



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK
FAALİYETLERİ VE ÇALIŞMA ORTAMININ
YALINLAŞTIRILMASINA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çiğdem TORUN KILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

TRABZON-2018

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem TORUN KILIÇ'ın hazırladığı "Hemşirelerin Hemşirelik Faaliyetleri ve Çalışma Ortamının Yalınlaştırılmasına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez Karadeniz Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Tarih: 03/01/2018

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../.... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

09/01/2018

Çiğdem TORUN KILIÇ

İthaf

Yüksek lisans tezimi, bu günlere gelmem için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan;

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans sürecimde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, her konuda beni destekleyen, daima yanımda olduğunu hissettiğim Değerli Hocam Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Çalışmamı yürütürken destekleri ile beni güçlendiren Artvin ili İl Sağlık Müdürü Op. Dr. İrfan AKALIN'a, Artvin Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Gülten ÇELİK BİLMİŐ'e ve çalışmaya katılıp destek veren tüm hemşire arkadaşlarıma,

Desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca tüm süreçlerde yanımda olan canım annem, babam ve kız kardeşlerime,

Her zaman beni destekleyen sevgili eşime teşekkür ederim.

Çiğdem TORUN KILIÇ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
İTHAF	
TEŞEKKÜR	
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Yalın Kavramı	6
4.2. Yalın Kavramının Felsefesi ve Tarihçesi	7
4.3. Yalın Düşünce	9
4.4. Yalın Üretim	11
4.4.1. Yalın Üretim Temel İlkeleri	11
4.5. Yalın Yönetim	12
4.5.1. Yalın Yönetim Araçları	14
4.5.1.1. Değer Akışı Haritalandırma	14
4.5.1.2. 5S Yaklaşımı	14
4.5.1.3. Kanban	15
4.5.1.4. İş Standartlaştırma	16
4.6. Yalın Hastane	17
4.7. Yalın Hemşirelik Hizmetleri	22
5. GEREÇ VE YÖNTEM	25
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
5.3. Evren ve Örneklem	25
5.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri	25

5.5. Veri Toplama Araçları	26
5.6. Veri Toplama Süreci	27
5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	28
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
5.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	29
6. BULGULAR	30
6.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri, Yalın Hastane Kavramı ile İlgili Görüşleri ve Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular	30
6.2. Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Süreçlerin Uygulanması ve Süreçteki Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular	36
6.3. Hemşirelerin Fiziksel Ortamın Yalınlaştırılmasına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular	67
7. TARTIŞMA	72
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	85
9. KAYNAKLAR	89
10. EKLER	96
10.1. Ek 1. Kurum İzni	96
10.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	97
10.3. Ek 3. Anket Formu	98
11. ETİK KURUL ONAYI	105
12. ÖZGEÇMİŞ	108

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Yalın yönetim araçlarından 5S yaklaşımı	15
Tablo 2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Tanıtıcı Özellikleri	25
Tablo 3. Hemşirelik Hizmetleri Faaliyetlerine İlişkin Süreçlerini İçeren Anket	27
Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 5. Hemşirelerin Yalın Hastane Kavramına İlişkin Görüşleri ve Bilgi Durumu	32
Tablo 6. Hemşirelerin Demografik Özelliklere Göre Yalın Hastane Kavramlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Durumlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 7. Hemşirelerin Hasta Kabul Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	37
Tablo 8. Hemşirelerin Hastanın Eve Taburculuk Sürecindeki Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	41
Tablo 9. Hemşirelerin Hastanın Diğer Servis/Birimlere Transfer Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	43
Tablo 10. Hemşirelerin Hastanın Başka Hastaneye Nakil Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	45
Tablo 11. Hemşirelerin Ölen Hastanın Hazırlık Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	47
Tablo 12. Hemşirelerin Günlük İş Akışına Göre Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	49
Tablo 13. Hemşirelerin Laboratuvarlar ile İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerinin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	54
Tablo 14. Hemşirelerin Görüntüleme Merkezine ile İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	56
Tablo 15. Hemşirelerin Kan Merkezi ile İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	58
Tablo 16. Hemşirelerin Hastane Eczanesi ile İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	60

