yönetim, Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli öğretim üyelerinden alınmış ve elde edilen kalitatif veriler, kantitatif verilere dönüştürülmüştür.

Paternalizm ölçeğinden elde edilen verileri değerlendirmek için, katılımcıların yanıtladıkları sorulardan elde edilen toplam puan 21'e bölünerek, her bir hemşirenin SSH için belirlediği skor ortaya çıkarılmıştır. Buna göre; grubun ortalaması 4.3 ± 0.8 olarak belirlenmiş ve ortalama değer düşük paternalizm grubuna dahil edilmiştir. Paternalizm bulguları ile ilgili tablolarda 4.3 ve altındaki skorlar düşük paternalizm, 4.3'ün üzerindeki skorlar yüksek paternalizm olarak değerlendirilmiş olup, tablolar sayı ve yüzdelik değerler ile oluşturulmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS-18 istatistik paket programı kullanılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıp, hatalar ayıklandıktan sonra elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmıştır. Değerlendirmede Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan destek alınmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, değişkenler arası karşılaştırmalar ve ki-kare testi kullanılarak hesaplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Antalya'daki hastanelerden Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan klinik hemşireleri ile yapılmıştır.

Verilerin toplanması aşamasında hemşirelerin algılarına bağlı kalınmış olup, serviste sorumlu hemşirelerin görevlerini yapması sırasında gözlem yapılmamıştır.

BULGULAR

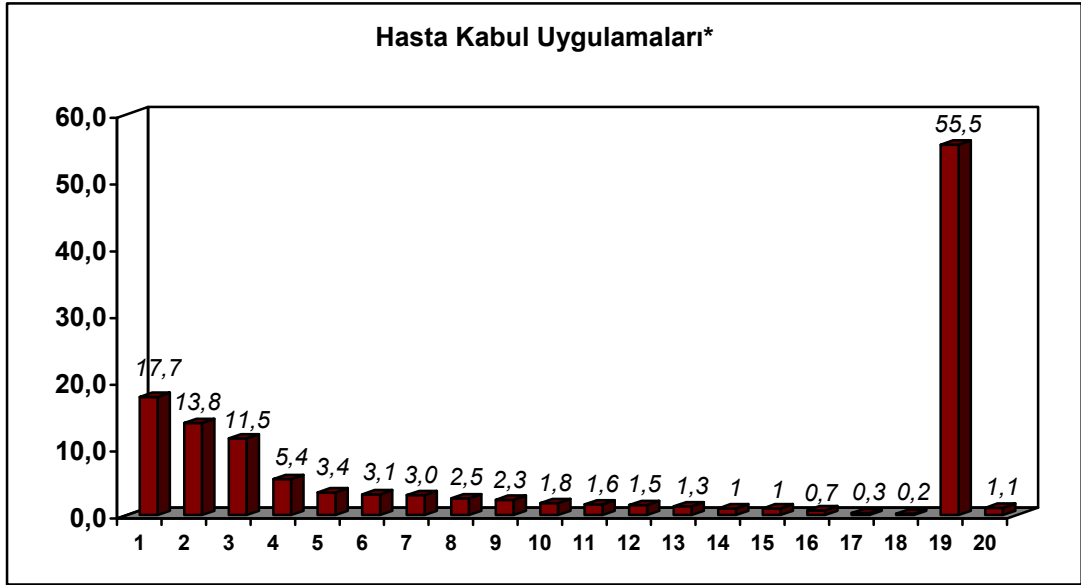
Bu bölümde, AÜH, AEAH ve AADH'nde çalışan hemşirelerden toplanan veriler doğrultusunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Tanıtıcı Özellikler	s	%
Yaş	31.8 ± 6.1	
20-30 yaş	291	47.6
31 yaş ve üstü	318	52.4
Medeni durum		
Evli	424	69.6
Bekar	173	28.4
Eşi ile ayrı yaşayan	12	2.0
Eğitim durumu		
SML	82	13.5
SHMYO	86	14.1
AÖÖL	187	30.7
HYO+SYO	251	41.2
YL	3	0.5
Kurum		
AÜH	249	40.9
AEAHA	181	29.7
AADH	179	29.4
Bölüm		
Dahili Birimler	337	55.3
Cerrahi Birimler	272	44.7
Çalışma süresi		
1-10 yıl	321	52.7
11 yıl ve üstü	288	47.3
Toplam	609	100
Yöneticilik yapıp yapmama durumu		
Evet	56	9.2
Hayır	553	90.8
Yöneticilik süresi		
1-4 yıl	39	69.6
5 yıl ve üstü	17	30.4
Toplam	56	100

Hemşirelere ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.8±6.1'dir. Hemşirelerin büyük bölümünün (%52.4) 31 yaşından büyük olduğu görülmektedir. Hemşirelerin % 69.6'sı evli, % 28.4'ü bekar ve %2'si eşi ile ayrı yaşamaktadır. Hemşirelerin eğitim durumlarına

bakıldığında % 44.8'inin (%14.1'i SHMYO, %30.7'si AÖÖL) ön- lisans, % 41.7'sinin lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %40.9'u AÜH, % 29.7'si AEAH, %29.4'ü ise AADH'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin %55.3'ü dahili birimlerde, %44.7'si cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin hepsi kadın olduğundan Tablo 4.1 de cinsiyetle ilgili ayrı bir veri yer almamaktadır. Hemşirelerin büyük bölümünün çalışma süresi (%52.7) 1-10 yıldır. Hemşirelerin yalnızca %9.2'si daha önce yöneticilik yapmıştır. Daha önce yöneticilik yapan hemşirelerin çoğunluğunun (%69.6) yöneticilik süresi 1-4 yıldır.

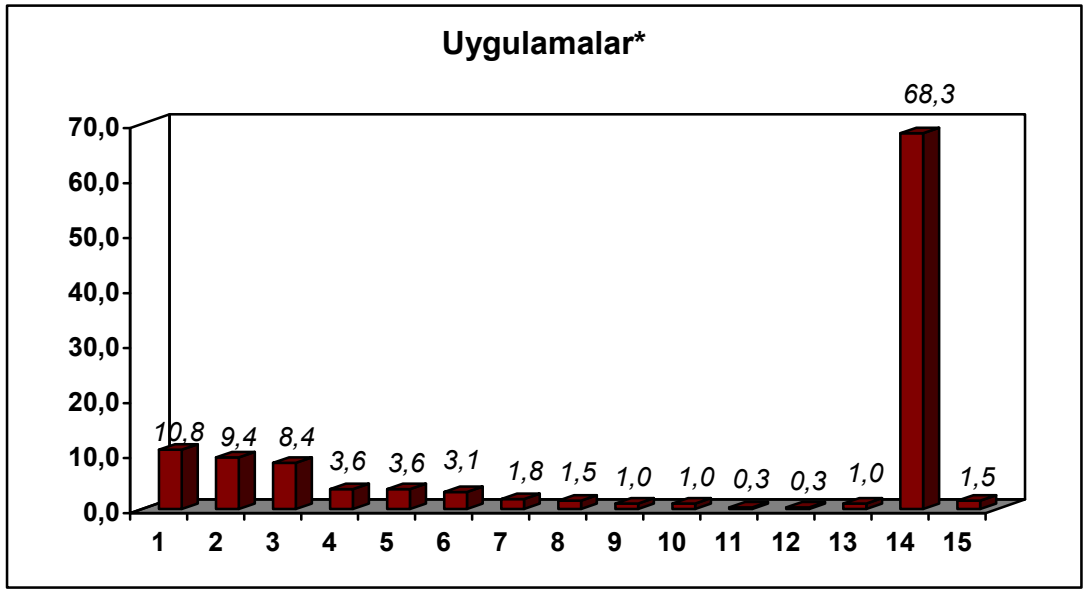


*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Şekil 4.1. Hemşirelere Göre SSH' nin Hasta Kabulü ile İlgili Uygulamaları (n=609)

1. Hastayı bilgilendirir, odayı ve ortamı tanıtır
2. Hastaya oda belirler
3. Bilgisayar işlemlerini yapar
4. Hemşireler yoğun olduğunda hastayı kabul eder
5. Hasta sevk ve taburculuğu gibi evrak işlerini yapar
6. Hemşirelik öyküsü (anamnez) alır
7. Hastayı monitörize eder
8. Hastanın tedavisini yapar
9. Damar yolu açma/kontrol işlemlerini yapar
10. Vital bulgu takibi yapar
11. Eczane istemlerini yazar, ilaçları yerleştirir
12. Hasta yakınlarına işlemlerle ilgili bilgi verir
13. Hastaların diyet (rasyon) listelerini düzenler
14. Doktor istemlerini kontrol eder
15. CPR yapar
16. Hemşireler yoğun olduğunda hastayı bilgilendirir
17. Hasta bileklik kontrolü ile hastanın kimliğini doğrular
18. Lüzumunda diğer görevleri yapar
19. Hasta kabulü yapmaz
20. Yanıtsız

Şekil 4.1’de hemşirelerin SSH’nin hasta kabulü ile ilgili uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin yarısından fazlası (%55.5) SSH’nin hasta kabulünde sorumluluk almadığını belirtmiştir. Hemşireler SSH’nin hasta kabulünde daha çok “hastayı bilgilendirme, ortamı ve odayı tanıtmaya” (%17.7), “hastaya oda belirleme” (13.8), “hastayla ilgili verileri bilgisayara kaydetme” (%11.5) gibi sorumlulukları üstlendiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %5’i de SSH’nin ancak hemşirelerin çok yoğun olduğu zamanlarda hasta kabulünde sorumluluk aldığını, diğer zamanlarda hasta kabulüne katılmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %9.6’sı SSH’nin hastanın tedavisi ile ilgili, monitörizasyon, vital bulgu takibi, damar yolu açma girişimleri gibi uygulamaları yaptığını belirtmiştir. Bu sonuçtan, SSH’nin kendi görevleri dışında hemşirelerin sorumluluğunda olan görevleri de yerine getirdikleri anlaşılmaktadır.



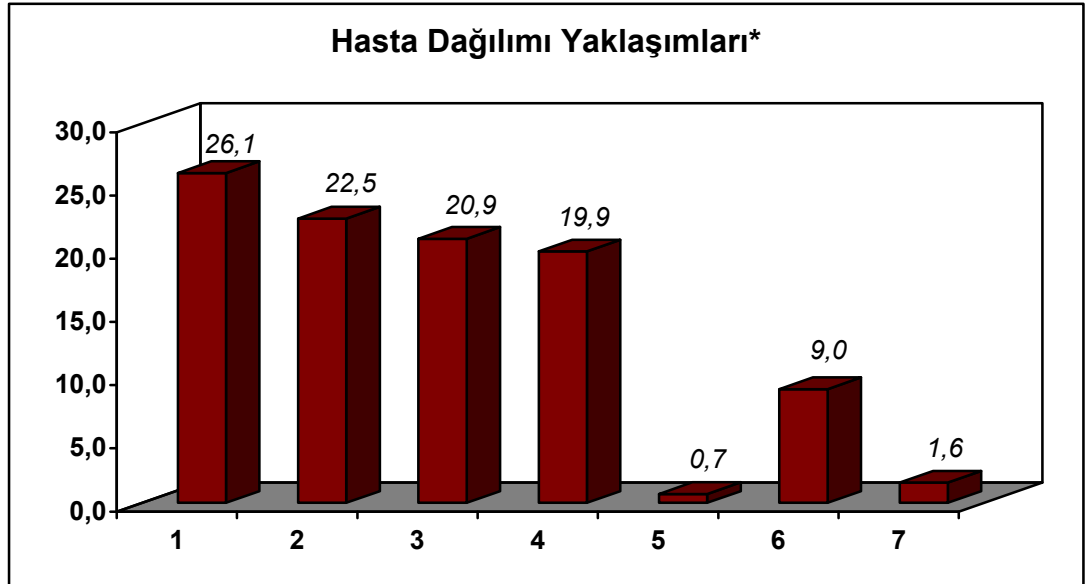
* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Şekil 4.2. Hemşirelere Göre SSH’ nin Yatan Hastaların Bakımı ile İlgili Uygulamaları (n=609)

1. Hastanın fiziksel bakımını yapar
2. Hemşireler yoğun olduğunda hasta bakımına yardım eder
3. Damar yolu açar bakımını yapar
4. Hastanın ilacını hazırlar, tedavisini yapar
5. Pansuman yapar
6. Hasta eğitimi yapar
7. Dekübitüs bakımı yapar
8. Hemşireler yoğun olduğunda yaşam bulgularını alır
9. Hasta odalarının temizliği ve düzenini sağlar
10. Malzemelerin bakım ve onarımını sağlar
11. Hemşireler yoğunsa hastanın fiziksel bakımını yapar
12. Hemşirelerin zorlandığı uygulamalara yardım eder
13. Diğer (Beslenme, diyet listesi yapma, hasta kimliğini doğrulama, hastaya psikolojik destek verme, her türlü bakıma katılma)
14. Bakıma katılmaz
15. Yanıtsız

Şekil 4.2’de hemşirelerin belirttiğine göre SSH’nin yatan hastaların bakımı ile ilgili uygulamaları verilmiştir. Şekil incelendiğinde hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%68.3) SSH’nin hasta bakımına katılmadığını, %9.4’ünün hemşireler yoğun olduğunda hasta bakımına yardım ettiğini, %1.5’inin hemşireler yoğun olduğunda hastaların yaşam bulgularını aldığını belirttikleri saptanmıştır. SSH’nin yalnızca % 0.3’ünün, SSH’nin en önemli sorumluluklarından birisi olan “hemşirelerin yapmakta zorlandığı uygulamalara çözüm bulma ve danışmanlık etmeyi” yerine getirdiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %10.8’i SSH’nin doğrudan hasta bakımına katıldığını belirtmiştir.

SSH bakımla ilgili gereksinimlerin belirlenmesinden sorumlu olduğu halde hasta bakımıyla ilgili birçok sorumluluğu üstlenerek hemşirelerin görevi olan girişimlerde doğrudan görev aldıkları anlaşılmaktadır.



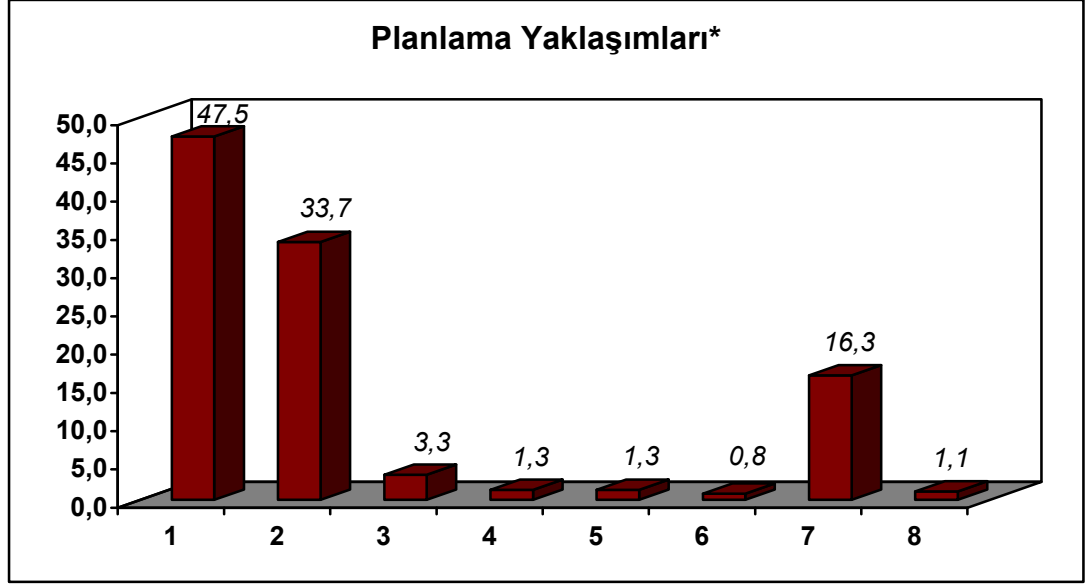
*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Şekil 4.3. Hemşirelere Göre SSH’ nin Hasta Dağılımını Planlamada Kullandığı Yaklaşımlar (n=609)

1. Hemşireler tüm hastalara bakar
2. Oda dağılımı yapar
3. Hasta dağılımı yapar
4. Doktora göre dağılım yapar
5. İş dağılımı yapar
6. Hasta dağılımını planlamaz
7. Yanıtsız

Şekil 4.3’te SSH’nin hasta dağılımını planlamada kullandığı yaklaşımlar yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %26.1’i “hastalara ortak bakım verme” yaklaşımını kullandığını belirtirken %9’u SSH’nin bu konuda sorumluluk almadığını belirtmişlerdir.

Bunun yanı sıra hemşirelerin %22.5'i SSH'nin "oda dağılımı", %20.9'u "hasta dağılımı", %19.9'u "doktora göre dağılım" yaklaşımını kullandığını belirtmişlerdir. Buna göre SSH'nin çoğunluğunun hasta dağılımında aktif sorumluluk aldığı söylenebilir.



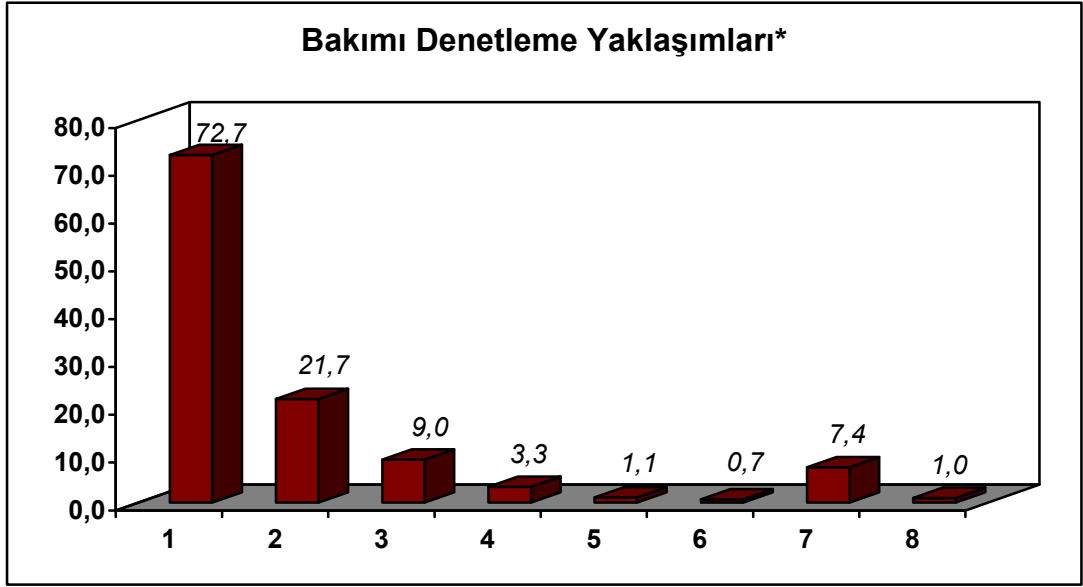
*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Şekil 4.4. Hemşirelere Göre SSH'nin Klinikteki Hastalar için Hemşirelik Girişimlerini Planlamada Kullandığı Yaklaşımlar (n=609)

1. Servis rutinlerine göre
2. Hasta gereksinimine göre
3. Doktor istemine göre
4. Yapılacak işlere göre
5. Sistem tanılama formundaki girişimlere göre
6. Toplantılar yaparak
7. Hemşirelik girişimlerini planlamaz
8. Yanıtızsız

Şekil 4.4'te hemşirelerin belirttiklerine göre SSH'nin klinikteki hastalar için hemşirelik girişimlerini planlama ile ilgili yaklaşımları verilmiştir. Buna göre SSH hemşirelik girişimlerini büyük oranda "servis rutinlerine" (%47.5) ve "hasta gereksinimine" (%33.7) göre planlamaktadır. Bunları sırası ile; "doktor istemine göre" (%3.3), "işe göre" (%1.3), "sistem tanılama formundaki girişimlere göre" (%1.3) planlama yaklaşımı izlemektedir. SSH'nin % 0.8'i ise "hemşirelerle birlikte yaptığı toplantılarla" hemşirelik girişimlerini planlamaktadır. SSH'nin %16.3'ü hemşirelik girişimlerini planlamada sorumluluk almamaktadır.

Görüldüğü gibi hemşirelik girişimlerini planlarken hasta gereksinimlerini dikkate almak SSH'nin yalnızca üçte biri tarafından kullanılmaktadır.



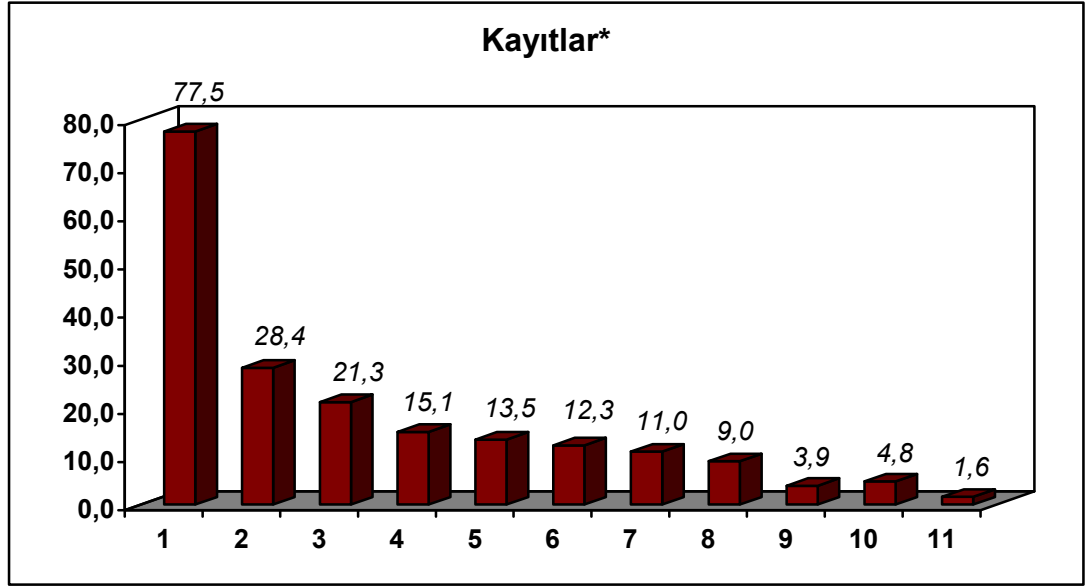
*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Şekil 4.5. Hemşirelere Göre SSH' nin Hemşirelik Bakımını Denetleme Yaklaşımları (n=609)

1. Hasta başı vizit yapar
2. Hemşirelik kayıtlarına bakar
3. Gözlem yapar
4. Bilgisayar kayıtlarına bakar
5. Hemşireleri sorgular
6. Gerektiğinde hemşireleri uyarır
7. Hemşirelik girişimlerini denetlemez
8. Yanıtsız

Şekil 4.5'te hemşirelerin değerlendirmelerine göre SSH'nin hemşirelik bakımını denetleme ile ilgili yaklaşımları verilmiştir. Şekile göre SSH, daha çok "hasta başı vizit" yaparak (%72.7) ve "hemşirelik kayıtlarına bakarak" (%21.7) hemşirelik bakımını denetlemektedir. SSH'nin %9' u ise hemşirelik bakımını denetlemede "gözlem" yapmayı tercih etmektedir. Bunların dışında SSH'nin "bilgisayar kayıtlarına bakarak" (%3.3), "hemşireleri sorgulayarak" (%1.1) ve "gerektiğinde hemşireleri uyararak" (%0.7) hemşirelik bakımını denetlediği belirtilmiştir. Hemşirelerin %7.4'ü SSH'nin hemşirelik girişimlerini denetleme fonksiyonunu yerine getirmediğini vurgulamıştır.

Buna göre SSH'nin büyük çoğunluğunun hemşirelik bakımını denetlemede "vizit yapma" ve "hemşirelik kayıtlarını değerlendirme" gibi etkin yöntemler kullandığı söylenebilir.



*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

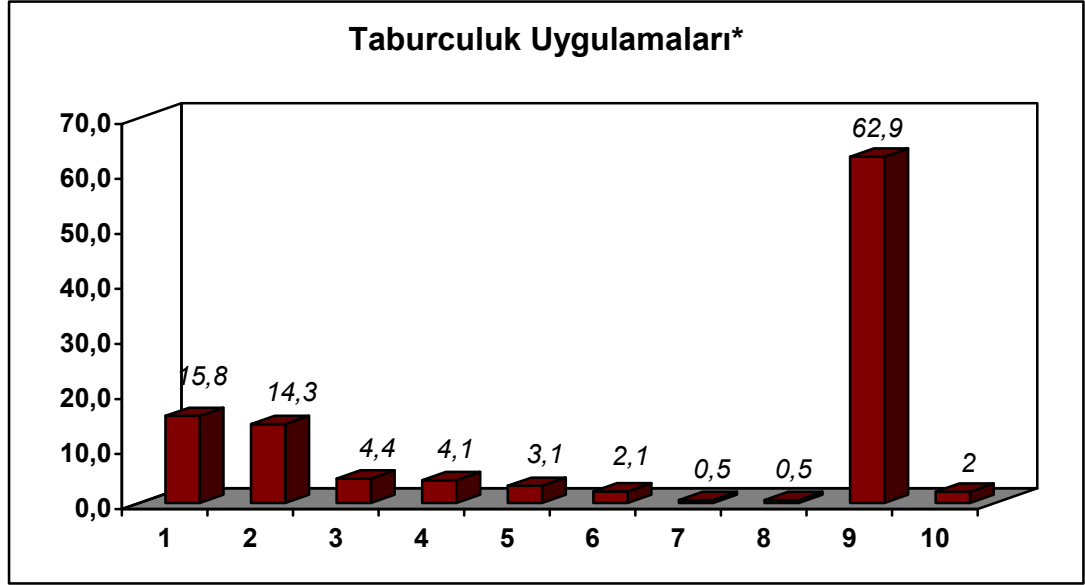
Şekil 4.6. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik Girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtlar (n=609)

1. Hemşire gözlem formu
2. Hasta dosyası
3. Narkotik formu
4. Acil arabası formu
5. Tedavi defteri
6. Bilgisayar kayıtları
7. Nöbet teslim formu
8. Anamnez formu
9. Buzdolabı ısı formu
10. Diğer (İstem kağıdı, hasta eğitim formu, kalibrasyon formu, reçeteler, sistem tanılama formu, ağrı formu, kan şekeri takip formu, malzemelerin son kullanma tarihleri, derece kağıdı, diyet listesi, eczane istem formu, ilaç kartları, hasta kimliği, hasta ücret formu, ilaç iade formları, kan kayıt defteri, kan transfüzyon defteri, muvaffakat formu, nöbet çizelgesi, sarf defteri, sarf formları, yapılan temizlik kontrol formu)
11. Yanıtsız

Şekil 4.6'da hemşirelerin yazılı ifadelerine göre, SSH'nin hemşirelik girişimlerini denetlemede kullandığı kayıtlar yer almaktadır. Hemşirelerin yanıtlarına göre SSH, hemşirelik girişimlerini denetlemede en çok (%77.5) "hemşire gözlem formunu" kullanmaktadır. Bunun dışında hemşireler, SSH'nin hemşirelik girişimlerini denetlemede kullandığı diğer kayıtların hasta dosyası (%28.4), narkotik formu (%21.3), acil arabası formu (%15.1), tedavi defteri (%13.5), bilgisayar kayıtları (%12.3), nöbet teslim formu (%11.0), anamnez formu (%9.0) ve buzdolabı ısı formu (%3.9) olduğunu belirtmişlerdir.

Tüm bunlar değerlendirildiğinde, SSH'nin hemşirelik girişimlerini denetlemede kullandığı kayıtların bir kısmının doğrudan hasta bakımı ile ilgili olmadığı ve teknik işlemlerin kaydını içerecek şekilde çeşitlilik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu

uygulamalarda YTKİY'nin kurumlardaki görev tanımlarına yansması etkili bir faktör olabilir.



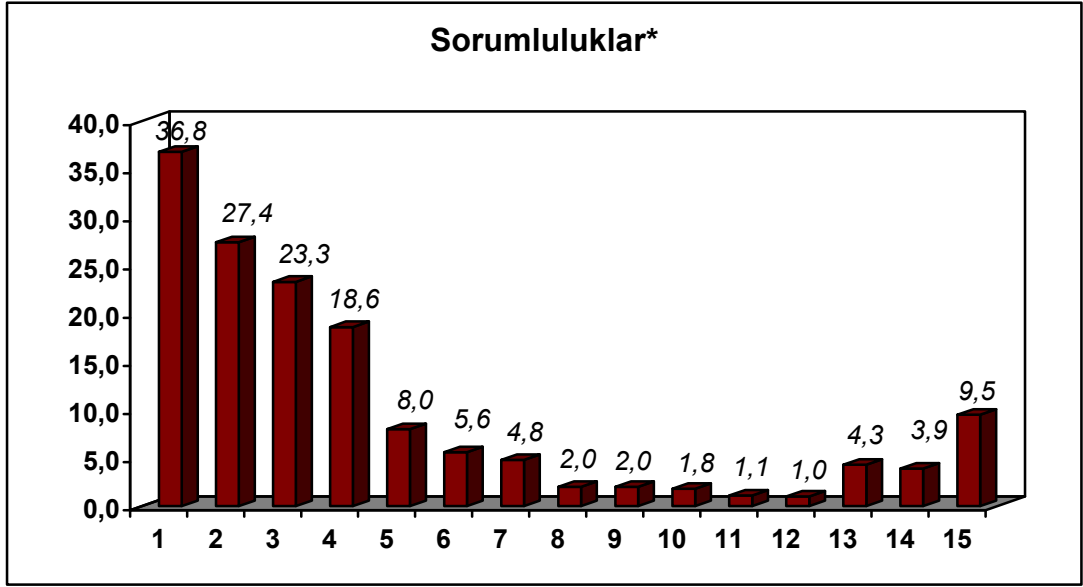
*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Şekil 4.7. Hemşirelere Göre SSH' nin Taburculuk Süreci İle İlgili Uygulamaları (n=609)

1. Taburculuk ve sevkle ilgili evrak işlerini yapar
2. Taburculuk eğitimi verir
3. Bilgisayar kayıtlarını kontrol eder
4. Sarf düzenlemeleri ve ilaçların eczaneye iadesini yapar
5. Hasta memnuniyeti formu doldurtur
6. Aileyle iletişim kurar
7. Oda temizliğini sağlar
8. Hastayı yolcu eder
9. Hastanın taburculuğunda sorumluluk almaz
10. Yanıtsız

Hemşirelerin değerlendirmelerine göre SSH'nin taburculuk süreci ile ilgili uygulamaları şekil 4.7'de verilmiştir. Buna göre hemşirelerin yarısından fazlası (%62.9), SSH'nin hasta taburculuğunda sorumluluk almadığını belirtmiştir. Bu süreçte sorumluluk alan SSH'nin ise "sevkle ilgili evrak işleri" (%15.8), "taburculuk eğitimi" (%14.3), "bilgisayar kayıtları" (%4.4), "sarf düzenlemeleri" (%4.1), "aile ile iletişim" (%3.1) ve "hasta memnuniyeti formu doldurma" gibi uygulamaları yerine getirdiği vurgulanmıştır.

Buna göre, SSH'nin taburculuk sürecinde ağırlıklı olarak kurumsal işleyişe dayalı olan işleri yaptığı dikkati çekmektedir.



*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

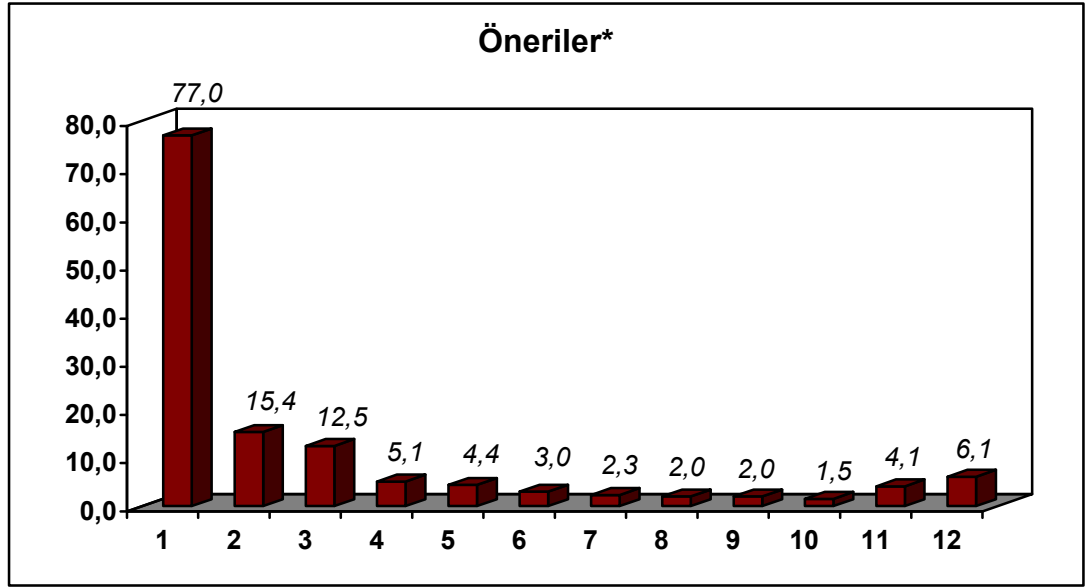
Şekil 4.8. Hemşirelere Göre Bakımı Geliştirmek İçin SSH' nin Üstlenmesi Gereken Sorumluluklar (n=609)

1. Motivasyon sağlamalı
2. Hemşirelere duyarlı olmalı, iyi iletişim kurmalı, savunucu olmalı, onları dinlemeli
3. İyileştirme toplantıları ve HİE düzenlemeli
4. Bakıma katılmalı
5. Yeniliklere açık olmalı sabit fikirli olmamalı, kanıta dayalı uygulamalar yapmalı
6. Adil olmalı
7. Servise hakim olmalı ve servisle ilgilenmeli
8. Evrak işleri, ilaç/ malzeme temini ve bilgisayar işlemlerini yapmalı
9. Danışmanlık yapmalı, yönetmelikle ilgili yol göstermeli
10. Kongrelere katılım sağlanmalı
11. Ekiple işbirliği yapmalı
12. Taburculuk eğitimi yapmalı
13. Diğer (Araştırmalar okumalı, daha iyi gözlem ve planlama yapmalı, daha sık denetim yapmalı, doktorları da denetleme yetkisi olmalı, eczane istemleri eksik malzemelerin temini, hastane dışı organizasyonlar düzenlemek, malzeme sıkıntısının giderilmesi, nöbet listesi yapmalı, öncelikle hemşirelik bakımını öğrenmeli sonra denetleme yapmalı, sorumlu ile ilişkiler arkadaşlık çerçevesinde olmalı)
14. Hiçbir şey yapmasına gerek yok, bize dokunmasın yeter
15. Yanıtsız

Hemşirelerin yazılı ifadelerine göre bakımı geliştirmek için SSH'nin üstlenmesi gereken sorumluluklar şekil 4.8'de verilmiştir. Hemşirelerin çoğunun (%36.8) ifadesine göre SSH'nin üstlenmesi gereken sorumlulukların başında "hemşirelerin motivasyonunu sağlamak" gelmektedir. Bunun yanında hemşireler ağırlıklı olarak, SSH'nden hemşirelere karşı "duyarlı olmasını, iyi iletişim kurmasını, savunucu olmasını" (%27.4), "hizmet içi eğitimler düzenlemesini" (%23.3), "bakıma katılmasını" (%18.6), yeniliklere açık olmasını ve kanıta dayalı uygulamalar yapmasını (%8.0) beklemektedir. Ayrıca hemşireler SSH'nin adil olmasını (%5.6), servise hakim olmasını (%4.8), evrak işleri ve bilgisayar kayıtlarını

düzenlemesini(%2.0), danışmanlık yapmasını (%2.0), kongrelere katılım sağlamasını (%1.8), işbirliği yapmasını (%1.1) ve taburculuk eğitimi yapmasını (%1.0) istediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %3.9'u ise SSH'nin hiçbir şey yapmasına gerek olmadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin SSH'nden üstlenmesini beklediği sorumlulukların bir anlamda paternalistik tutumun temel özelliklerinin arasında olduğu söylenebilir.



*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Şekil 4.9. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniklerdeki Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi İle İlgili Önerileri (n=609)

1. Hemşire sayısı artırılmalı
2. Çalışma saatleri azaltılmalı
3. Hizmet içi eğitimler düzenlenmeli
4. Hemşirelere motivasyon sağlanmalı
5. Yenilikler takip edilmeli, kongrelere katılım sağlanmalı
6. Malzeme sıkıntısı çözülmeli
7. Kırtasiye işlerini yapacak ayrı personel alınmalı
8. Branşlaşma olmalı
9. Yıllık izinlerde adaletli davranılmalı
10. Sorumlu hemşire bakıma aktif olarak katılmalı
11. Diğer (Daha çok pratik yapmamız gerekir, denetlemeler yapmalı, diğer birimlerle ve hekimlerle iletişim sağlamalı, doktorlara hasta bakımını öğretelim, doktorlara yönelik değil hastaya yönelik görev dağılımı yapılmalı, ekip birliği, hemşirelerin düşüncelerinin sorulması, görevimiz olmayan çeşitli işlerin bizden alınması, hasta başı gözlem, hasta eğitimine önem verilmeli, hasta merkezli bakım hasta ve refakatçilerin hemşirelerle ilişkilerinin uyarılması, her hemşirenin mutlaka yoğun bakım hemşireliği deneyimi olmalı, hijyenin artırılması, klinikte hekim olması, odalardaki hasta sayısı azaltılmalı, refakatçilerden yardım alınması servisini ve sorumluluğunu üstlenme)
12. Yanıtsız

Şekil 4.9’da kendi kliniklerinde hasta bakım hizmetlerini geliştirmek için yapılması gerekenlere dair hemşirelerin önerileri yer almaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu (%77) “hemşire sayısının artırılmasını” önermiştir. Bunun yanı sıra hemşireler, “çalışma saatlerinin azaltılması” (%15.4), “hizmet içi eğitimler düzenlenmesi” (%12.5), motivasyon sağlanması (%5.1), kongrelere katılımın sağlanması (%4.4) gibi bireysel gelişim ve gereksinimlerine yönelik iyileştirmeleri de bakımı geliştirme ile doğrudan ilişkilendirmişlerdir. Düşük oranlarda da olsa, malzeme sıkıntısının çözülmesi (%3) ve kırtasiye işlerini yapacak ayrı personel alınması (%2.3), branşlaşma (%2), yıllık izinlerde adaletli davranılması (%2) gibi düzenlemelerin gerekliliği de vurgulanmıştır.

Hemşirelerin neredeyse tamamına yakınının hasta bakımının geliştirilmesi için “hemşire sayısının artırılmasını” önermesi, araştırmanın yapıldığı kliniklerde hemşire insan gücü ihtiyacının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin çoğunluğunun hasta bakımını geliştirmede hemşire sayısını artırmayı öncelikli bir gereksinim olarak gördükleri, niteliksel iyileştirmeleri ise daha az oranda ifade ettikleri dikkati çekmektedir.