Tablo 17. Hemşirelerin Ameliyata Gidecek Hastaya İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	63
Tablo 18. Hemşirelerin Ameliyattan Gelen Hastaya İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	65
Tablo 19. Hemşirelerin Hasta Odasında Var Olan Donanıma ve Bu Donanımın Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	67
Tablo 20. Hemşirelerin Hemşire Bankosunun Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	68
Tablo 21. Hemşirelerin Hemşire Giyinme Odasının Var Olan Özelliklerini ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	68
Tablo 22. Hemşirelerin Hemşire Odasının Var Olan Özelliklerini ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	69
Tablo 23. Hemşirelerin Hemşire Tedavi Hazırlık Alanının Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	70
Tablo 24. Hemşirelerin Hemşire Tuvaletine İlişkin Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	70
Tablo 25. Hemşirelerin Servis/Ünite Deposuna İlişkin Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	71
Tablo 26. Hemşirelerin Servis/Ünite Mutfağına İlişkin Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri	71

ŞEKİLLER DİZİNİ**Şekil****Sayfa****Şekil 1.** Araştırma Planı

28



KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CLEAR	Center for Lean Engagement and Research
EBYS	Elektronik Belge Yönetim Sistemi
IHI	The Institute for Healthcare Improvement
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MR	Manyetik Rezonans
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act
PYXIS	Tek Doz İlaç Yönetim Sistemi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

1. ÖZET

Hemşirelerin Hemşirelik Faaliyetleri ve Çalışma Ortamının Yalınlaştırılmasına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma, hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin hemşirelerin görüşlerini değerlendirilmek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Artvin ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı 6 devlet hastanesinde çalışan toplam 250 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayarak evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Veriler, hemşirelerin demografik özelliklerini içeren bilgi formu ve hemşirelik faaliyetlerini içeren süreçlerin yalınlaştırılmasına ilişkin sorulardan oluşan anket formu ile toplanmış, sayı, yüzde ve ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir. Bulgulara göre hemşirelerin %46.1'i çalıştıkları birimin kısmen yalınlaşmaya ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşireler bu görüşü daha fazla desteklemişlerdir ($p=0.034$). Bununla birlikte hasta kabul sürecinde hemşirelerin %21.3'ü hastaların eşyalarının teslim alınmasına, %15.9'u hasta taburculuk sürecinde taburculuk ve eğitim formlarının doldurulmasına, %16.4'ü ölen hastanın hazırlığı sürecinde mavi kod bildirim formlarının çoğaltılması ve dağıtımına, %10.9'u günlük hemşirelik iş akışı içinde akşam nöbeti için tedavilerinin ve gözlem formlarının hazırlanmasına ilişkin faaliyetleri öncelikli olarak gereksiz bulmuşlardır. Yine %13.5'i laboratuvar, %20.8'i görüntüleme ve %7.7'si kan merkezi süreçlerinde istemlerin kendileri tarafından sisteme girilmesi, %14.3'ü eczane sürecinde tüm hasta dosyalarının eczaneye gönderilmesi, %9.4'ü ameliyata giden hasta sürecinde bölgesinin tıraşı ve kontrolü, %7.8'i ameliyattan gelen hasta sürecinde hemşire/yardımcı personelin hastayı ameliyathaneden teslim almasına yönelik faaliyetleri gereksiz görmüşlerdir. Ayrıca hemşireler kullandıkları hastanenin fiziksel ortamına yönelik gereksiz donanım ve düzen olduğunu belirtmişlerdir. Sonuç olarak hemşirelerin hasta kabul, taburculuk, ölen hasta, günlük iş akışı, laboratuvar, görüntüleme, kan merkezi, eczane, ameliyata giden ve gelen hastalara ilişkin faaliyetlerini kapsayan süreçlerde gereksiz faaliyetler saptanmıştır. Bu saptanan faaliyetler elenerek, bu hemşirelik süreçlerinde yalınlaşma sağlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Hastane, Hemşire, Sağlık, Yalın, Yalın Sistem

2. SUMMARY

Evaluation of the Views from the Nurses Concerning Nursing Activities and Making Work Environment Lean