Tablo 4.2. SSH’nin Paternalizm Düzeyleri

Paternalizm düzeyi (skor aralığı: 1-6)	s	%
Ortalama Skor	4.3±0.8	
Düşük Paternalizm	241	39.6
Yüksek Paternalizm	368	60.4
Toplam	609	100

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, hemşirelere göre SSH’nin paternalizm düzeyi ortalaması 4.3±0.8’dir. Hemşirelerin yanıtları değerlendirildiğinde, SSH’nin %39.6’sı düşük paternalizm grubunda, %60.4’ü yüksek paternalizm grubunda yer almıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle SSH İçin Puanladıkları Paternalizm Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=609)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Yaş					
20-30 yaş	129	44.3	162	55.7	0.022
31 yaş ve üstü	112	35.2	206	64.8	
Medeni Durum					
Evli*	157	36.0	279	64.0	0.004
Bekar	84	48.6	89	51.4	
Eğitim durumu					
SML	24	29.3	58	70.7	0.018
SHMYO	39	45.3	47	54.7	
AÖÖL	64	34.2	123	65.8	
HYO+SYO+YL**	114	44.9	140	55.1	
Kurum					
AÜH	100	40.2	149	59.8	0.055
AEAH	82	45.3	99	54.7	
AADH	59	33.0	120	67.0	
Bölüm					
Dahili Birimler	138	40.9	199	59.1	0.439
Cerrahi Birimler	103	37.9	169	62.1	
Çalışma süresi					
1-10 yıl	145	45.2	176	54.8	0.003
11 yıl ve üstü	96	33.3	192	66.7	
Daha önce yöneticilik yapıp yapmama durumu					
Evet	21	37.5	35	62.5	0.850
Hayır	220	39.8	333	60.2	
Yöneticilik süresi					
1-4 yıl	15	38.5	24	61.5	0.822
5 yıl ve üstü	6	35.3	11	64.7	

* Eşi ile ayrı yaşayan 12 hemşire evli grubuna dahil edilmiştir.

** YL mezunu 3 hemşire HYO+SYO grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile SSH için puanladıkları paternalizm düzeylerinin karşılaştırılması ile elde edilen veriler yer almaktadır. Yaşları 20-30 arasında olan hemşirelerin yarısından fazlası (%55.7), 31 yaşından büyük olan hemşirelerin %64.8'i yöneticilerinin yüksek düzeyde paternalistik tutuma sahip olduğunu belirtmiştir. Düşük yaş grubu hemşirelerle karşılaştırıldığında yüksek yaş grubu hemşirelerin büyük çoğunluğu yöneticilerinin yüksek düzeyde paternalistik tutuma sahip olduğunu belirtmiştir ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.022$).

Bekarlarla karşılaştırıldığında, evli hemşirelerin çoğunluğu (%64) yöneticilerinin yüksek düzeyde paternalistik tutuma sahip olduğunu belirtmiştir ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları ile SSH için belirledikleri paternalizm düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. SML mezunu hemşireler ile AÖÖL mezunu hemşireler, diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere göre, SSH için yüksek düzeyde paternalizm skorlamışlardır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hizmet verdiği kurumlar ve hemşirelerin çalıştığı bölümler (dahili birimler/cerrahi birimler) ile SSH için belirledikleri paternalizm düzeyi arasında ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. ile hemşirelerin SSH için belirlediği paternalizm düzeyi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma süreleri ve SSH için puanladıkları paternalizm düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Tablo 4.3 incelendiğinde, hemşirelerin çalışma yılı artışına paralel olarak SSH için puanladıkları paternalizm düzeyi artmaktadır.

Sonuç olarak hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma sürelerinin, SSH için yaptıkları paternalizm puanlamasında etkili değişkenler olduğu söylenebilir.

Tablo 4.4. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Kabulü İle İlgili Uygulamalarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Hasta Kabul Uygulamaları*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Hastayı bilgilendirir, odayı ve ortamı tanıtır	32	13.3	76	20.7	0.020
Hastaya oda belirler	22	9.1	62	16.8	0.007
Bilgisayar işlemlerini yapar	26	10.8	44	12.0	0.659
Hemşireler yoğun olduğunda hastayı kabul eder	14	5.8	19	5.2	0.872
Hasta sevk ve taburculuğu gibi evrak işlerini yapar	13	5.4	8	2.2	0.041
Hemşirelik öyküsü (anamnez) alır	8	3.3	11	3.0	1.000
Hastayı monitörize eder	6	2.5	12	3.3	0.760
Hastanın tedavisini yapar	5	2.1	10	2.7	0.816
Damar yolu açma/kontrol işlemlerini yapar	3	1.2	11	3.0	0.259
Vital bulgu takibi yapar	5	2.1	6	1.6	0.760
Eczane istemlerini yazar, ilaçları yerleştirir	4	1.7	6	1.6	1.000
Hasta yakınlarına işlemlerle ilgili bilgi verir	3	1.2	6	1.6	1.000
Hastaların diyet (rasyon) listelerini düzenler	3	1.2	5	1.4	1.000
Doktor istemlerini kontrol eder	4	1.7	2	0.5	0.220
CPR yapar	-	-	6	1.6	0.086
Hemşireler yoğun olduğunda hastayı bilgilendirir	4	1.7	-	-	0.024
Hasta bileklik kontrolü ile hastanın kimliğini doğrular	-	-	2	0.5	0.521
Hasta kabulü yapmaz	142	58.9	196	53.3	0.169
Yanıtsız	2	0.8	5	1.4	0.709

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.4'te, hemşirelere göre SSH'nin hasta kabulüyle ilgili uygulamalarının SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH hasta kabul sürecinde “hastayı bilgilendirme, ortamı ve odayı tanıtma (%20.7)” ve “hastaya oda belirleme (%16.8)” görevlerini, düşük paternalistik tutuma sahip SSH “hemşireler yoğun olduğunda hastayı bilgilendirme” ve “hasta sevk ve taburculuğunda evrak işlerini yapma” görevlerini üstlendiklerini belirtmiş olup bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca “hasta kabulde görev almama” ile “paternalizm düzeyleri” arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Buna göre, yüksek paternalizm skoruna sahip hemşireler SSH'nin “doğrudan hasta ile iletişime geçmeyi ve kliniğe uyumunu sağlayan işlevleri”, düşük paternalizme sahip hemşirelerin ise daha çok “yatış işlemleri” gibi işlevleri üstlendiği söylenebilir.

Tablo 4.5. Hemşirelere Göre SSH'nin Yatan Hasta Bakımı İle İlgili Uygulamalarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Uygulamalar*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Hastanın fiziksel bakımını yapar	13	5.4	53	14.4	0.000
Hemşireler yoğun olduğunda hasta bakımına yardım eder	25	10.4	32	8.7	0.580
Damar yolu açar bakımını yapar	16	6.6	35	9.5	0.271
Hastanın ilacını hazırlar, tedavisini yapar	11	4.6	11	3.0	0.426
Pansuman yapar	3	1.2	19	5.2	0.021
Hasta eğitimi yapar	9	3.7	10	2.7	0.640
Dekübitüs bakımı yapar	1	0.4	10	2.7	0.057
Hemşireler yoğun olduğunda yaşam bulgularını alır	3	1.2	6	1.6	1.000
Hasta odalarının temizliği ve düzenini sağlar	-	-	6	1.6	0.086
Malzemelerin bakım ve onarımını sağlar	3	1.2	3	0.8	0.685
Hemşireler yoğunsa hastanın fiziksel bakımını yapar	-	-	2	0.5	0.521
Hemşirelerin zorlandığı uygulamalara yardım eder	1	0.4	1	0.3	1.000
Bakıma katılmaz	179	74.3	237	64.4	0.010
Yanıtsız	3	1.2	6	1.6	1.000

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.5'te hemşirelere göre, SSH'nin yatan hasta bakımı ile ilgili uygulamalarının SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde yalnız yüksek paternalistik tutum belirtilen SSH'nin yatan hasta bakımında “hasta odalarının temizliğini ve düzenini sağlama (%1.6)” ve “hemşire yoğunsa hastanın fiziksel bakımını yapma (%0.5)” uygulamalarını yaptığı görülmektedir. Bunun dışında yüksek paternalistik skorlu SSH “hastanın fiziksel bakımını yapma” (%14.4) ve “ pansuman yapma” (%5.2) görevlerini üstlenmekte ve hasta bakımına diğer SSH'nden daha fazla katıldığı anlaşılmaktadır ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05).

Buna göre, yüksek paternalistik tutuma sahip hemşirelerin, hasta bakımında düşük paternalizm tutumuna sahip hemşirelerden daha fazla görev aldığı söylenebilir.

Tablo 4.6. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Dağılımını Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Hasta Dağılımı Yaklaşımları*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Hemşireler tüm hastalara bakar	74	30.7	85	23.1	0.037
Oda dağılımı yapar	56	23.2	81	22.0	0.723
Hasta dağılımı yapar	52	21.6	75	20.4	0.722
Doktora göre dağılım yapar	38	15.8	83	22.6	0.040
İş dağılımı yapar	1	0.4	3	0.8	1.000
Hasta dağılımını planlamaz	17	7.1	38	10.3	0.218
Yanıtsız	5	2.1	5	1.4	0.527

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.6'da hemşirelere göre SSH'nin hasta dağılımını planlamada kullandığı yaklaşımların SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Yüksek paternalistik tutum skorlu SSH daha çok "doktora göre dağılım" (%22.6) sistemini, düşük paternalistik tutum skoruna sahip olanlar "tüm hastalara bakım verme" (%30.7) yaklaşımını kullanmaktadır ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05). Ayrıca, SSH'nin hasta dağılımı yapmaması ile paternalizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4.7. Hemşirelere Göre SSH'nin Klinikteki Hastalar İçin Hemşirelik Girişimlerini Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Planlama Yaklaşımları*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Servis rutinlerine göre	113	46.9	176	47.8	0.821
Hasta gereksinimine göre	71	29.5	134	36.4	0.076
Doktor istemine göre	14	5.8	6	1.6	0.009
Yapılacak işlere göre	2	0.8	6	1.6	0.489
Sistem tanılama formundaki girişimlere göre	4	1.7	4	1.1	0.719
Toplantılar yaparak	3	1.2	2	0.5	0.389
Hemşirelik girişimlerini planlamaz	41	17.0	58	15.8	0.682
Yanıtsız	3	1.2	4	1.1	1.000

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.7'de hemşirelere göre SSH'nin klinikteki hastalar için hemşirelik girişimlerini planlama ile ilgili yaklaşımlarının SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Düşük paternalistik tutuma sahip SSH hemşirelik girişimlerini "doktor istemine göre" (%5.8) belirleme yaklaşımını, yüksek paternalistik tutuma sahip hemşirelerden daha fazla oranda uygulamaktadır ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.009).

Bu sonuçlara göre paternalizm düzeyinin hemşirelik girişimlerini planlamada fark yaratan bir faktör olmadığı söylenebilir.

Tablo 4.8. Hemşirelere Göre, SSH'nin Hemşirelik Bakımını Denetleme Yaklaşımlarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Bakımı Denetleme Yaklaşımları*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Hasta başı ziyaret yapar	161	66.8	282	76.6	0.008
Hemşirelik kayıtlarına bakar	58	24.1	74	20.1	0.246
Gözlem yapar	20	8.3	35	9.5	0.715
Bilgisayar kayıtlarına bakar	9	3.7	11	3.0	0.785
Hemşireleri sorgular	2	0.8	5	1.4	0.709
Gerektiğinde hemşireleri uyarır	4	1.7	-	-	0.024
Hemşirelik girişimlerini denetlemez	22	9.1	23	6.3	0.242
Yanıtsız	2	0.8	4	1.1	1.000

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.8'de hemşirelere göre SSH'nin hemşirelik bakımını denetleme yaklaşımlarının SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH hemşirelik girişimlerini denetlemede "hasta başı ziyaret" (%76.6), düşük paternalizm düzeyine sahip SSH ise, yüksek düzeyde yer alanlardan farklı olarak hemşirelik girişimlerini denetlemede "gerektiğinde hemşireleri uyarma" (%1.7) görevini yapmaktadır ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). Anlamlı olmasa da, düşük paternalizm düzeyine sahip hemşireler daha çok denetleme sürecinde hemşirelik ve bilgisayar kayıtlarına bakmaktadır.

Buna göre, yüksek paternalizme sahip SSH'nin ziyaretlerle hastayı görüp değerlendirerek hasta odaklı, düşük paternalistik düzeye sahip hemşirelerin ise gerektiğinde hemşireleri uyardığı saptanmıştır. Ayrıca düşük paternalizme sahip SSH'nin anlamlı olmasa da daha çok hemşirelik kayıtlarını inceleyerek iş odaklı denetleme yaptığı söylenebilir.

Tablo 4.9. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik Girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtların Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Kayıtlar*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Hemşire gözlem formu	181	75.1	291	79.1	0.251
Hasta dosyası	56	23.2	117	31.8	0.022
Narkotik formu	43	17.8	87	23.6	0.088
Acil arabası formu	37	15.4	55	14.9	0.983
Tedavi defteri	29	12.0	53	14.4	0.402
Bilgisayar kayıtları	42	17.4	33	9.0	0.002
Nöbet teslim formu	32	13.3	35	9.5	0.146
Anamnez formu	22	9.1	33	9.0	1.000
Buzdolabı ısı formu	11	4.6	13	3.5	0.669
Yanıtsız	4	1.7	6	1.6	1.000

*Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.9'da hemşirelere göre SSH'nin hemşirelik girişimlerini denetlemede kullandığı kayıtların SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Anlamlı olmasa da, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH daha çok "hemşire gözlem formunu" (%79.1) denetlemektedir. Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH "hasta dosyasını" (%31.8), düşük paternalistik tutuma sahip SSH de "bilgisayar kayıtlarını" (%17.4) denetlemektedir ve bu bulgular istatistiksel yönden de anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH hemşirelik girişimlerini denetlemede narkotik formu (%23.6) ve tedavi defterini (%14.4) kullanırken, düşük düzeyde yer alanlar, acil arabası formu (14.9), nöbet teslim formu (13.3), anamnez formu (%9.1) ve buzdolabı ısı formunu (%4.6) denetlemektedir.

Hemşirelik girişimlerini denetlemede yüksek paternalizme sahip SSH daha çok hemşirelikle ilgili kayıtları daha çok kullanırken, düşük paternalistik tutuma sahip SSH hemşirelikle ilgili kayıtların yanında bazı teknik formları da kullanmaktadır.

Tablo 4.10. Hemşirelere Göre, SSH'nin Taburculuk Süreci İle İlgili Uygulamalarının Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Taburculuk Uygulamaları*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Taburculuk ve sevkle ilgili evrak işlerini yapar	41	17.0	55	14.9	0.494
Taburculuk eğitimi verir	24	10.0	63	17.1	0.014
Bilgisayar kayıtlarını kontrol eder	15	6.2	12	3.3	0.125
Sarf düzenlemeleri ve ilaçların eczaneye iadesini yapar	10	4.1	15	4.1	1.000
Aileyle iletişim kurar	3	1.2	16	4.3	0.055
Hasta memnuniyeti formu doldurtur	4	1.7	9	2.4	0.712
Oda temizliğini sağlar	1	0.4	2	0.5	1.000
Hastayı yolcu eder	2	0.8	1	0.3	0.566
Hastanın taburculuğunda sorumluluk almaz	159	66.0	224	60.9	0.202
Yanıtsız	4	1.7	8	2.2	0.772

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.10'da hemşirelere göre SSH'nin taburculuk süreci ile ilgili uygulamalarının SSH'nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Bu süreçte yüksek düzeyde paternalistik tutuma sahip SSH diğerlerine göre "taburculuk eğitimi verme" işlevini, daha yüksek oranda (%17.1) yerine getirmektedir ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0.014).

Hemşirelere göre yüksek paternalistik tutuma belirtilen SSH taburculuk sürecinde daha çok aileyle iletişim kurma (%4.3), hasta memnuniyeti formu doldurtma (%2.4) ve oda temizliğini sağlama (%0.5) görevlerini yaparken, düşük paternalistik tutum belirtilenler daha çok, taburculuk ve sevkle ilgili evrak işleri yapma (%17.0), bilgisayar kayıtlarının kontrol etme (%6.2) ve hastayı yolcu etme (%0.8) görevlerini yapmaktadır. İstatistiksel yönden anlamlı olmasa da yüksek paternalistik tutuma sahip SSH, taburculuk işlemlerinin tamamına yakınında, diğerlerine göre daha fazla sorumluluk almaktadır.

Tablo 4.11. Hemşirelere Göre, Bakımı Geliştirmek İçin SSH'nin Üstlenmesi Gereken Sorumlulukların Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Sorumluluklar*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Motivasyon sağlamalı	94	39.0	130	35.3	0.357
Hemşirelere duyarlı olmalı, iyi iletişim kurmalı, savunucu olmalı, onları dinlemeli	79	32.8	88	23.9	0.016
İyileştirme toplantıları ve HİE düzenlemeli	51	21.2	91	24.7	0.309
Bakıma katılmalı	61	25.3	52	14.1	0.001
Yeniliklere açık olmalı sabit fikirli olmamalı, kanıta dayalı uygulamalar yapmalı	20	8.3	29	7.9	0.973
Adil olmalı	16	6.6	18	4.9	0.460
Servise hakim olmalı ve servisle ilgilenmeli	18	7.5	11	3.0	0.019
Evrak işleri, ilaç/ malzeme temini ve bilgisayar işlemlerini yapmalı	7	2.9	5	1.4	0.234
Danışmanlık yapmalı, yönetmelikle ilgili yol göstermeli	4	1.7	8	2.2	0.722
Kongrelere katılım sağlanmalı	2	0.8	9	2.4	0.215
Ekipte işbirliği yapmalı	3	1.2	4	1.2	1.000
Taburculuk eğitimi yapmalı	2	0.8	4	1.1	1.000
Hiçbir şey yapmasına gerek yok, bize dokunmasın yeter	7	2.9	17	4.6	0.395
Yanıtsız	16	6.6	42	11.4	0.050

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.11’de hemşirelere göre bakımı geliştirmek için SSH’nin üstlenmesi gereken sorumluluklarının SSH için belirtilen paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. SSH’nin üstlenmesi gereken sorumluluklara “hemşirelere duyarlı olmalı, iyi iletişim kurmalı, savunucu olmalı, onları dinlemeli” (%32.8), “bakıma katılmalı” (%25.3) ve “servise hakim olmalı, servisle ilgilenmeli” (%7.5) diyen hemşireler SSH’ni düşük paternalistik düzeyde puanlamışlardır ve bunlar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Hemşirelerden, SSH “hizmet içi eğitimler düzenlemeli” (%24.7), “danışmanlık yapmalı”, “yönetmelikle ilgili yol göstermeli” (%2.2) önerisinde bulunanlar, SSH’ni yüksek paternalizm düzeyinde skorlamışlardır.

SSH’ni düşük paternalistik düzeyde skorlayan hemşireler, SSH’nden “hemşirelere duyarlı olmalarını, hemşireleri savunmalarını” beklemektedir. Yüksek düzeyde skorlayanlar ise, SSH’nin “kendilerine danışmanlık yapmasını” ve “mesleki gelişimlerini takip etmesini” beklemektedir.

Tablo 4.12. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniklerde Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi İle İlgili Önerilerinin Paternalizm Düzeyine Dağılımı

Öneriler*	Düşük Paternalizm		Yüksek Paternalizm		p
	s	%	s	%	
Hemşire sayısı artırılmalı	192	79.7	277	75.3	0.207
Çalışma saatleri azaltılmalı	49	20.3	45	12.2	0.007
Hizmet içi eğitimler düzenlenmeli	36	14.9	40	10.9	0.137
Hemşirelere motivasyon sağlanmalı	16	6.6	15	4.1	0.223
Yenilikler takip edilmeli, kongrelere katılım sağlanmalı	15	6.2	12	3.3	0.125
Malzeme sıkıntısı çözülmeli	6	2.5	12	3.3	0.760
Kırtasiye işlerini yapacak ayrı personel alınmalı	9	3.7	5	1.4	0.102
Branşlaşma olmalı	6	2.5	6	1.6	0.554
Yıllık izinlerde adaletli davranılmalı	6	2.5	6	1.6	0.554
Sorumlu hemşire bakıma aktif olarak katılmalı	2	0.8	7	1.9	0.494
Yanıtız	8	3.3	29	7.9	0.033

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.12’de hemşirelerin hasta bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili önerilerinin SSH’nin paternalizm düzeyine göre dağılımı verilmiştir. SSH’ni yüksek paternalizm düzeyinde skorlayan hemşireler, hasta bakım hizmetlerini geliştirmek için “malzeme sıkıntısı çözümü” (%3.3) ve “sorumlu hemşirelerin bakıma aktif katılması” nı (%1.9) önermişlerdir. “Çalışma saatleri azaltılmalı” (%20.3) önerisini getiren hemşireler SSH’ni düşük paternalizm düzeyinde skorlamışlardır ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.007). Düşük oranlarda da olsa, “hemşire sayısı artırılmalı, HİE düzenlenmeli, hemşirelere motivasyon sağlanmalı, yenilikler takip edilmeli, kongrelere katılım sağlanmalı, branşlaşma olmalı, yıllık izinlerde adaletli olmalı, ve kırtasiye işlerini yapacak ayrı bir personel alınmalı” diye öneri getirenler, SSH’ni düşük paternalizm düzeyinde skorlamışlardır.

SSH’ni yüksek paternalistik düzeyde skorlayan hemşireler hasta bakım hizmetlerini geliştirmede daha çok hemşirelerin yükünü azaltıcı öneriler sunarken, SSH’ni düşük paternalistik düzeyde skorlayan hemşireler eğitim, motivasyon, yenilikleri takip etme gibi doğrudan hasta bakımı ile ilgili önerilerde bulunmuşlardır.

Tablo 4.13. SSH'nin Hasta Kabulü İle ilgili Uygulamalarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Göre Dağılımı

Hasta Kabul Uygulamaları*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAŞ (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Hemşireler yoğun olduğunda hastayı kabul eder	23	9.2	8	4.4	2	1.1	33	-
Hastayı bilgilendirir, ortamı ve odayı tanıtır	77	30.9	17	9.4	14	7.8	108	0.000
Hastaya oda belirler	45	18.1	17	9.4	22	12.3	84	0.028
Bilgisayar işlemlerini yapar	56	22.5	10	5.5	4	2.2	70	0.056
Hasta sevk ve taburculuğu gibi evrak işlerini yapar	15	6.0	5	2.8	1	0.6	21	-
Hemşirelik öyküsü (anamnez) alır	19	7.6	-	-	-	-	19	-
Hastayı monitörize eder	12	4.8	-	-	6	3.4	18	-
Hastanın tedavisini yapar	10	4.0	1	0.6	4	2.2	15	-
Damar yolu açma/kontrol etme işlemlerini yapar	12	4.8	1	0.6	1	0.6	14	-
Vital bulgu takibi yapar	11	4.4	-	-	-	-	11	-
Eczane istemlerini yazar, ilaçları yerleştirir	9	3.6	-	-	1	0.6	10	-
Hasta yakınlarına işlemlerle ilgili bilgi verir	9	3.6	-	-	-	-	9	-
Hastaların diyet (rasyon) listelerini düzenler	-	-	-	-	8	4.5	8	-
Doktor istemlerini kontrol eder	6	2.4	-	-	-	-	6	-
CPR yapar	6	2.4	-	-	-	-	6	-
Hemşireler yoğun olduğunda hastayı bilgilendirir	3	1.2	1	0.6	-	-	3	-
Hasta bileklik kontrolü ile hastanın kimliğini doğrular	-	-	2	1.1	-	-	2	-
Hasta kabulü yapmaz	65	26.1	135	74.6	138	77.1	338	0.000
Yanıtsız	6	2.4	-	-	1	0.6	7	-

* Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.13'te, kurumlara göre SSH'nin hasta kabulü ile ilgili uygulamalarının karşılaştırılması verilmiştir. AÜH'nde çalışan hemşireler, diğer hemşirelerden farklı olarak SSH'nin hasta kabul aşamasında "hemşirelik öyküsü aldığını", "vital bulgu takibi yaptığını", "hasta yakınlarına işlemlerle ilgili bilgi verdiğini", "istemleri kontrol ettiğini" ve "CPR yaptığını" belirtmişlerdir. "Hastayı bilgilendirme, ortamı ve odayı tanıtma" her üç hastanede çalışan SSH tarafından hasta kabulde yürütülen bir görev olarak belirtilmekle birlikte, en fazla oranda AÜH'nde çalışan hemşireler (%30.9) tarafından ifade edilmiş ve bu bulgu istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aynı şekilde "hastaya oda belirleme" görevi de en fazla AÜH'ndeki SSH tarafından yürütülmektedir ve kurumlar arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.028).

Hemşirelere göre hasta kabulünde, en çok AÜH'nde çalışan SSH sorumluluk almaktadır. AEAŞ'nde (%74.6) ve AADH'nde (%77.1) çalışan hemşirelerin büyük bölümü ise SSH'nin hasta kabul etme sorumluluğunu üstlenmediğini belirtmiştir. Aradaki bu fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.14. SSH'nin Yatan Hasta Bakımı ile İlgili Uygulamalarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Uygulamalar*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAH (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Hastanın fiziksel bakımını yapar	46	18.5	14	7.7	6	3.4	66	0.000
Hemşireler yoğun olduğunda hasta bakımına yardım eder	45	18.1	9	5.0	3	1.7	57	0.000
Damar yolu açar bakımını yapar	34	13.7	8	4.4	9	5.0	51	0.000
Hastanın ilacını hazırlar, tedavisini yapar	16	6.4	1	0.6	5	2.8	22	-
Pansuman yapar	15	6.0	5	2.8	2	1.1	22	-
Hasta eğitimi yapar	19	7.6	-	-	-	-	19	-
Dekübitüs bakımı yapar	9	3.6	2	1.1	-	-	11	-
Hemşireler yoğun olduğunda yaşam bulgularını alır	7	2.8	-	-	2	1.1	9	-
Hasta odalarının temizliği ve düzenini sağlar	1	0.4	5	2.8	-	-	6	-
Malzemelerin bakım ve onarımını sağlar	4	1.6	2	1.1	-	-	6	-
Hemşireler yoğunsa hastanın fiziksel bakımını yapar	2	0.8	-	-	-	-	2	-
Hemşirelerin zorlandığı uygulamalara yardım eder	1	0.4	1	0.6	-	-	2	-
Bakıma katılmaz	109	43.8	146	80.7	161	89.9	417	0.000
Yanıtsız	7	2.8	-	-	2	1.1	9	-

* Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Hemşirelerin çalıştığı kurumlara göre SSH'nin yatan hasta bakımındaki uygulamalarının karşılaştırılması Tablo 4.14'te verilmiştir. AÜH'nde çalışan hemşireler diğer kurumlarda çalışan hemşirelerden farklı olarak SSH'nin hem doğrudan "fiziksel bakım" verdiğini (%18.5) hem de "hemşireler yoğunken hastanın fiziksel bakımını yaptığını" (%18.1) belirtmişlerdir (p<0.05). AADH'nde çalışan hemşirelerin %89.9'u ise SSH'nin bakıma katılmadığını belirtmişler ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Hasta bakımıyla ilgili olarak SSH'nin üstlendiği görevler yönünden ortaya çıkan bu farkın kurumsal beklentiler ile ilgili olduğu söylenebilir.

Tablo 4.15. Hemşirelere Göre SSH'nin Hasta Dağılımını Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Hasta Dağılımı Yaklaşımları*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAH (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Oda dağılımı yapar	95	38.2	31	17.1	11	6.1	137	0.000
Hasta dağılımı yapar	70	28.1	25	13.8	32	17.9	127	0.001
Hemşireler tüm hastalara bakar	65	26.1	68	37.6	26	14.5	159	0.000
Doktora göre dağılım yapar	3	1.2	36	19.9	82	45.8	121	0.000
İş dağılımı yapar	-	-	3	1.7	1	0.6	4	-
Hasta dağılımını planlamaz	8	3.2	18	9.9	29	16.2	55	0.000
Yanıtsız	9	3.6	1	0.6	-	-	10	-

* Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.15'te, kurumlara göre SSH'nin hasta dağılımında kullandığı sistemlerin karşılaştırılması verilmiştir. İncelendiğinde sıklığı farklı olsa da, her üç kurumda da tüm sistemlerin kullanıldığı görülmektedir.

Ancak AÜH'nde çalışan SSH'nin daha çok, "oda paylaşımı" (%38.2) ve "hasta paylaşımı" (%28.1), AEAH'nde çalışan SSH'nin "tüm hastalara ortak bakım verme" (%37.6) ve AADH'nde çalışan SSH'nin ise "doktora göre dağılım"(%45.8) sistemini tercih ettiği ve bu bulguların istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır (p<0.05).

Tablo 4.16. Hemşirelere Göre SSH'nin Klinikteki Hastalar İçin Hemşirelik Girişimlerini Planlamada Kullandığı Yaklaşımların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Planlama Yaklaşımları*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAH (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Hasta gereksinimine göre	130	52.2	35	19.3	40	22.3	205	0.000
Servis rutinlerine göre	83	33.3	113	62.4	93	52.0	289	0.000
Doktor istemine göre	14	5.6	2	1.1	4	2.2	20	-
Yapılacak işlere göre	-	-	6	3.3	2	1.1	8	-
Sistem tanılama formundaki girişimlere göre	8	3.2	-	-	-	-	8	-
Toplantılar yaparak	2	0.8	3	1.7	-	-	5	-
Hemşirelik girişimlerini planlamaz	25	10.0	28	15.5	46	25.7	99	0.000
Yanıtsız	7	2.8	-	-	-	-	7	-

* Frekansı 50'nin altında olan bu değerler istatistiksel olarak değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.16’da hemşirelerin çalıştığı kurumlar ile SSH’nin hemşirelik girişimlerini planlamadaki yaklaşımlarının karşılaştırılması verilmiştir. Diğer kurumlardan farklı olarak sadece AÜH’nde çalışan hemşireler SSH’nin hemşirelik girişimlerini belirlemede “sistem tanılama formundaki uygulamaları” kullandığını belirtmiştir. SSH’nin hemşirelik girişimlerini planlamada “hasta gereksinimini dikkate alma”nın en fazla AÜH’nde (%52.2), “servis rutinlerine göre” planlamanın ise en fazla AEAH’nde (%62.4) dikkate alındığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelik girişimlerini planlamada sorumluluk almayan SSH’nin çoğunluğunun AADH’nde çalışanlar olduğu ve hastaneler arası bu farkın istatistiksel olarak da anlam taşıdığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.17. Hemşirelere Göre SSH’nin Hemşirelik Bakımını Denetleme Yaklaşımlarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Bakımı Denetleme Yaklaşımları*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAHA (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Hasta başı ziyaret yapar	180	72.3	143	79.0	120	67.0	443	0.038
Hemşirelik kayıtlarına bakar	80	32.1	27	14.9	25	14.0	132	0.000
Gözlem yapar	40	16.1	12	6.6	3	1.7	55	0.000
Bilgisayar kayıtlarına bakar	11	4.4	7	3.9	2	1.1	20	-
Hemşireleri sorgular	5	2.0	2	1.1	-	-	7	-
Gerektiğinde hemşireleri uyarır	1	0.4	3	1.7	-	-	4	-
Hemşirelik girişimlerini denetlemez	2	0.8	11	6.1	32	17.9	45	-
Yanıtsız	6	2.4	-	-	-	-	6	-

*Frekans 50’nin altında olan bu değerler istatistiksel olarak değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.17’de kurumlara göre, SSH’nin hemşirelik bakımını denetleme yaklaşımlarının karşılaştırılması verilmiştir. Her üç kurumdaki hemşireler SSH’nin hemşirelik bakımını denetlerken, en çok “hasta başı ziyaret” yaptığını ifade etmişlerdir. Bu yaklaşım en yoğun olarak AEAH’nde çalışan hemşireler (%79.0) tarafından belirtilmiş olup kurumlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p=0.038$). AÜH’nde çalışan hemşireler SSH’nin “hemşirelik kayıtlarını” incelediğini (%32.1) ve “gözlem” yaptığını (%16.1) belirtmiş ve bu bulgular da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

SSH’nin hemşirelik bakımını denetlemedeki kurumlar arası anlamlı olan yaklaşımlar “hasta başı ziyaret yapma”, “hemşirelik kayıtlarını inceleme” ve “gözlem yapma” gibi etkin yöntemlerin yanı sıra, düşük oranlarda da olsa hemşireleri sorgulama, gerektiğinde hemşireleri uyarma gibi etkin olmayan yöntemler de denetleme yöntemi olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.18. Hemşirelere Göre SSH'nin Hemşirelik girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Kayıtlar*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAŞ (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Hemşire gözlem formu	220	88.4	117	64.6	135	75.4	472	0.000
Narkotik formu	55	22.1	35	19.3	40	22.3	120	0.732
Hasta dosyası	49	19.7	80	44.2	44	24.6	173	0.000
Anamnez formu	46	18.5	6	3.3	3	1.7	55	0.000
Acil arabası formu	43	17.3	24	13.3	25	14.0	92	0.456
Bilgisayar kayıtları	40	16.1	27	14.9	8	4.5	75	0.001
Nöbet teslim formu	16	6.4	30	16.6	21	11.7	67	0.004
Tedavi defteri	5	2.0	45	24.9	32	17.9	82	0.000
Buzdolabı ısı formu	6	2.4	6	3.3	12	6.7	24	-
Denetlemez	2	0.8	3	1.7	23	12.8	28	-
Yanıtız	6	2.4	3	1.7	1	0.6	10	-

* Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre, SSH'nin hemşirelik girişimlerini denetlemede kullandığı kayıtların dağılımı Tablo 4.18'de verilmiştir. İncelendiğinde; sıklığı farklı olsa da, belirtilen tüm kayıtların her üç kurumda da kullanıldığı anlaşılmaktadır. AÜH'nde çalışan SSH'nin daha çok "hemşire gözlem formu" (%88.4), "bilgisayar kayıtları" (%16.1) ve "anamnez formu" (%18.5) nu, AEAŞ'nde çalışan SSH'nin "tedavi defteri" (%24.9), "nöbet teslim formu" (%16.6) ve "hasta dosyası" (%44.2) nı denetlediği belirtilmiş ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Sonuçta her üç kurumda da SSH'nin en çok hemşirelik girişimlerini denetlemede bakım kayıtlarının yanı sıra teknik işlemleri kapsayan kayıtları da kullandıkları anlaşılmaktadır. Bu durumun nedeninin kurumların kendi politikaları ve görev tanımlarının yansımaları olabileceği söylenebilir.

Tablo 4.19. Hemşirelere Göre SSH'nin Taburculuk Süreci İle İlgili Uygulamalarının Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Taburculuk Uygulamaları*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAHA (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Taburculuk ve sevkle ilgili evrak işlerini yapar	74	29.7	5	2.8	17	9.5	96	0.000
Taburculuk eğitimi verir	68	27.3	13	7.2	6	3.4	87	0.000
Bilgisayar kayıtlarını kontrol eder	26	10.4	1	0.6	-	-	27	-
Sarf düzenlemeleri ve ilaçların eczaneye iadesini yapar	25	10.0	-	-	-	-	25	-
Hasta memnuniyeti formu doldurtur	4	1.6	8	4.4	1	0.6	13	-
Aileyle iletişim kurar	17	6.8	1	0.6	1	0.6	19	-
Oda temizliğini sağlar	-	-	3	1.7	-	-	3	-
Hastayı yolcu eder	3	1.2	-	-	-	-	3	-
Hastanın taburculuğunda sorumluluk almaz	80	32.1	150	82.9	153	85.5	383	0.000
Yanıtsız	8	3.2	1	0.6	3	1.7	12	-

* Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.19’da, SSH’nin taburculuk süreci ile ilgili uygulamalarının kurumlara göre karşılaştırılması verilmiştir. AÜH’nde çalışan hemşireler, diğer hemşirelerden farklı olarak hasta taburculuğunda, SSH’nin “sarf düzenlemelerini ve ilaçların eczaneye iadesini yaptığını”, ayrıca “hastayı yolcu ettiğini” belirtmişlerdir. Aynı şekilde, AEAHA’nde çalışan hemşireler de diğerlerinden farklı olarak SSH’nin “oda temizliğini” sağladığını ifade etmişlerdir.

“Evrak işleri, çıkış ve sevk işlemlerini yapma ve hastaya taburculuk eğitimi verme” her üç hastanede çalışan SSH tarafından taburculuk sürecinde yürütülen görevler olarak belirtilmekle birlikte, en fazla oranda AÜH’nde çalışan hemşireler tarafından ifade edilmiş ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Taburculukta sorumluluk almama ise en fazla AADH’nde çalışan SSH (%85.5) için belirtilmiş olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.20. Hemşirelere Göre Bakımı Geliştirmek İçin SSH'nin Üstlenmesi Gereken Sorumlulukların Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Sorumluluklar*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAH (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Motivasyon sağlamalı	87	34.9	64	35.4	73	40.8	224	0.416
İyileştirme toplantıları ve HİE düzenlemeli	76	30.5	36	19.9	30	16.8	142	0.002
Hemşirelere duyarlı olmalı, iyi iletişim kurmalı, savunucu olmalı, onları dinlemeli	46	18.5	51	28.2	70	39.1	167	0.000
Bakıma katılmalı	43	17.3	40	22.1	30	16.8	113	0.340
Yeniliklere açık olmalı sabit fikirli olmamalı, kanıta dayalı uygulamalar yapmalı	15	6.0	10	5.5	24	13.4	49	-
Adil olmalı	5	2.0	15	8.3	14	7.8	34	-
Servise hakim olmalı ve servisle ilgilenmeli	7	2.8	13	7.2	9	5.0	29	-
Evrak işleri, ilaç/malzeme temini ve bilgisayar işlemlerini yapmalı	10	4.0	2	1.1	-	-	12	-
Danışmanlık yapmalı, yönetmelikle ilgili yol göstermeli	4	1.6	4	2.2	4	2.2	12	-
Kongrelere katılım sağlanmalı	6	2.4	2	1.1	3	1.7	11	-
Ekiple işbirliği yapmalı	2	0.8	2	1.1	3	1.7	7	-
Taburculuk eğitimi yapmalı	4	1.6	2	1.1	-	-	6	-
Hiçbir şey yapmasına gerek yok, bize dokunmasın yeter	13	5.2	10	5.5	1	0.6	24	-
Yanıtsız	25	10.0	12	6.6	21	11.7	58	0.241

* Frekansı 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.20’de, kurumlara göre SSH’nin üstlenmesi gereken sorumlulukların dağılımı verilmiştir. “Hemşireleri motive etme” ve “hasta bakımına katılma” her üç hastanede SSH’nin üstlenmesi gereken sorumluluklar arasında belirtilmiştir. Buna karşın “iyileştirme toplantıları ve HİE düzenleme”, en fazla oranda AÜH’nde çalışan hemşireler (%30.5) tarafından, “hemşirelere karşı duyarlı olma, iyi iletişim kurma, savunucu olma, hemşireleri dinleme” en çok AADH’nde çalışan hemşireler (%39.1) tarafından vurgulanmıştır ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.21. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniklerde Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesiyle İlgili Önerilerinin Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Dağılımı

Öneriler*	KURUM							
	AÜH (n= 249)		AEAH (n= 181)		AADH (n= 179)		Toplam	p
	s	%	s	%	s	%		
Hemşire sayısı artırılmalı	178	71.5	141	77.9	150	83.8	469	0.011
Hizmet içi eğitimler düzenlenmeli	43	17.3	26	14.4	7	3.9	76	0.000
Çalışma saatleri azaltılmalı	18	7.2	52	28.7	24	13.4	94	0.000
Hemşirelere motivasyon sağlanmalı	20	8.0	8	4.4	3	1.7	31	-
Yenilikler takip edilmeli, kongrelere katılım sağlanmalı	21	8.4	6	3.3	-	-	27	-
Malzeme sıkıntısı çözülmeli	16	6.4	-	-	2	1.1	18	-
Kırtasiye işlerini yapacak ayrı personel alınmalı	6	2.4	5	2.8	3	1.7	14	-
Branşlaşma olmalı	6	2.4	4	2.2	2	1.1	12	-
Yıllık izinlerde adaletli davranılmalı	5	2.0	3	1.7	4	2.2	12	-
Sorumlu hemşire bakıma aktif olarak katılmalı	3	1.2	3	1.7	3	1.7	9	-
Yanıtız	19	7.6	2	1.1	16	8.9	37	-

*Frekans 50 nin altında olanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 4.21’de, hemşirelerin hasta bakım hizmetlerinin geliştirilmesiyle ilgili önerilerinin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı verilmiştir. Her üç hastanede çalışan hemşireler tarafından “hemşire sayısı artırılmalı” önerisi belirtilmiş ve bu öneri kurumlar arasında en fazla oranda AADH’nde çalışan hemşireler (%83.8) tarafından ifade edilmiştir. Bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (p=0.011). Aynı şekilde, hizmet içi eğitimler düzenlenmesini en çok AÜH’ndeki hemşireler (%17.3) tarafından, çalışma saatlerinin azaltılmasına yönelik öneriler de en çok AEAH’nde çalışan hemşireler tarafından önerilmiştir. Her iki bulgu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

TARTIŞMA

Bu çalışma, hemşirelere göre yönetici hemşirelerin paternalistik davranış örüntülerinin hasta bakımı ile ilgili görevlerine yansımaları belirlemek amacıyla yapılmıştır. Sağlık ekibi içinde hemşirelerin birçok rol ve işlevleri vardır. Bu rollerden bazıları “bakım verici, karar verici, savunucu, eğitici, danışman ve yönetici rol” olarak açıklanmaktadır. Yönetici hemşire, bireyin/ailenin sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlık ortamında mevcut kaynakları yöneten kişidir. Yönetici hemşirelerin özelliklerinden biri “sorumluluğu doğru kişiye doğru zamanda delege etmek” olarak belirtilmektedir (98). Yetki devri, yöneticilerin artan iş yükünün belli bir kısmını astlara vermesidir. Bu durum katılımcı ve paylaşımcı yönetimde istenen bir uygulamadır. Yetki devri çalışanların otonomilerini geliştirdiği gibi, yöneticilerin de iş yükünü azaltmaktadır. Ancak bazı durumlarda örgütsel, kişisel ve işin niteliğinden ve başarısızlık durumundaki risk düzeyinden kaynaklanan niteliklerden dolayı yöneticiler yetki devrine isteksiz olabilmektedir (99,100). Sağlık alanında da yönetici hemşireler yetki devrinde benzer durumlardan dolayı risk almaktan ve hata yapmaktan kaçınıyor olabilir. Bu sebepten, yönetici hemşireler devredeceği sorumluluğu kendisinin daha iyi yapacağını düşünerek yetki devretmeyebilir. Çalışanlar da bu tutumu sergileyen yöneticileri paternalistik olarak algılayabilirler.