This study has been planned to evaluate the views of the nurses related to the processes nursing activities and work environment lean. Target population of the study is made up of totally 250 nurses working at six public hospitals associative with Public Hospitals Association in province of Artvin. The population has been tried to reach without making sampling choice in the study. The data have been collected through the verse form consisting of the nurses' demographic features and the survey consisting of questions related to the making the processes containing nursing activities lean and then have been evaluated via number, percent and chi-square tests. According to the findings, %46.1 of the nurses has stated that the unit where they work needs to be made lean partly. The nurses with graduate/post graduate degree have supported this view more ($p=0.034$). Apart from this, all of them, %21.3 found accepting the belongings of patients during patient admission, %15.9 found the filling of patient discharge form and training form during discharging process, %16.4 found copying and distributing of notification form with blue code during preparation of patients who passed away, %10.9 found the activities regarding the preparation of treatment and monitoring forms for the night duty within the daily nursing activities unnecessary firstly. Similarly, %13.5 during laboratory, %20.8 during monitoring and %7.7 during blood centre found the entering of claims by themselves into the system, %7.7 found the sending all patient files to the pharmacy in the process of pharmacy, %9.4 found shaving and controlling of the operation part during on way to operation, %7.8 found the receiving of the patient from operating room by nurse or assisting staff in the course of patient coming from operation unnecessary. Moreover, they have stated that the physical environment of the hospitals in which they work lacks equipment and tidiness. In conclusion, the unnecessary nurses' activities in the processes concerning patient admission, discharging, patient who has passed away, daily work, laboratory, monitoring, blood centre, pharmacy, patient taken to the operation and received from there, have been determined. Making these nursing processes lean could be achieved by eliminating these activities identified.

Key Words: Hospital, Nurse, Health, Lean, Lean System

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde kurumların gerek ülke sınırları içinde gerekse uluslararası alanda faaliyetlerini sürdürebilmeleri ve keskinleşen rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri, örgüt yapılarının yeniden düzenlenmesini ve farklı tarzda yönetilmelerini gerekli kılmaktadır (1). Sağlık kurumları da, süreçleri insan üzerine değer katan faaliyetlerden oluştuğu için doğası gereği hizmet veren diğer işletmeler arasında önemli bir yere sahiptir (2). Dolayısıyla sağlık kurumlarında sürekli iyileştirme, yüksek kalite, düşük maliyet ve müşteri tatmini için çalışanların, yöneticilerin ve tedarikçilerin uyumu gibi uygulamalar bu kurumların amaçları arasında yer almıştır. Ancak sağlık kurumlarında artan maliyetleri azaltmak, kaliteyi artırmak, hasta ve çalışan memnuniyetini artırmak kolay değildir ve yöneticiler son yıllarda bu amaçlara ulaşmak için kurumlarında yeni ya da çağdaş yönetim yaklaşımlarından yararlanmaya başlamışlardır. Bu yaklaşımlardan biri yalın yönetim anlayışıdır (3). Yalın yönetim, ürün ve hizmet üretme sürecinde, sürecin en başından (hammadde) en sonuna (ürün/hizmet teslimi) kadar değer kavramına odaklanarak, israfın (boşa harcanan kaynak, kayıp) yok edilmesi ve bu süreç boyunca değer en az kesintiye uğrayacak şekilde akıtılması ve en hızlı şekilde müşteriye ulaştırılması amacını güden düşünce ve yönetim şeklidir. Buna göre uygulanan sistem ve tekniklerin tamamı yalın olarak adlandırılmaktadır (4). Bir başka ifadeyle yalın olmak; gerçekten ihtiyaç duyulmayan her şeyden arındırılmış olmak demektir. Yalın kavramı 1950'ler de Toyota Üretim Sistemine dayanan yalın yönetim ile verimliliği arttırmak için değer katan faaliyetleri güçlendirme, değer katmayan ama gerekli faaliyetleri azaltma, değer katmayan ama kaçınılmaz faaliyetleri ise yok etme doğrultusunda ele alınmıştır (5). Yalın düşünce, değeri tanımlamak, değer yaratan eylemleri en iyi sonucu verecek sıraya koymak, birisi talep ettiğinde bu faaliyetleri kesintisiz olarak uygulamak, onları giderek daha etkili biçimde yapmak için bir yol sağlar. Özetle yalın düşünce; yalındır, çünkü giderek daha az ile daha az insan çabası, daha az ekipman, daha az zaman ve daha az alan ile daha fazlayı elde etmenin yolunu gösterir ve böylece müşterilerin tam olarak istediklerini sağlamaya daha fazla yaklaşmış olur (2, 6, 7). Sağlık işletmelerinde yalın düşünce zorluklar ve darboğazların çözümünde, yalın araçları kullanmak için personeli güçlendirir ve işlerini zenginleştirmek için bir fırsat sunar. Bunun yanı sıra maliyetlerini azaltarak ve kapasitelerini geliştirerek iyileştirmeleri kolaylaştırır. Ayrıca yalınlık, bekleme