Paternalizm veya ‘babacanlık’, ‘hamilik’, ast ve üst arasındaki güç farkından kaynaklanan ilişkinin niteliğini tanımlamaktadır. Paternalistik ilişkide üstün görevi astı korumak ve savunmak, savunmanın yanında, astına çeşitli konularda hatta özel yaşantısıyla ilgili konularda bile yol göstermektir. Buna karşılık ast ise üstüne güvenmekte ve onun savunuculuğunu ve belirtilen yönlendirmelerini gönüllü olarak kabul etmektedir. Paternalistik ilişkide görülen kabullenmede gönüllü bir boyun eğme davranışı vardır. Bunun bir yansıması olarak ast üstün kararlarına uymakta ve ona karşı çıkmamaktadır (17,40,5,46,15).

Hiyerarşik kültürlerde paternalizm ve beraberinde gelen boyun eğme, bağımlı olma davranışı ülkemizde de mevcuttur (17,86). Hemşirelik mesleğinde rol ve yetkilere bağlı olarak ortaya çıkan hiyerarşinin, yönetici hemşirelerin paternalistik davranışlarına zemin hazırladığı düşünülebilir. Aycan (40) paternalizmin hiyerarşinin ve ast ile üst arasındaki güç farkının olduğu ilişkilerde görüldüğünü belirtmektedir. Demirbilek (67) ile Terzioğlu ve Taşkın (101) hemen her toplumda kadınların erkeklere göre daha düşük statüye sahip olduklarını belirtmektedir. Bu durumda kadın ve erkek arasındaki güç farkından kaynaklanan hiyerarşinin, erkek egemen toplumda, neredeyse tamamına yakını kadın çalışan olan hemşirelik mesleğine de yansıması kaçınılmazdır. Bu zeminde erkeğin yaptığı eylemleri yücelten bir kültür ortamında, kadınların yaptığı işler değersiz bulunabilmektedir (1).

Ülkemizde yönetici hemşirelerin liderlik davranışları ile ilgili çalışmalar olmasına karşın, paternalistik tutumlarını araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık alanında olmamakla birlikte Aycan ve arkadaşları (41)'nin çeşitli ülkelerdeki paternalizm düzeylerini araştırdıkları kroskültürel bir çalışmada, Türkiye'de yöneticilerin paternalizm puanının, karşılaştırılan diğer ülkelerin paternalizm puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye toplumsal özellikler de göz önüne alındığında, yöneticilerinin paternalizm eğilimleri yüksek olan ülkeler grubunda yer almaktadır (17,86). Türk kültür ve örgüt ortamı paternalistik nitelikte olduğundan, bu tutum kurumsal ilişkilere de yansımaktadır (83). Araştırmamızın bulgularına göre, SSH'nin ortalama paternalizm skoru 4.3'tür. Araştırmaya katılan klinik hemşirelerinin %39.6'sına göre SSH düşük paternalizm, %60.4'üne göre ise yüksek paternalizm grubunda yer almaktadır. Çalışmamızda paternalistik tutum açısından hastaneler arası bir fark olmadığı, her üç hastanenin SSH'nin de yüksek paternalistik tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Ancak hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma süresi, paternalizm puanlamasında etkili bulunmuştur.

5.1. SSH'nin Paternalizm Düzeyi ve Hemşirelere İlişkin Özellikler

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin ve SSH'nin tamamı kadındır. Kadın çalışanın ağırlıkta olduğu hemşirelik mesleğindeki yönetici hemşirelerin paternalistik yaklaşımlarının nedeni erkek gibi davranarak grup içinde var olma düşüncesi olabilir. Bu durum "kraliçe arı sendromu" ile benzerlik göstermektedir. Bu durumda, kadın yöneticiler zamanla iş ortamındaki davranışlarını değiştirerek erkek yöneticilerin davranış kalıplarına yaklaşmakta ve diğer kadın çalışanlara erkek yöneticilerine benzer tepkiler göstermektedirler (28,88,87). Bu açıdan bakıldığında ataerkil yapıdaki kültürel ortam, bu ortamda kadının yöneticiliğe bakışı, toplumsal değerler ve inanışların paternalistik tutumu hazırlayan etkenler olduğu söylenebilir. Kadının toplumsal kimliğinden kaynaklanan geleneksel roller ve inanışlar iş yaşamına ve liderlik davranışlarına da yansımaktadır (17,67). Karaöz (70), toplumun kadına ve bir kadın mesleği olarak hemşireliğe bakışını, hemşirelerin geleneksel yardımcı rolünü, otorite arayan, boyun eğen özelliklerini hemşirelerin kendilerini güçsüz hissetmesinin nedenleri arasında belirtmiştir. Erkek egemen toplumda çoğunluğu kadın olan hemşire grubunun toplumun cinsiyetle ilgili önyargılarından etkilendiği açıktır (101). Bu nedenle yönetici konumundaki hemşireler "kadın ve anne rolü" nü iş ortamına taşıyabilmektedir. Böylece çalışanlarına babacan yaklaşabilmekte, onlar adına sorumluluk alabilmekte ve çalışanları koruma davranışı gösterebilmektedir. Bu durumun, ataerkil toplumda, kadın meslek grubunun temsilcisi pozisyonunda olmanın yönetici hemşirelerin davranışlarına yansımada etkili bir faktör olduğu düşünülebilir.

Salvage (1), hemşirelerin değişime yeterli önem vermediklerini ve mevcut durumu sürdürdüklerini belirtmektedir. Hemşireler yöneticilikte kendi tarzlarını ortaya koyamadıkları ve kendilerini kanıtlayamadıkları için otonom olamamaktadırlar. Böyle olunca da erkek egemen bir yaklaşım olan paternalistik tutum sergilemektedirler. Paternalistik davranış örüntülerinin hakim olduğu yönetimde, çalışanlar yöneticilerinin otoritesini baba figürü olarak kabul etmektedir (46).

Çalışmamızda düşük yaş grubu hemşirelerle karşılaştırıldığında, yüksek yaş grubundaki hemşirelerin büyük çoğunluğu (%52.4) yöneticilerinin yüksek düzeyde paternalistik tutuma sahip olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması ve SSH için belirttikleri paternalizm düzeyi arasındaki ilişki literatüre paralel biçimde istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Yaşla birlikte artan otoritenin ve deneyimin de bu görüşte rolü büyüktür. SSH'nin tutumunu daha çok ileri yaşlardaki hemşirelerin paternalistik bulması, bu hemşirelerin yaş ilerledikçe deneyimlerinin artması ve daha az kontrol ve koruyuculuk istemeleri ile açıklanabilir (102,103,104). Literatürde, otorite sahibi kişilerin kendilerinden yaşça küçük kişiler üzerinde hakimiyet kurma eğilimlerinin olduğu belirtilmektedir (17,46,15). Burada paternalistik tutumu besleyen, hemşirelerin SSH'ni otorite kabul etmesi olarak açıklanabilir. Öte yandan yaşın ileri olması akran iletişimi ve sosyal ilişkiyi artırarak SSH'nin yaşlı ileri olan hemşireleri gözetmesine ve korumasına neden olabilir. Ayrıca bu ilişki çalışanlar arasında farklı davranış ve kayırcılığa neden olabilir (35,17). Bunun sonucunda sürekli ödüllendirilen ve gözetilen hemşireler yönetici hemşirelerini paternalistik olarak algılayabilirler.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin medeni durumları dikkate alındığında evli hemşireler bekarlara göre SSH'nin paternalizm düzeyini daha yüksek olarak ifade etmişlerdir. Evli ve bekar olmanın en temel farkı, evli olanların sürekli olarak ikili bir ilişkiyi sürdürme deneyimi içinde olmasıdır. Bu yaşantı, evlilerin diğer ilişkilere yaklaşım ve bakış açısını belirlemede etkili bir faktör olabilir. Ayrıca toplumun evliliği, statü yükselten bir yaşantı olarak kabul etmesinin etkisinde gelişen inanç, paternalistik davranışı algılamada etkili olabilir. Aycan ve arkadaşları (41) ve Aycan (40), paternalistik yaklaşımın evli çiftler arasında ve ast- üst ilişkisinin olduğu hiyerarşik ilişkilerde daha çok olduğunu belirtmiştir. Evliliğin dayanışmayı temel alan bir kurum olduğu düşünüldüğünde, evlilikte koruyuculuğun ve yönlendirmenin yanı sıra paternalistik davranışın da yer aldığı belirtilmektedir. Bu durum, evli hemşirelerin aile yaşamındaki ilişkilerini iş yerindeki ilişkiye taşıdıkları ve bu nedenle yönetici hemşirelerini paternalistik buldukları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda SML mezunu hemşireler ile AÖÖL mezunu hemşireler SSH'ni diğer hemşirelerden daha yüksek paternalistik düzeyde skorlamışlardır. Paternalizm hiyerarşinin ve ast ile üst arasındaki güç aralığının olduğu alanlarda ortaya çıkan bir kavram olarak belirtilmektedir (41,5,15). Lisans mezunu olmayan hemşirelerle, lisans mezunu hemşireler SSH ile aralarındaki güç aralığını farklı algılamaktadır. Lisans mezunu hemşirelerin güç aralığı diğerlerine göre daha azdır. Bu da lisans mezunu olmayan hemşirelerin SSH'nin tutumunu yüksek paternalistik düzeyde bulmasında etkili olabilir.

Bunun yanı sıra genç yaşta mezun olup, çalışmaya başlayan hemşireler kendilerinden yaşça büyük ve statü olarak daha üst kademede olan ekip üyelerinin davranışlarına karşılık, boyun eğme davranışını yüksek eğitim düzeyindeki hemşirelerden daha fazla gösterebilirler. Karagözoğlu (105)'nin belirttiğine göre eğitim düzeyi düşük hemşireler daha çok kadın rolüne dayalı, hekime bağımlı fonksiyonlarını uygulamaktadır. Bu durum irdelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin anne gibi davranma, boyun eğme ve teslim olma gibi davranışlara daha

yatkın olabilecekleri anlaşılmaktadır. Bu nedenle eğitim düzeyi düşük hemşirelerin yöneticilerini paternalistik bulmaları şaşırtıcı değildir.

Hemşirelikte her eğitim düzeyi aynı niteliklere sahip mezun vermemektedir. Bu nedenle farklı düzeylerde eğitim alan hemşirelerin de bilgi, beceri ve deneyimleri aynı değildir (1). Eğitim düzeyi ve hemşirelerin kendini otonom hissetmesi birbirleri ile ilişkili kavramlardır (16). Eğitim düzeyi farklılığı otonom olmayı zorlaştırdığı için, paternalizmi destekleyen bir ortam sağlayabilir. Hemşirelikte otonomi hasta bakımını doğrudan etkilediğinden, hemşirelerin otonomisinin gelişmesi için de eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve eğitimde standardizasyon sağlanması gerekmektedir (51).

Araştırmamızda, çalışma süresi uzun olan hemşireler diğerlerine göre SSH'nin tutumlarını daha yüksek paternalistik düzeyde skorlamışlardır. Bu durumun ortaya çıkmasında artan yaş ve deneyimin etkili olduğu düşünülmektedir (104). Yönetime karşı bağımsız tavırlar sergileyen, otonom olmak isteyen çalışanların paternalistik yönetime tepki gösterdikleri belirtilmektedir (47,48). Öte yandan, çalışma yılının davranışlara duyarlılığı artırdığı da düşünülebilir. Hemşireler çalıştıkları ortamda yönetici hemşirelerden eşitlikçi bir yaklaşım beklerken, tersi durumla karşılaştığında bunu otorite davranışı olarak algılayabilirler. Bu durum, paternalistik yönetime karşı verilen tepkilerin bireysel farklılıklardan da kaynaklandığını düşündürmektedir. SSH'ni otorite figürü olarak görmeyen hemşirelerin daha otonom davranış gösterme eğiliminde olmaları beklendiktir.

5.2. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalistik Tutumlarının Hasta Bakımıyla İlgili Görevlerine Yansması

Her meslekte hedeflere ulaşmada etkili bir lider olduğu gibi, hemşirelikte de örgütü hedeflere ulaştıran, hemşirelere bu hedeflere ulaşmada etkili yönlendirmeleri yapan lider konumundaki kişinin yönetici hemşireler olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, beklenen sonuçlara ulaşmada yönetici hemşirelerin davranışlarının önemi göz ardı edilemez (1,106,39,24,34). Yönetici hemşirelerin, hedeflere ulaşmada, hemşireleri etkili biçimde yönlendirmeleri ise liderlik davranışları ile yakından ilişkilidir (75).

Yönetici davranışlarını, cinsiyet rol kalıbı ve bireysel özelliklerin yanı sıra meslekle ilgili yasal mevzuat hükümleri de etkilemektedir. Meslek gruplarında bütünlüğü sağlama, işlevleri rol ve sorumlulukları belirleme ve profesyonelleşme açısından yasal düzenlemeler çok önemlidir. Düzenlenen yasa ve yönetmelikler çalışanların görev tanımlarının sınırlarını çizmekte ve işlerini kolaylaştırmaktadır (1).

Bizim ülkemizde hemşirelik mesleği profesyonelliğin en temel koşulu olan bir yasaya ve rol ve sorumluluklarını tanımlayan yasal düzenlemelere sahiptir (22,23). Ancak ilgili düzenlemelerin yapısında hemşirelerin otonomilerini sınırlayan paternalistik yaklaşımlar mevcuttur ve bunlar iş ortamındaki ilişkilere de yansımaktadır. Öztürk, Yılmaz ve Demir (107)'in çalışması bu durumun bir boyutunu açıklamaktadır. Bu çalışmada yasal düzenlemeler temelinde hastane

yönetim sisteminden kaynaklanan sorunlar araştırılmıştır. Araştırmada genel olarak yönetici hemşirelerin, üst makamdan onay zorunluluğuyla hemşirelik hizmetleri ve grubunu bağımsız olarak yönetememe ile görev, yetki ve sorumluluklarda belirsizlik gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Gümüšoğlu (83) Türk kültür ve örgüt ortamının paternalistik doğasının kurumlara da yansıdığını belirtmektedir. Bizim çalışmamızda da ilgili yasal düzenlemelerin yapısındaki paternalistik tutumun servis sorumlu hemşirelerinin hemşirelik bakımı ile ilgili görevlerine yansıdığı saptanmıştır.

Hemşirelik bakımını yönlendiren yasa ve yönetmelikler her ne kadar paternalistik yaklaşımın yansımalarını içerse de, uygulamada değişim yaratılabilir. Bu değişimi yaratacak olanlar, güç sahibi hemşirelerdir. Salvage (1), hemşirelerin rolü yönünden değişimin önemli olduğunu fakat hemşirelerin değişime gereken önemi vermediğini ifade etmiştir. Hemşirelerin değişim yaratmak için hangi noktadan başlanacağını belirleyebilmeleri için iş başındaki davranışların farkında olunması gerekmektedir. Kültürel yapıdaki ve yasalardaki paternalistik eğilim yönetici hemşire – hemşire arasındaki ikili ilişkiye yansiyabilir. Bu durumun verilen hasta bakımını da etkilemesi kaçınılmazdır.

5.2.1. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Kabul Uygulamaları

Araştırmamızın sonuçlarına göre, Antalya ili kamu hastanelerinde çalışan SSH'ne ilişkin belirtilen paternalizm skorunun yüksek olduğu saptanmıştır. Bu da hemşirelerin kararlarında otonom olmalarını engelleyen bir ilişki yapısının varlığını ortaya koymaktadır. Hemşirelerin otonomileri, hasta bakımıyla ilgili kararlarını da doğrudan etkilemektedir (16). Bu açıdan bakıldığında çalışmamızda, hastanın yatışından taburculuğuna kadar olan süreçte, paternalistik davranışların bakıma etkisi konusunda önemli verilere ulaşılmıştır.

Hemşirelerin belirttiğine göre çalışmamızda SSH'nin yarısından çoğunun (%55.5) hasta kabul sorumluluğunu hemşirelere bıraktığı saptanmıştır. Bu süreçte sorumluluk alan SSH'nin çoğu AÜH'de çalışmakta ve daha çok hastaya “oda belirleme” ve “odayı tanıma” görevlerini üstlenmektedir. Hasta kabulünde yüksek paternalistik tutuma sahip SSH, doğrudan hasta ile iletişime geçmeyi ve hastanın kliniğe uyumunu sağlayan işlevleri üstlenirken, düşük paternalistik tutuma sahip SSH, daha çok yatış işlemleri gibi işlevleri yerine getirmektedir. Bu durum, paternalizm olgusunda aile ilişkilerinin niteliklerinin örgütlere taşındığı ile ilgili literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir (17,67,15).

Çalışmamızda ayrıca, “hastayı bilgilendirme odayı ve ortamı tanıma” ile “hastaya oda belirleme” görevleri hasta kabul sürecinde SSH'nin büyük oranda yerine getirdiği uygulamalar olarak öne çıkmaktadır. Bunun en önemli nedeni YTKİY (22)'nde ve AÜH Görev Tanımları (85) nda hasta kabul süreci ile ilgili SSH'ne bu sorumluluğun verilmiş olmasıdır. Hemşirelik Yönetmeliği (23) ise, hasta kabulü ile ilgili SSH'ne daha çok “hastaya oda belirleme” sorumluluğunu

yüklemektedir. Yönetmelik, bu sorumluluğun dışında yer alan sorumlulukları hemşirenin görevi olarak belirtmekte, SSH'nin görevinin ise bu işlevleri koordine etmek ve hemşirelere danışmanlık yapmak olduğunu vurgulamaktadır.

5.2.2. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Bakım Uygulamaları

Araştırmamızda, SSH'nin büyük çoğunluğunun (%68.3) yatan hasta bakımında sorumluluk almadığı tespit edilmiştir. Hasta bakımında en çok sorumluluk alanlar AÜH'nde çalışan SSH'dir. Bu kurumdaki SSH, yatan hasta bakımında “hastanın fiziksel bakımını yapma”, “hemşireler yoğunken hasta bakımına yardımcı olma” ve “damar yolu açma/bakımını yapma” uygulamalarını üstlenmektedir. Paternalizm düzeyi açısından bakıldığında ise, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin, diğer SSH'nden daha çok hasta bakımına katıldığı saptanmıştır. Bu durum, görevi olmadığı halde hasta bakımına katılan SSH'nin diğer hemşireleri koruma, kollama, onlar için bir şeyler yapma ve onların görevini üstlenerek onların yükünü hafifletme gibi hamilik olarak kabul edilebilecek davranışlarda bulunduğunu düşündürmektedir. Aycan (17) iş ortamında oluşan bu ilişkinin, paternalizm olgusunun kökenini oluşturduğunu vurgulamıştır.

YTKİY (22) ve Hemşirelik Yönetmeliği (23), hasta bakımı ile ilgili SSH'ne “hemşirelik işlemlerinin yürütülmesini sağlama” sorumluluğu vermiş olup, SSH'nden doğrudan bakıma katılma rolü beklenmemektedir. AÜH Görev Tanımları (85)'nda ise gerektiğinde hasta bakımına doğrudan katılma SSH'nin görevi olarak ifade edilmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin SSH'nin hasta bakımıyla ilgili sorumlulukları alması yönünde beklentilerinin olduğu saptanmış olsa da, mevzuat hasta bakımıyla ilgili belirtilen girişimlerin hemşirelerin sorumluluğunda olduğunu vurgulamaktadır.

5.2.3. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Dağılımı Yaklaşımları

Çalışmamızda, SSH'nin tamamına yakınının hasta dağılımında aktif sorumluluk aldığı saptanmıştır. SSH hasta dağılımını planlamada en çok “oda paylaşımı”, “hasta paylaşımı”, “tüm hastalara ortak bakım verme” ve “doktora göre dağılım” yaklaşımını tercih etmektedir. Bunlardan “oda paylaşımı” ve “hasta paylaşımı” yaklaşımını en çok AÜH'nde, “tüm hastalara ortak bakım verme” yaklaşımını AEAH'nde, “doktora göre dağılım” yaklaşımını ise AADH'nde çalışan SSH kullanmaktadır. Paternalizm düzeyi açısından bakıldığında ise, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH daha çok “doktora göre dağılım” yaklaşımını, diğer SSH'nin ise “tüm hastalara bakım verme” yaklaşımını kullandıkları saptanmıştır.

Hasta bakımında hemşirelerin tüm hastalara bakım vermesi hasta bakımını planlamada en eski yaklaşım olarak belirtilmektedir. Bu yaklaşımda hemşireler tüm hastaların bakımından sorumludur. Diğer bir yaklaşım “Fonksiyonel Yaklaşım” olarak adlandırılmaktadır. Bu yaklaşıma göre hemşireler, yaşam bulgularını alma, tedavileri uygulama gibi sorumlulukları paylaşmakta ve bu işlevlere göre hasta bakımını gerçekleştirmektedirler. Hasta paylaşımında en güncel ve profesyonel olan

yaklaşım ise bire bir hasta-hemşire ilişkisine odaklanan “Primer Hemşirelik” modelidir (96,30). Bu anlamda bizim araştırmamızın kapsamına giren kurumlarda hasta paylaşımı konusunda güncel ve profesyonel olmayan yaklaşımların kullanıldığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda SSH'nin neredeyse tamamının hasta dağılımını planlamada sorumluluk almasının nedeni YTKİY'nin bir yansıması olabilir. YTKİY'nde hasta dağılımı yapma sorumluluğu SSH'ne verilmişken, Hemşirelik Yönetmeliğinde bu sorumluluk klinik hemşiresine verilmiştir. AÜH Görev Tanımlarında da hasta dağılımı doğrudan SSH'nin görevi olarak belirtilmiştir.

5.2.4. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hemşirelik Girişimlerini Planlama Yaklaşımları

Çalışmamızda SSH'nin hemşirelik girişimlerini büyük oranda “servis rutinlerine” ve “hasta gereksinimine” göre planladığı saptanmıştır. Ayrıca, hemşirelik girişimlerini planlamada hasta gereksiniminin en çok AÜH'nde çalışan SSH tarafından, servis rutinlerinin ise en çok AEAH'nde çalışan SSH tarafından dikkate alındığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda paternalizm düzeyinin hemşirelik girişimlerini planlamada fark yaratan bir faktör olmadığı saptanmıştır.

Her bireyin özellikleri ve gereksinimlerinin farklı olduğu bilindiğinden hemşirelik girişimlerinin hasta gereksinimine göre planlanması gerekmektedir. Hastanın durumu veya hasta ile ilgili ani gelişen bir durumun aciliyetinin uygulanacak olan hemşirelik girişimlerine yön verdiği belirtilmektedir (7,75). Bizim araştırmamızda ise hasta gereksinimine göre hemşirelik girişimlerini belirleme SSH'nin sadece üçte biri tarafından uygulanmaktadır. Hasta gereksinimini dikkate almadan servis rutin işleyişine göre hemşirelik girişimlerini planlama hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilir.

Hemşirelik girişimlerini planlama, hemşirelik girişimlerini uygulayan hemşirelerin görevidir. Hemşirelik Yönetmeliği de bu sorumluluğu hemşirelere vermiştir. YTKİY ise hemşirelik girişimlerini planlama sorumluluğunu SSH'ne vermiştir. Benzer şekilde bu sorumluluk AÜH Görev Tanımlarında da SSH'nin görevi olarak belirtilmiştir.

5.2.5. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Bakımı Denetleme Yaklaşımları

Araştırmamızda, SSH'nin büyük çoğunluğunun hemşirelik bakımını denetlemede “vizit yapma” (%72.7) ve “hemşirelik kayıtlarını değerlendirme” (%21.7) yaklaşımlarını kullandığı saptanmıştır. Hasta başı vizit yaklaşımı en çok AEAH'nde kullanılırken, hemşirelik kayıtlarını değerlendirme en çok AÜH'nde çalışan SSH tarafından kullanılmaktadır. Ayrıca çalışmamızda, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin diğerlerinden farklı olarak, vizitlerle hastayı görüp değerlendirerek hasta odaklı denetleme yaptığı saptanmıştır.

Salvage (1) hemşirelerin verdikleri bakımın aynı zamanda denetleyicileri olduklarını belirtmektedir. Buna karşın YTKİY ve AÜH Görev Tanımları hemşirelik bakımını denetleme sorumluluğunu SSH'ne vermektedir. Bizim çalışmamızda bunun bir yansıması olarak hemşirelerin gerçekleştirdiği bakımı SSH'nin denetlediği ortaya çıkmıştır. Bu durumun hemşirelerin otonomilerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir. Hemşirelik Yönetmeliği ise bakımı denetleme sorumluluğunu hemşirelere vermekte ve hemşirelerin otonom olmalarını desteklemektedir.

5.2.6. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hemşirelik Girişimlerini Denetlemede Kullandığı Kayıtlar

Araştırmamızda SSH hemşirelik girişimlerini denetlemede en çok “hemşire gözlem formunu” (%77.5) kullanmakta olup, bu hemşirelik kaydı en çok AÜH'nde çalışan SSH tarafından denetlenmektedir. Bunun dışında hasta dosyası, tedavi defteri, narkotik formu, acil arabası formu SSH'nin kullandığı kayıtlardandır. Ayrıca bu kayıtların dışında SSH bazı teknik işlemlerin kaydını içerecek formları da denetlenmektedir. Öztürk, Yılmaz ve Demir (107)'in hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin sorunlarını belirlemek için yaptığı çalışmada da yönetici hemşire ve SSH'in görevleri olmadığı halde benzer formları denetlemekle yükümlü oldukları belirtilmiştir. Araştırmamızda denetlemede kullanılan kayıtlar ve paternalizm düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin daha çok hemşirelikle ilgili kayıtları, diğer SSH'nin ise hemşirelikle ilgili kayıtların yanında bazı teknik formları da denetlediği saptanmıştır.

Hemşirelik Yönetmeliği ve YTKİY incelendiğinde hemşirelik girişimlerini denetlemede kullanılacak kayıtlara yönelik bir açıklamanın olmadığı dikkat çekmektedir. AÜH Görev tanımlarında ise SSH'nin hemşirelik girişimlerini doğrudan bilgisayar kayıtlarından ve hemşire gözlem formundan denetlenme görevi belirtilmiştir.

5.2.7. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Taburculuk Uygulamaları

Araştırmamızda, SSH'nin yarısından fazlasının (%62.9) hasta taburculuğunda sorumluluk almadığı ortaya çıkmıştır. Bu süreçte en çok AÜH'nde çalışan SSH sorumluluk almakta ve taburculuğa yönelik en çok “hasta çıkış ve sevk işlemleriyle ilgili evrak işlerini yapma” ve “hastalara taburculuk eğitimi verme” uygulamaları yapılmaktadır. Araştırmamızda ayrıca, istatistiksel yönden anlamlı olmasa da yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin taburculuk sürecinde diğer SSH'nden daha fazla sorumluluk aldıkları ortaya çıkmıştır. Paternalistik yaklaşımda başkaları adına sorumluluk alma ve birbirine bağlı olma anlayışı ön planda olduğundan, daha üst konumdaki yönetici hemşireye boyun eğen SSH, birbirine bağlı olma düşüncesiyle, hemşirenin sorumluluğunda olan rolleri üstlenmede istekli olabilir.

Kurumlarda çalışan SSH'nin taburculuk sürecinde ağırlıklı olarak kurumsal işleyişe dayalı olan işleri yaptığı dikkati çekmektedir. YTKİY SSH'ne bu sorumluluğu verirken, hemşirelik yönetmeliğinde böyle bir sorumluluktan bahsedilmemiştir. YTKİY ve AÜH görev tanımları SSH'ye hastanın taburculuğunda

belirtilen çıkış işlemleriyle ilgili evrak işlerinde sorumluluk yüklerken, hastanın taburculuk eğitimiyle ilgili sorumluluk bu yönetmeliklerde hiç belirtilmemiştir. Oflaz (108) da hasta bakım sürecinde taburculuk uygulamalarının hemşirenin sorumluluğunda olduğuna dikkat çekmektedir. Hemşirelik yönetmeliğinde de hasta taburculuğunda SSH'nin görevi taburculuk sürecinin koordinasyonunu sağlamak ve hemşirelere bu konuda danışmanlık etmektir.

5.2.8. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Üstlenmesi Gereken Sorumluluklar

Çalışmamızda hemşireler, SSH'nin daha çok "hemşireleri motive etmesini", "hemşirelere duyarlı olması ve iyi iletişim kurmasını, hemşireleri savunmasını", "hizmet içi eğitimler düzenlemesini" ve "bakıma katılmasını" istediklerini belirtmişlerdir. Buna karşın "HİE ve iyileştirme toplantıları" en fazla oranda AÜH'nde çalışan hemşireler tarafından, "hemşirelere karşı duyarlı olma, iyi iletişim kurma, hemşireleri dinleme ve savunucu olma" en çok AADH'nde çalışan hemşireler tarafından vurgulanmıştır. Yiğit (95) klinik sorumlu hemşirelerin liderlik davranışlarını araştırdığı çalışmasında ekip dinamiğine ve ekibine önem veren, hemşireleri destekleyen bir yöneticinin, hemşirelerin gelişimini izlemesi, onlarla iyi iletişim kurması, hemşireleri kararlara katması, ekip içinde demokratik bir ortamı oluşturmaya çalışmasının hemşireler tarafından istenen bir durum olduğunu saptamıştır.

Hemşirelik yönetmeliği de YTKİY ve AÜH Görev Tanımları'ndan farklı olarak SSH'ne hemşireleri motive etme, rehberlik ve danışmanlık yapma, iş doyumunu sağlama gibi sorumluluklar yüklemektedir. Hasta bakımına doğrudan katılma, hemşirelerin çoğu tarafından SSH'nin üstlenmesi gereken bir görev olarak belirtilse de bu işlev SSH'nin değil hemşirelerin sorumluluğundadır. Hemşirelik yönetmeliğinde SSH'ne bu sorumlulukların verilmiş olması aslında hemşirelerin, SSH'nin alması gereken bu sorumlulukların farkında olduklarını düşündürmektedir. Serinkan ve İpekçi (25) de aynı şekilde yönetici hemşirelerin hemşireleri motive etmesi, katılıma cesaretlendirmesi, yetki ve bilgi paylaşımı içinde olması, hemşireleri desteklemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Burada ayrıca ilginç bir bulgu da dikkati çekmektedir. Hemşireler SSH'nin kendilerini savunmasını, onlarla ilgilenmesini ve onlara yol göstermesini beklemektedir. Buradan hemşirelerin aslında paternalistik yaklaşımı destekledikleri çıkarımı yapılabilir. Bulguya benzer olarak Pellegrini ve Scandura (46), Türkiye gibi paternalistik davranış eğilimi yüksek olan ülkelerin yöneticilerinin paternalistik davranışlarının çalışanların davranışlarına da pozitif yönde yansıdığını belirtmiştir. Bu yönüyle çalışanlar, aslında yöneticilerin kendilerine paternalistik tutum sergilemesini desteklemektedir. Benzer şekilde paternalistik yönetimde, çalışanların yöneticilerinden kendilerine iyi bir anne ya da baba gibi davranmalarını beklediği vurgulanmaktadır (102).

5.2.9. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Paternalizm Düzeyi ve Hasta Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Öneriler

Çalışmamızda hemşirelere hasta bakım hizmetlerini geliştirmeye yönelik önerileri sorulmuş ve bu konuda kendilerini ifade etmelerine fırsat verilmiştir. İlgili soruya hemşirelerin verdiği yanıtlar incelendiğinde her üç kurumda da hasta bakım

hizmetlerini artırmaya yönelik niteliksel önerilerden çok, hemşire sayısının artırılması gerekliliği vurgulanmıştır. Bunun nedeni yoğun çalışma saatleri ve her bir hemşireye düşen hasta sayısının fazla olması olabilir. Benzer şekilde Yüksel (109) ve Efe (69)'nin yaptığı araştırmada, hemşirelerin yoğun çalışma saatleri nedeniyle iş doyumunda azalma olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda ayrıca, mesleki anlamda gelişim, eğitimin gerekliliği, çalışma ortamının düzenlenmesi, yeniliklerin takip edilip kanıta dayalı uygulamaların hasta bakımına entegre edilmesi gibi önerilerin ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda, SSH'ni yüksek düzeyde paternalistik olarak skorlayanlar, SSH'nden "kendilerine danışmanlık yapmasını" ve "mesleki gelişimlerini takip etmesini" beklemektedir. SSH'ni düşük paternalistik düzeyde skorlayan hemşirelerin ise, SSH'nden hemşirelere "duyarlı olmalarını, hemşireleri savunmalarını" bekledikleri saptanmıştır. Benzer şekilde hemşirelerin hasta bakım hizmetlerinin geliştirilmesiyle ilgili olarak, SSH'ni yüksek paternalistik düzeyde skorlayan hemşireler daha çok hemşirelerin yükünü azaltıcı öneriler sunarken, diğerleri eğitim, motivasyon, yenilikleri takip etme gibi doğrudan hasta bakım kalitesinin ve otonomilerinin gelişimine yönelik öneriler getirmektedirler.

Bu sonuçlara göre, SSH'nin görev tanımlarının kurumlarda farklılık göstermesi, yönetmeliklerde belirtilen görevlerden başka hemşirelerin sorumluluğunda belirtilen görevleri üstlenmelerinde etkili olabilir. YTKİY'nin bir yansıması olarak kurumlarda belirlenen görev tanımlarının da dili paternalistiktir. Paternalistik ilişkilerde başkaları adına sorumluluk alma sık görülen ve desteklenen bir olgudur (17). Bu nedenle SSH'nin kendi görevlerinin dışında hemşirelerin de sorumluluklarını üstlendiği düşünülebilir. Sonuç olarak, her üç kurumda da çalışan SSH paternalistik davranış örüntüleri sergilemektedir. SSH'nin bu davranışları hasta bakımıyla ilgili uygulamaları içeren bütün alanlara yansımaktadır.

SONUÇLAR

Antalyadaki kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre, yönetici hemşirelerin paternalistik davranış örüntülerinin hasta bakımı ile ilgili görevlerine yansımaları belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.8 ± 6.1 'dir. Hemşirelerin büyük bölümü (%52.4) 31 yaşından büyüktür ve % 69.6'sı evli, % 28.4'ü bekar ve %2' si eşi ile ayrı yaşamaktadır. Hemşirelerin % 44.8'i ön- lisans, % 41.7'si lisans ve yüksek lisans mezunudur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %40.9'u AÜH'nde, % 29.7'si AEAH'nde, %29.4'ü ise AADH'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin %55.3'ü dahili birimlerde, %44.7'si cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin büyük bölümünün (%52.7) çalışma süresi 1-10 yıl arasında olup yalnızca %9.2'si daha önce yöneticilik yapmıştır. Bunların %69.6'sının yöneticilik süresi 1-4 yıldır (Tablo 4.1).

2. Hemşirelere göre SSH'nin paternalizm düzeyi ortalaması 4.3 ± 0.8 'dir. Hemşirelerin yanıtları değerlendirildiğinde, SSH'nin %39.6'sı düşük paternalizm, %60.4'ü yüksek paternalizm grubunda yer almıştır (Tablo 4.2).

3. Hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma sürelerinin SSH için belirlediği paternalizm puanlamasında etkili değişkenler olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

4. SSH'nin yarısından fazlasının (%55.5) hasta kabulünde sorumluluk almadığı saptanmıştır. Ayrıca SSH'nin hasta kabulünde daha çok "hastayı bilgilendirme, ortamı ve odayı tanıtmaya" (%17.7), "hastaya oda belirleme" (13.8), "hastayla ilgili verileri bilgisayara kaydetme" (%11.5) gibi sorumlulukları üstlendiği tespit edilmiştir (Şekil 4.1). AÜH'nde çalışan SSH'nin diğer SSH'nden farklı olarak hasta kabulünde hemşirelik öyküsü aldığı, vital bulgu takibi yaptığı, hasta yakınlarına işlemlerle ilgili bilgi verdiği, istemleri kontrol ettiği ve CPR yaptığı saptanmıştır. "Hastayı bilgilendirme, ortamı ve odayı tanıtmaya" ve "hastaya oda belirleme" görevi en fazla oranda (%30.9) AÜH'nde çalışan SSH tarafından yerine getirilmektedir ve bu bulgu istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin yanıtlarına göre; hasta kabulünde en çok AÜH'nde çalışan SSH sorumluluk almaktadır. AEAH'nde ve AADH'nde çalışan SSH'nin büyük bölümünün hiç hasta kabul etmediği tespit edilmiştir (%74.6, %77.1). Aradaki bu fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.13). Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH hasta kabul sürecinde "hastayı bilgilendirme, ortamı ve odayı tanıtmaya (%20.7)" ve

“hastaya oda belirleme (%16.8)” görevlerini, düşük paternalistik tutuma sahip SSH “hemşireler yoğun olduğunda hastayı bilgilendirme” ve “hasta sevk ve taburculuğunda evrak işlerini yapma” görevlerini üstlenmektedir ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

5. SSH'nin büyük çoğunluğunun (%68.3) hasta bakımına katılmadığı, sadece %10'unun doğrudan hasta bakımına katıldığı saptanmıştır (Şekil 4.2). AÜH'nde çalışan SSH'nin diğer kurumlarda çalışanlardan farklı olarak hem doğrudan fiziksel bakım verdiği (%18.5) hem de hemşireler yoğunken hastanın fiziksel bakımını yaptığı (%18.1) saptanmıştır ($p<0.05$). AADH'nde çalışan SSH'nin çoğunluğunun (%89.9) ise bakıma katılmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14). Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin hasta bakımına diğer SSH'nden daha fazla katıldığı saptanmış ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

6. SSH'nin %26.1'i hasta dağılımını planlamada “ hastalara ortak bakım verme” yaklaşımını kullanırken, %9'unun bu konuda sorumluluk almadığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra SSH'nin %22.5'i dağılımda “oda dağılımı”, %20.9'u “hasta dağılımı”, %19.9'u “doktora göre dağılım” yaklaşımını kullanmaktadır (Şekil 4.3). AÜH'nde çalışan SSH'nin daha çok, “oda paylaşımı” (%38.2) ve “hasta paylaşımı” (%28.1), AEAH'nde çalışan SSH'nin “tüm hastalara ortak bakım verme” (%37.6) ve AADH'nde çalışan SSH'nin ise “doktora göre dağılım”(%45.8) yaklaşımını tercih ettiği saptanmış ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.15). Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin daha çok “doktora göre dağılım” (%22.6) yaklaşımını, düşük paternalistik tutuma sahip SSH'nin ise “hemşirelerin tüm hastalara bakmasını” (%30.7) esas alan yaklaşımı kullandığı saptanmış ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

7. SSH'nin, hemşirelik girişimlerini büyük oranda servis rutinlerine (%47.5) ve hasta gereksinimine (%33.7) göre planladığı saptanmıştır (Şekil 4.4). SSH'nin hemşirelik girişimlerini planlamada “hasta gereksinimini dikkate alma” en fazla AÜH'nde (%52.2), “servis rutinlerine göre” planlama ise en fazla AEAH'nde (%62.4) dikkate alındığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Düşük paternalistik tutuma sahip SSH hemşirelik girişimlerini “doktor istemine göre “ (%5.8) belirleme yaklaşımını, yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nden daha fazla oranda uyguladıkları saptanmıştır ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p=0.009$) (Tablo 4.7).

8. SSH'nin hemşirelik bakımını daha çok hasta başı ziyaret yaparak (%72.7) ve hemşirelik kayıtlarına bakarak (%21.7) denetlediği saptanmıştır (Şekil 4.5). SSH'nin hemşirelik bakımını denetlemede “hasta başı ziyaret yapma” en çok (%79.0) AEAH'de çalışan hemşireler belirtmiş ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p=0.038$). AÜH'de çalışan SSH'nin “hemşirelik kayıtlarını inceleme” (%32.1) ve “gözlem yapma” (%16.1) yöntemlerini kullandığı ve bu yönü ile kurumlar arası anlamlı farklılık oluştuğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.17). Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH hemşirelik girişimlerini denetlemede “hasta başı ziyaret” (%76.6)

yöntemini, düşük paternalizm düzeyine sahip SSH ise, “gerektiğinde hemşireleri uyarma” (%1.7) yöntemini kullanmaktadır ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

9. Hemşirelik girişimlerini denetlemede SSH'nin neredeyse tamamına yakınının (%77.5) hemşire gözlem formunu kullandığı saptanmıştır (Şekil 4.6). Kurumlara göre değerlendirildiğinde AÜH'nde çalışan SSH'nin daha çok “hemşire gözlem formu” (%88.4), “bilgisayar kayıtları” (%16.1) ve “anamnez formu” (%18.5) nu, AEAH'de çalışan SSH'nin “tedavi defteri” (%24.9), “nöbet teslim formu” (%16.6) ve “hasta dosyası” (%44.2) nı denetlediği saptanmış ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Yüksek paternalistik tutuma sahip SSH'nin daha çok hemşire gözlem formu (%79.1) nu denetlediği, düşük paternalistik tutuma sahip SSH'nin de “bilgisayar kayıtlarını” (%17.4) denetlediği tespit edilmiş ve bu bulgular istatistiksel yönden de anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

10. Hemşirelerin yarısından fazlası (%62.9), SSH'nin taburculuk sürecinde sorumluluk almadığını bu süreçte sorumluluk alanların ise ağırlıklı olarak “sevkle ilgili evrak işleri” (%15.8) ve “taburculuk eğitimi” (%14.3) gibi uygulamaları yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir (Şekil 4.7). Hasta taburculuk sürecinde “evrak işleri, çıkış ve sevk işlemlerini yapma ve hastaya taburculuk eğitimi verme” uygulamasının en fazla oranda AÜH'nde çalışan SSH tarafından yapıldığı ve bu bulgunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), AADH'nde çalışan SSH'nin çoğunluğunun (%85.5) ise, taburculuk sürecinde sorumluluk almadığı saptanmıştır (Tablo 4.19). Yüksek düzeyde paternalistik tutuma sahip SSH taburculuk sürecinde “taburculuk eğitimi verme” görevini yerine getirirken ($p=0.014$), düşük paternalistik tutuma sahip SSH daha çok, taburculuk ve sevkle ilgili “evrak işleri” yapma (%17.0) görevlerini yerine getirmektedir (Tablo 4.10).

11. Hemşirelerin (%36.8)'inin ifadesine göre SSH'nin üstlenmesi gereken sorumlulukların başında “hemşirelerin motivasyonunu sağlamak” gelmektedir. Bunun yanında hemşireler ağırlıklı olarak, SSH'nden “hemşirelere karşı duyarlı olmasını, iyi iletişim kurmasını, savunucu olmasını” (%27.4), “hizmet içi eğitimler düzenlemesini” (%23.3), “bakıma katılmasını” (%18.6) beklemektedir (Şekil 4.8). “Hemşireleri motive etme” ve “hasta bakımına katılma” her üç hastanede SSH'nin üstlenmesi gereken sorumluluklar olarak ifade edilmiştir. Buna karşın “iyileştirme toplantıları ve HİE düzenleme”, en fazla oranda (%30.5) AÜH'nde çalışan hemşireler tarafından, “hemşirelere karşı duyarlı olma, iyi iletişim kurma, savunucu olma, hemşireleri dinleme” en çok (%39.1) AADH'de çalışan hemşireler tarafından belirtilmiştir ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.20). SSH'nin üstlenmesi gereken sorumluluklarını “hemşirelere duyarlı olmalı, iyi iletişim kurmalı, savunucu olmalı onları dinlemeli (%32.8)”, “bakıma katılmalı” (%25.3) ve “servise hakim olmalı, servisle ilgilenmeli” (%7.5) ifadeleri ile belirten hemşireler SSH düşük paternalistik düzeyde puanlamışlar ve bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

12. Hasta bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için hemşirelerin çoğunluğu (%77) “hemşire sayısının artırılmasını” önermiş, bu öneri kurumlar arasında en fazla oranda (%83.8) AADH’de çalışan hemşireler tarafından ifade edilmiş ve bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p=0.011$) (Tablo 4.21). SSH’ni yüksek paternalizm düzeyinde skorlayan hemşireler, hasta bakım hizmetlerini geliştirmek için “malzeme sıkıntısı çözümü” (%3.3) ve “Sorumlu hemşirelerin aktif bakıma katılması” nı (%1.9), düşük paternalizm düzeyinde skorlayanlar “çalışma saatlerinin azaltılmasını” (%20.3) önermişler ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.007$) (Tablo 4.12).

ÖNERİLER

Antalya'daki üç kamu hastanesinde çalışan hemşireler ile yapılan bu araştırmada, servis sorumlu hemşirelerinin yüksek paternalistik tutuma sahip olduğu ve buna bağlı paternalistik yaklaşımlarının hasta bakımıyla ilgili uygulamalarına yansıdığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, aşağıda belirtilen öneriler geliştirilmiştir.

1. Araştırmanın yapıldığı kurumlarda, hasta bakımında SSH'nin paternalistik tutumun yansımalarını en aza indirmek ve hemşirelerin otonomisini artırmak için, Hemşirelik Yasası ve Hemşirelik Yönetmeliği'nin gerektirdiği kurumsal düzenlemelere en kısa zamanda başlanması,
2. Paternalistik davranışlar çalışanların otonomisini kısıtladığından, her düzeyde hemşirenin, davranışlarını katılımcı ve paylaşımcı tutum yönünde değiştirmelerine olanak sağlayan sürekli ve hizmetiçi eğitim programlarının yürütülmesi,
3. Hemşirelik Kanununda yapılan değişikliklerle birlikte hemşirelikte cinsiyet ayrımı ortadan kalktığından, kurumlarda zaman içinde erkek hemşirelerin sayısı artacağı dikkate alınarak, hemşirelikte paternalizm olgusuna odaklanan niteliksel araştırmaların yapılması önerilmektedir.
4. Paternalistik tutum ve bununla karıştırılabilecek tutumların araştırıldığı yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Salvage J (1993). Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. Çeviren: Saadet Ülker, Aydoğdu Ofset, Ankara 21-27.
2. Keenan J (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3): 556-562.
3. Mrayyan MT (2005). The influence of standardized languages on nurses' autonomy. *Journal of Nursing Management* 13: 238-241.
4. Mrayyan MT (2004). Nurses' autonomy: Influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing* 45 (3): 326-336.
5. Osuagwu CC, Osuagwu GU (2006). *From Staff Nurse To Manager (First Ed.)*. Falcon Quest Products, USA 5-6.
6. Schiwirian PM (1998). *Professionalization of Nursing- Current Issues and Trends. (3. Ed.)*. Lippincott, Philadelphia 269-285.
7. Heidenthal PK (2004). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. Thomson Delmar Learning, USA 1-21.
8. Hardt M (2001). Core then care: The nurse leader's role in caring. *Nursing Administration Quarterly* 25 (3): 37-45.
9. Özülke E, Vatan F (2006). The evaluation of the staff nurses decisional involvement. *Third International Nursing Management Conference, Oral Presentation* 10: p. 50.
10. Karaöz S (2002). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algılarındaki değişimlerin incelenmesi: Hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 6 (2): 10-20.
11. Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S (2004). Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records. *Nursing Ethics* 11 (5): 489-499.

12. Tosun N (2008). Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü. www.gata.edu.tr (erişim: 20 Nisan 2008).
13. Wade GH (1998). Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2): 310-318.
14. Aydın E (2003). Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 25 (2): 92-97.
15. Pellegrini EK, Scandura TA (2008). Paternalistic leadership: A review and agenda for future research. *Journal of Management* 34: 566-593.
16. Tuckett AG (2006). On paternalism, autonomy and best interests: Telling the (competent) aged-care resident what they want to know. *International Journal of Nursing Practice* 12: 166-173.
17. Aycan Z (2001). Paternalizm: Yönetim ve liderlik anlayışına ilişkin üç görgül çalışma. *Yönetim Araştırmaları Dergisi* 1 (1):11-31.
18. Jones RAP (2007). *Nursing Leadership and Management*. F.A Davis Company, Philadelphia 4-55.
19. Nagelkerk J (2006). *Leadership and Nursing Care Management. Study Guide for Leadership and Nursing Care Management*. (Ed 3.) Saunders Elsevier, Philadelphia 1-83.
20. Manojlovich M (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Journal of Issues in Nursing* 12 (1): 1-9.
21. Cohen LB (1992). Power and change in health care: Challenge for nursing. *Journal of Nursing Education* 31(3): 113-116.
22. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2005). Resmi Gazete, Tarih: 05.05.2005 25806.
23. Hemşirelik Yönetmeliği (2010). Resmi Gazete, Tarih: 08.03.2010 27515.
24. Marquis BL, Huston CJ (2009). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. (Ed. 6). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 31-50.

25. Serinkan C, İpekçi İ (2005). Yönetici hemşirelerde liderlik ve liderlik özelliklerine ilişkin bir araştırma. SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 10 (1): 281-294.
26. Can A, İbicioğlu H (2008). Yönetim ve yöneticilik yönünden üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 13 (3): 253-275.
27. Yiğit R (2002). İyi bir lider olmanın yolları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6 (1): 17-21.
28. Collinson DL, Hearn J (1996). Men as Managers Managers as Men. (First Ed.). Sage Publications, London.
29. Mead LM (1997). The New Paternalism: Supervisory Approaches to Poverty (First Ed.). Brookings Institution Pres, Washington.
30. Tomey AM (2009a). Guide to Nursing Management and Leadership. (8. Ed.). Mosby Elsevier, Canada 180-209.
31. Buchan J (1999). Still attractive after all these year? Magnet hospital in a changing healthcare environment. Journal of Advanced Nursing 30 (1): 100-108.
32. Hardy VS, Forrer J (1996). A comprehensive quality management approach. Nursing Management 27(1): 35-39.
33. Saylor DL (2007). Shared governance: Your opinion matters. Nursing Management 1 (May) 12-16.
34. Tomey AM (2009b). Nursing leadership and management effects work environments. Journal of Nursing Management 17: 15-25.
35. Lorentzon M, Bryant J (1997). Leadership in British nursing: A historical dimension Journal of Nursing Management 5: 271-278.
36. Wildman S, Hewison A (2009). Rediscovering a history of nursing management: From Nightingale to the modern matron. International Journal of Nursing Studies 46:1650-1661.
37. Ireson CL, McGillis G (1998). A multidisciplinary shared governance model. Nursing Management 29 (2): 37-39.

38. Bogue RJ, Joseph ML, Sieloff CL (2009). Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. *Journal of Nursing Management* 17: 4-14.
39. Sieloff CL (2004). Leadership behaviours that foster nursing group power. *Journal of Nursing Management* 12: 246-251.
40. Aycan Z (2006). Paternalism: Towards conceptual refinement and operationalization. In K. S. Yang, K. K. Hwang, & U. Kim (Eds.), *Scientific advances in indigenous psychologies: Empirical, philosophical, and cultural contributions*, Sage Ltd, London 445-466.
41. Aycan Z, Kanungo RN, Mendonca M et al. (2000). Impact of culture of human resource management practices: A 10 country comparison. *Applied Psychology: An Intervention Review*, 49 (1): 192-221.
42. Maccoby M (2004). Why people follow the leader the power of transference. *Harvard Business Review*, September: 1-11.
43. Jones AC (2005). Transference, counter- transference and repetition: Some implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 14 (10): 1177-1184.
44. Jean F (2007). In search of happiness. *Nursing Standard* 21 (34): 22-23.
45. Walters DA (2009). Transference and countertransference as existential themes in the psychoanalytic theory of W.R.Bion. *Psychodynamic Practice* 15 (2): 161-172.
46. Pellegrini EK, Scandura TA (2006). Leader-member exchange (LMX), paternalism and delegation in the Turkish business culture: An empirical investigation. *Journal of International Business Studies* 37(2): 264-279.
47. Mayer RC, Davis JH, Schoorman FD (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20: 709-734.
48. McKnight DH, Cummings LL, Chervany NL (1998). Initial trust formation in new organizational relationships. *Academy of Management Review*, 23: 473-490.
49. Oxford English Dictionary (1994). *Oxford English Dictionary*. Oxford University Press, Oxford.

50. Nys T, Denier Y, Vandeveldel T (2007). *Autonomy and Paternalism*. (First Ed.). Peteers, Paris 4-50.
51. MacDonald C (2002). Nurse autonomy as rational. *Nursing Ethics* 9 (2): 194-201.
52. Mill JS (1859). *On Liberty*. In *On Liberty and Other Essays* (Gray J. Ed.,1991). World's Classics Oxford, Oxford University Pres, Oxford pp.84.
53. Aveyard H (2000). Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice? *Journal of Advanced Nursing* 32 (2): 352-358.
54. Thomasma DC (1983). Beyond medical paternalism and patient autonomy: A model of physician conscience for the physician – patient relationship. *Annals of Internal Medicine* 98:243-248.
55. Reed A (1996). Economies with “the truth” :professionals’ narratives about lying and deception in mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3: 249-256.
56. Pearsall J (1998). *The New Oxford Dictionary of English*. Open University Pres, New York.
57. Suber P (1999). Paternalism. *Philosophy of Law: An Encyclopedia*. (Second Ed.). Garland Pub. Co pp: 1-6.
58. Clarke S (2002). A definition of paternalism. *Critical Review of International Social and Political Philosophy* 5(1): 1-9.
59. Roberts M (2004). *Psychiatric Ethics: A critical introduction of mental health nurses*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11: 583-588.
60. Zomorodi M, Foley BJ (2009). The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: Clarifying the thin line. *Journal of Advanced Nursing* 65(8): 1746-1752.
61. Rapsey FP (2007). *Paternalism and Complicity: Or How Not to Atone for the Sins of the Father*. Australian Literary Studies, Gale Group, Farmington, Hills, Michigan, Australia, pp: 92-102.
62. Miller FG, Wertheimer A (2007). Facing up to paternalism in research ethics. *Hasting Center Report* 37 (3): 24-34.

63. Sartorius R (1983). Paternalism. (First Ed.). University of Minnesota Press, USA.
64. Dworkin G (2005a). Paternalism. Stanford Encyclopedia of Philosophy p:1-9.
65. Dworkin G (2005b). Moral paternalism. Law and Philosophy 24 (3): 305-319.
66. Kocacık F, Gökçaya VB (2005). Türkiye’de çalışan kadınlar ve sorunları. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 6 (1): 195-219.
67. Demirbilek S (2007). Cinsiyet ayrımcılığının sosyolojik açıdan incelenmesi. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 44 (511): 12-27.
68. Soysal A (2009). Türkiye’de kadın girişimciler: Engeller ve fırsatlar bağlamında bir değerlendirme. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 65(1): 83-114.
69. Efe ŞY (2007). Hemşirelikte atılganlık. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10 (3): 69-75.
70. Karaöz S (2004). Hemşirelerin politik gücü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8 (1): 30-36.
71. Hall RH (1968). Professionalization and bureaucratization. American Sociological Review 33: 92-104.
72. Pinch WJ (1985). Ethical dilemmas in nursing: The role of the nurse and perceptions of autonomy. Journal of Nursing Education 24: 372-376.
73. Kenny DT, Adamson B (1992). Medicine and the health professions: Issues of dominance, autonomy and authority. Australian Health Review 15 (3): 319-334.
74. Barnett JW (1989). Limited autonomy and partnership: Professional relationship in health care. Journal of Medical Ethics 15: 12-16.
75. Cohen S, Sherrod D (2005). A Practical Guide to Recruitment and Retention. Skills for Nurse Managers. (First Ed.). HCPro Inc., USA.
76. Cody WK (2003). Paternalism in nursing and healthcare: Central issues and their relation to theory. Nursing Science Quarterly 16: 288-296.
77. Jasper M (2010). Managing in a changing world. Journal of Nursing Management (18): 113-114.

78. Mahoney J (2001). Leadership skills for the 21st century Journal of Nursing Management 9: 269-271.
79. Stanley D, Sherratt A (2010). Lamp light on leadership: Clinical leadership and Florence Nightingale. Journal of Nursing Management 18: 115-121.
80. Currie V, Harvey G, McKenna H et al. (2004). Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: Literature review. Journal of Advanced Nursing 51 (1): 73-82.
81. Doherty C, Hope W (2000). Shared governance – nurses making a difference. Journal of Nursing Management 8: 77-81.
82. Sellegren S, Ekvall G, Tomson G (2006). Leadership styles in nursing management: Preferred and perceived. Journal of Nursing Management 14: 348–355.
83. Gümüőođlu L (2009). İnovasyon ve Liderlik. Savunma ve Sanayi Gündemi, Ekim, 37-42.
84. Erdem O, Dikici M (2009). Liderlik ve kurum kùltürü etkileşimi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 8 (29): 198-213.
85. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Servis Sorumlu Hemşiresi Görev Tanımları (2008).
86. Besler S, Oruç İ (2010). Türkiye’de ve yazılı basında kadın yöneticiler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 10 (1): 17-38.
87. Örucü E, Kılıç R, Kılıç T (2007). Cam tavan sendromu ve kadınların üst düzey yönetici pozisyonuna yükselmelerindeki engeller: Balıkesir ili örneği. Yönetim ve Ekonomi 14 (2): 117-135.
88. Snipes RL, Oswald SL, Caudill SB (1998). Sex role stereotyping, gender biases and job selection: The use of ordinal logit analyzing likert scale data. Employee Responsibilities and Rights Journal 11 (2): 81-97.
89. Peters TC, Bedoya R (1995). Gender and letters on reference education. Teacher Education Quarterly, Spring 117-128.
90. Dalkıranoğlu T, Çetinel FG (2008). Konaklama işletmelerinde kadın ve erkek yöneticilerin cinsiyet ayrımcılığına karşı tutumlarının karşılaştırılması. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 20: 277-298.

91. Liff S, Ward K (2001). Distorted views through the glass ceiling: The construction of women's understandings of promotion and senior management positions. *Gender, Work and Organization*, 8 (1): 19-36.
92. Wrigley BJ (2002). Glass ceiling? What glass ceiling? A qualitative study of how woman view the glass ceiling in public relations and communications management. *Journal of Public Relations Research* 14 (1): 27-55.
93. Hoobler JM, Wayne SJ, Lemmon G (2009). Bosses' perceptions of family-work conflict and women's promotability: Glass ceiling effects. *Academy of Management Journal* 52 (5): 939-957.
94. Man MMK, Miha S, Vlado D (2009). Is there a glass ceiling for mid-level female managers. *International Journal of Management & Innovation* 1 (1): 1-13.
95. Yiğit R (2000). Klinik sorumlu hemşirelerin liderlik davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 4 (1): 21-32.
96. Marquis BL, Huston CJ (1998). *Management Decision Making for Nurses*. (3. Ed.). Lippincott, Philadelphia.
97. Rocchiccioli JT, Tilbury MS (1998). *Clinical Leadership in Nursing*. Saunders Company, Philadelphia.
98. Erdemir F (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2 (1): 59-63.
99. Papatya G (1997). İşletmelerin örgütsel verimliliğe ulaşmada yetki devri sorunu ve yönetici engeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2 (Güz): 127-146.
100. Terzioğlu F, Taşkın L (2008). Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12 (2): 62-67.
101. Çuhadar TM (2005). Türk kamu yönetiminde personel güçlendirme: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 25: 1-22.
102. Hofstede G (1984). Cultural dimensions in management and planning. *Asia Pacific Journal of Management*, January 81-99.

103. Belenky MF, Clinchy BM, Goldberger NR, Tarule JM (1986). Women's ways of knowing. Basic Books, New York 89-97.
104. Lynch (2007). Modeling role enactment: Linking role theory and social cognition. *Journal for Theory of Social Behaviour* 37 (4): 379-399.
105. Karagözoğlu Ş (2008). Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 3: 41-50.
106. Kwamoto K (1994) Nursing leadership: To thrive in a world of change. *Nursing Admin Q*, 3(3):1-6.
107. Öztürk H, Yılmaz F, Demir N (2009). Hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin sorunları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12 (2): 57-65.
108. Oflaz F (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7: 55-61.
109. Yüksel İ (2003). Hemşirelerin iş güçlüğüne oluşturan değişkenlerin iş doyumu iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin analizi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 13 (1): 261-272.

ÖZGEÇMİŞ

Aylin MUTLU, 1984 yılında Bulgaristan'ın Razgrad şehrinde doğdu. İlk öğrenimini Bursa'da tamamladı. 2003 yılında Bursa Erkek Lisesi'nden mezun oldu. Aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Akseki Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde lisans öğrenimine başladı. 2007 yılında lisans öğrenimini bitirerek Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda klinik araştırma koordinatörü olarak, araştırma hemşireliği görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizce'dir.

EKLER

EK: I

**HEMŞİRELERE GÖRE YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN PATERNALİSTİK
DAVRANIŞ ÖRÜNTÜLERİNİN HASTA BAKIMI İLE İLGİLİ
GÖREVLERİNE YANSIMASI**

Sayın MeslektaŐım,

Ben Aylin Mutlu. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yönetici hemşirelerin paternalistik davranış örüntülerinin hasta bakımına yansımaya ilişkin, klinik hemşirelerinin görüşlerini araştıran bir çalışma yapmaktayım. Bu amaçla, size ait kişisel bilgiler ve sorumlu hemşirelerin hasta bakımıyla ilgili görevlerine ilişkin soruların yer aldığı bir soru kağıdı ve yönetici hemşirelerin paternalistik davranış örüntülerini belirlemeye yönelik bir ölçek kullanılacaktır. Soruların tarafınızdan okunup ve yanıtlanması beklenmektedir. Soruların yanıtlanması yaklaşık 20-25 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmanın, servis sorumlu hemşirelerinin paternalistik (babacan, hami) davranışlarının hasta bakımına etkisini belirleyerek, klinik yönetim anlayışına ve hasta bakımına katkıda bulunacağını düşünmekteyim. Sizden alınacak olan tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Hiçbir Şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılma ve istediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkınız vardır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

AYLİN MUTLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının imzası

**HEMŞİRELERE GÖRE YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN PATERNALİSTİK
DAVRANIŞ ÖRÜNTÜLERİNİN HASTA BAKIMI İLE İLGİLİ
GÖREVLERİNE YANSIMASI**

1. Kurumunuz,

- (1) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
- (2) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- (3) Atatürk Devlet Hastanesi

2. Bölümünüz/servisiniz/.....

3. Yaşınız.....

4. Medeni durumunuz?

- (1) Evli
- (2) Bekar
- (3) Diğer

5. En son mezun olduğunuz okul

- (1) Sağlık Meslek Lisesi
- (2) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
- (3) Açık öğretim ön lisans
- (4) Sağlık yüksekokulu
- (5) Hemşirelik yüksekokulu

6. Hemşire olarak toplam çalışma süreniz.....

7. Daha önce yöneticilik yaptınız mı? (1) Evet (2) Hayır

8. Kaç yıl yöneticilik yaptınız?

Aşağıdaki sorular sizin bakış açınıza göre, birlikte çalıştığınız servis sorumlu hemşiresi (SSH)'nin çalıştığınız klinikteki hasta bakımıyla ilgili görevlerini nasıl yaptığını belirlemeye yöneliktir.

9. SSH kliniğe gelen hastanın kabulünde hangi uygulamaları yapar?.....
.....

10. SSH yatan hastaların bakımı ile ilgili hangi uygulamaları yapar?....
.....

11. SSH hemşirelik hizmetlerinin sunumu için hasta dağılımını nasıl planlar?.....
.....

12. SSH klinikteki hastalar için hemşirelik girişimlerini nasıl belirler?
.....
.....

13. SSH, hemşirelik bakımını denetlemede nasıl bir yöntem izler?.....
.....

14. SSH kliniğinizde tutulan hangi hemşirelik kayıtlarını denetler?
(isimlerini yazınız).....
.....

15. SSH hastanın taburculuk süreci ile ilgili neleri yapar?.....
.....
.....

16. Size göre kliniğinizde yürütülen hemşirelik bakımını geliştirmek için SSH'nin başka hangi sorumlulukları üstlenmesi gerekir?.....
.....

17. Kliniğinizde hasta bakım hizmetlerini geliştirmek için ne tür önerileriniz olabilir?.....
.....

PATERNALİZM ÖLÇEĞİ

Aşağıda, iş hayatında yöneticilerin sergilediği davranışlarla ilgili tanımlar yer almaktadır. **Birlikte çalıştığınız ve doğrudan bağlı olduğunuz sorumlu hemşireyi** düşündüğünüzde, her bir tanımla ilgili görüşlerinizi aşağıda yer alan ölçeği kullanarak belirtiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Çalışanlarına karşı bir aile büyüğü (baba/anne veya ağabey/abla) gibi davranır.						
Çalışanlarına bir aile büyüğü gibi öğüt verir.						
İşyerinde aile ortamı yaratmaya önem verir.						
Bir ebeveynin çocuğundan sorumlu olması gibi, her çalışanından kendini sorumlu hisseder.						
Çalışanlarını dışarıdan gelen eleştirilere karşı korur.						
Çalışanlarıyla bire bir ilişki kurmak onun için çok önemlidir						
Çalışanlarını yakından (örn., kişisel sorunlar, aile yaşantısı vs.) tanımaya önem verir.						
Çalışanlarıyla ilişkilerinde duygusal tepkiler gösterir; sevinç, üzüntü, kızgınlık gibi duygularını dışa vurur.						
Çalışanlarının gelişimini yakından takip eder.						
Gerektiğinde, çalışanları adına, onaylarını almaksızın bir şeyler yapmaktan çekinmez.						
İhtiyaçları olduğu zaman, çalışanlarına iş dışı konularda (örn., ev kurma, çocuk okutma sağlık vs.) yardım etmeye hazırdır.						
Çalışanlarının özel günlerine (örn., nikah, cenaze, mezuniyet vs.) katılır.						
Çalışanlardan birinin özel hayatında yaşadığı problemlerde (örn; eşler sırasıyla arası problemlerde) arabuluculuk yapmaya hazırdır.						
Çalışanlarına gösterdiği ilgi ve alakaya karşılık, onlardan bağlılık ve sadakat bekler.						

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Çalışanlarıyla ilgili kararlar alırken (örn. terfi, işten çıkartma), performans <u>en önemli</u> kriter değildir.						
Çalışanlarında sadakate, performansa verdiğiinden daha fazla önem verir.						
Çalışanlarına karşı tatlı-serttir.						
Çalışanları için neyin en iyi olduğunu bilir.						
İşle ilgili konularda çalışanlarının fikrini sorar, ama son kararı kendisi verir.						
İşle ilgili her konunun kontrolü altında ve bilgisi dahilinde olmasını ister.						
Çalışanlarıyla yakın ilişki kurmasına rağmen aradaki mesafeyi de korur.						

Yanıtladığınız için teşekkür ederim.

HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ

Sorumlu hemşire

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

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

(3) Sorumlu hemşire;

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

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

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

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

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

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

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

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

h) İlgili birimlerle koordinasyonu sağlar.

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

i) Öğrenci hemşirelerin eğitiminde uygun eğitim ortamını sağlar.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

R - SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Madde 131 - Hemşire adedi müsait olan kurum ve servislerde, servisler, ameliyathane ve hemşirelik hizmeti bulunan diğer ünitelerdeki hizmetlerin sürekliliğini sağlamak için Baştabiplikçe servis veya bölüm sorumlu hemşirelikleri kurulabilir. Bu servis sorumlu hemşireleri nöbete girmezler. Hafta tatillerini cumartesi, pazar günleri yaparlar.

a) Başhemşirenin o servisteki yardımcısı olup, servisinde bulunan bütün hemşire, ebe, hemşire yardımcısı, hasta bakımında çalışan yardımcı hizmetler sınıfı personelinin iş bölümünü yapar, bunların çalışmalarını izler.

b) Servis hemşirelerinin hizmette birinci derecede amiri olup servis şef ve uzmanlarının ve başhemşirenin direktifleri ile hasta tedavi bakımının en iyi şekilde yapılmasıyla ve servisindeki düzen ve disiplini sağlamakla yükümlüdürler.

c) Servis demirbaş ve tüketim maddelerini teslim alır. Bunların muhafazasından ve yerinde kullanılmasından sorumludurlar.

d) Servisin temizliğini, yatan ve çıkan hastaların işlemlerini, hemşire ve diğer hizmetlilerin görev taksimi ve düzenlenmesini bizzat yapar ve bunların çalışmalarını denetler, yemek dağıtımının, acil ilaç dolabının işlerliğini düzenler.

e) Ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşirelerinin birinci derecede amiri olup buradaki hemşirelik hizmetlerinin düzenli yürütülmesinden ameliyathane sorumlusuna ve başhemşireye karşı sorumludur.

f) Servis eczacısı bulunmadığı hallerde ona ait görevleri yapar veya yaptırır.

g) Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KLİNİK SORUMLU HEMŞİRESİ GÖREV TANIMLARI YÖNETMELİĞİ

A. GÖREV ÜNVANI : KLİNİK SORUMLU HEMŞİRESİ

B. GÖREV YERİ : Görevli olduğu klinikler

C. BİRİNCİ DERECEDE SORUMLU AMİRİ: Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

D. GÖREV ÖZETİ : Hemşirelik Hizmetleri Müdürünün belirlediği politika, hedef, kural ve düzenlemeler doğrultusunda klinikteki hemşirelerin eğitimi ve yönetimi, hemşirelik hizmetlerinin diğer hizmetlerle koordinasyonu, hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla eğitim faaliyetlerini gerçekleştirme, yapılan etkinliklere katılma, yeni uygulamaları hasta bakımına entegre etmek.

E. İŞ GEREKLERİ : En az sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümü mezunu olmak, tercihen üniversitelerin hemşirelik bölümlerinden önlisans veya lisans mezunu olmak, mesleğinde en az 2 yıl deneyimli olmak.

F. GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI:

1. İşlemlerin; Hastane Yazışma Prosedürü, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü İşleyiş Prosedürü, Klinik İşleyiş Prosedürü ve bunlara bağlı talimatlara göre yapılmasını sağlar.

2. Klinik hemşirelerinin izin, işe devam, kıyafet, iş verimliliği vb. konularında denetim ve koordinasyonunu sağlar.

3. Kliniğe gelen hastanın kabulünde bulunur, hemşiresiyle tanıştırır, bakımıyla ilgili girişimleri planlar, acil durumlarda bizzat uygulamaya katılır.

4. Hemşirelik hizmetlerinin 24 saat sürekli ve aktif olarak sürdürülebilmesi için personel çalışma listeleri düzenler, izinlerin çalışma düzenini aksatmayacak şekilde kullanılmasını sağlayarak, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü onayına sunar.

5. Haftalık imza çizelgelerini kontrol eder ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne gönderir.

6. Aylık istemlerle malzeme istemlerini temin eder.

7. Hemşirelik hizmetlerinin sunumu için hasta dağılımını planlar.

8. Yeni durumlara göre hemşirelik felsefesini formüle eder, bölüm standardı ve bunları ölçecek kriterleri belirler. Teknik metod ve izlem geliştirir.

9. Klinikte, araç ve gereç malzemenin yerinde doğru ve ekonomik kullanımını sağlar. Arıza bildiriminde bulunur.

10. Hemşirelerin, hemşire öğrencilerin eğitimine katkıda bulunmasını sağlar.

11. Klinikteki personeli denetler, yönlendirir.

12. Mesleki gelişimi için kongre, kurs, seminer ve hizmet içi eğitim programlarına katılır.

13. Klinikteki hastalar için hemşirelik girişimleri belirler ve uygulanmasını sağlar.

14. İhtiyaç duyulan hallerde hasta bakımını üstlenir.

15. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde, eğitim verilmesinde enfeksiyon kontrol hemşiresiyle işbirliği yapar.

16. Birimlerde kullanılan demirbaş malzemelerin sayımından, tamirinden, korunmasından ve temizliğinden sorumludur.

17. Narkotik ilaçların denetimi ve tesbitini yapar.

18. İhtiyaçlar doğrultusunda klinik hemşireleriyle toplantılar yapar, gerek gördüğü değişikliklerini, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü onayıyla yapar.

19. Hemşire gözlem formlarını günlük olarak kontrol eder, tedavi ve girişimlerin hasta adına bilgisayardan işlenmesini sağlar.

20. Hastaların Medi Hasta Programında yatış ve çıkış hareketliliğini sağlar.

21. Hemşire performanslarını değerlendirir ve Performans Değerlendirme Formuna kayıt eder.

22. Amire, çalışmalarını ile ilgili olarak rapor verir ve kendisine verilen diğer görevleri de yapar.

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

EK: IV

Sayı: B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik/
Konu:

13/08/2008
ANTALYA

ETİK KURULU KARARI

Etik Kurulunun Adı, Adresi

: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi

: 13.08.2008

Araştırmanın tam adı

:"Hemşirelere Göre Yönetici Hemşirelerin
Paternalistik Davranış Örüntülerinin Hasta
Bakımı ile İlgili Görevlerine Yansımaları"

Sorumlu araştırmacının ismi

: Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU

Sorumlu Araştırmacı Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU tarafından yürütülecek olan "Hemşirelere Göre Yönetici Hemşirelerin Paternalistik Davranış Örüntülerinin Hasta Bakımı ile İlgili Görevlerine Yansımaları" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN
Başkan (İzinli)

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr.Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör

Prof.Dr. Ayşe GARGAR
Üye

Prof.Dr. İclal YÜCEL
Üye

Prof.Dr. Mevlüt ASAR
Üye (İzinli)

Prof.Dr. M. Akif ÇİFTÇİOĞLU
Üye (İzinli)

Prof.Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Aysen BİNGÖL BOZ
Üye

Doç.Dr. Meriç ÖZENCİ
Üye

Başeczacı
Üye (Atanacak)

Avukat Sezgin TEKİN
Üye - Hukukçu

Bekir ÖZSOY
Üye - Halk Temsilcisi



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

EK: V-A



Sayı : B.30.2.AKD.0.111.00.00/PER- 1152
Konu : Çalışma yapılması.


18/06/2008

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 28.05.2008 tarih ve B.30.2.AKD.0.66.00.00/72 421 Sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen, Yüksekokulunuz Rula Sağlığı Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aylın MUTLU' nun, " Hemşirelere Göre Yönetici Hemşirelerin Paternalistik Davranış Örüntülerinin Hasta Bakımı ile İlgili Görevlerine Yansımaları" konulu çalışmayı Hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

 Doç. Dr. Oktay ERAY
Başhekim

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07050 ANTALYA
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 227 44 90

Sağlığımız için etli yemeklere pişirme esnasında yağ ilave etmeyiniz.

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

21400

SAYI : B.10.4.ISM.04.07.00.09/605-03/552 -
KONU: Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapmakta olan Aylin MUTLU'nun 01/07/2008-31/12/2008 tarihleri arasında "Hemşirelere göre Yönetici Hemşirelerin Paternalistik Davranış Örüntülerinin Hasta Bakımı ile İlgili Görevlerine Yansımaları" konulu tez çalışmasını Antalya Devlet Hastanesi ile Atatürk Devlet Hastanesinde hizmet vermekte olan hemşirelerle görüşerek yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ise de:

Olurularınıza arz ederim.


Dr. Hüseyin GÜL
Sağlık Müdürü


OKUR
20/06/2008
Mehmet SEYMAN
Vali
Vali Yardımcısı

Kanserden korunmak için hergün posalı besitelerin tüketilmesine özen gösteriniz



Deneyli Bilgi-Eğitim Şubesi

İLETİŞİM

ADRES: Leros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK:07070

Dahili Tel : 432 -434

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47
WEB: www.antalyasaglik.gov.tr

E-Posta: antalya.es@saqlik.gov.tr

T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ BİRİMİ
KOMİSYONU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
2009-01	18	30.01.2009

01/18- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Uzmanlar Grubu Başkanlığı tarafından sunulan 5 adet projenin görüşüldü,

- Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU 'nun yöneticiliğini yaptığı "Hemşirelere göre Yönetici Hemşirelerin Paternalistik Davranış Örüntülerinin Hasta Bakımı ile ilgili Görevlerine Yansması" isimli Yüksek Lisans Tez Projesinin 2009.02.0122.002 numara ve 1.456TL destekle kabulüne,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR.



Ebru PEKMEZCİ
Koordinatör V.

Prof.Dr.Muharrem CERTEL
Prof.Dr.Burhan VARKIVANÇ
Prof.Dr.Bekir DENİZ
Doç.Dr.Cengiz SAYIN

Prof.Dr.Hüseyin SÜMBÜL
Doç.Ömür DOLĞUN
Prof. Dr. Şafak AKSOY
Doç.Dr.Ömer CİVALEK

Prof.Dr.İsmail ÜSTÜNEL
Prof.Dr.Gültekin SÜLEYMANLAR
Prof.Dr.İlham ALİYEV