zamanlarını ve iş süreçlerini kısaltarak ve hasta akışını iyileştirerek, hasta güvenliğini ve kalitesini yükseltir. Bir hastanın tedavisi yoluyla israfları azaltarak veya ortadan kaldırarak hasta memnuniyetini artırır (7). Young ve arkadaşları da sağlık hizmetlerinde yalın ilkelerin uygulanmasının, bekleme sürelerini, tekrarlanan beklemleri, hataları ve gereksiz işlemleri ortadan kaldırdığını ifade etmişlerdir (5). Yalının farkı, uzmanların tam olarak ne yapılması gerektiğini söylemesini beklemektense, insanlara süreçlerin ayrıntılarına nasıl bakacaklarını göstererek, sorunların işin gerçekten yapıldığı yerde, işi yapan insanlar tarafından düzeltilmesini sağlamasında yatar. Yalın, sadece liderlerin değil çalışanların da sistemin bozuk olduğunu görmesine ve anlamasına yardımcı olur. Sistem küçük ve yönetilebilir parçalar halinde düzeltilir ve iyileştirilir. Yalın yaklaşımı, çalışanların kendilerini, kurum ve sistem için sürekli öğrenmelerine ve mesleki açıdan gelişmelerine katkıda bulunur (2, 6). Yalın yaklaşım, hastanelerin örgütlenmesini ve yönetim şeklini değiştirebilen, hastanelerin hatalarını, bekleme sürelerini azaltarak hasta bakım kalitesini artırmalarına imkân sağlayan, çalışanları ve yönetimi destekleyerek hizmet akışındaki engelleri ortadan kaldıran ve hasta odaklı sağlık hizmeti sunmaya imkân sağlayan bir yaklaşımdır (5). Yalın yaklaşım, maliyetleri ve riskleri düşürerek hastaneyi uzun vadede kuvvetlendirecek bir sistemdir (2, 6). Bir çalışmada, sağlık sektörünün yalın uygulamalara ihtiyacı olduğu vurgulanmıştır. Yalınlığın, süreçlerde israfı belirlemek ve ortadan kaldırmak için etkili bir araç olduğu ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde yalın uygulamanın amacı ve yararları, kurum içindeki esnekliği, kaliteyi ve hızı inşa ederken; gereksiz taşımaları ve bekleme sürelerini azaltarak, israfı ortadan kaldırmaktır. Yalın girişim büyük ölçekli yatırımlara odaklanmaz, ancak sağlık kurumlarına yüksek yatırımlar gerekmeksizin iyileşme sağlanması yolunda alternatif bir yöntem sunar (5).

Literatür incelendiğinde, sağlık hizmetleri içinde çağdaş yönetim yaklaşımlarından biri olan yalın yönetime ilişkin çalışma sayısının yeterli sayıda olmadığı görülmüştür. Hemşirelik hizmetlerine yönelik ise ülkemizde yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa yalın yönetim yaklaşımının hemşirelik hizmetlerinde uygulaması diğer sektörlerde ya da sağlık hizmetlerinde olduğu hemşirelik hizmetlerine de katkı sağlayabilir. Bu nedenle yalın yönetim sisteminin hemşirelik hizmetleri üzerindeki etkileri ile ilgili farkındalık oluşturmak ve yalınlaşması istenen\beklenen

süreçlerin hemşirelerin görüşlerine dayanarak değerlendirmek sağlık hizmetlerinin büyük bir parçasının etkinleştirilmesinde ve verimliliğin iyileştirilmesinde önemlidir.

Çalışma, hemşirelerin servis\ünitelerindeki hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşleri doğrultusunda gerekli ve gereksiz faaliyetler ve unsurlar nelerdir?
2. Hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelerin hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerini etkilemekte midir?

4. GENEL BİLGİLER

Hemşirelik hizmet süreçlerinde yalınlaşmaya yönelik bu çalışmanın genel bilgileri, yalın kavramı, yalın felsefe ve düşünce, yalın üretim, yalın yönetim, yalın yönetim araçları, yalın hastane ve yalın hemşirelik hizmetleri başlıklarında ele alınmıştır.

4.1. Yalın Kavramı

Türk Dil Kurumu'nun (TDK) tanımına göre yalın kavramı, karışık, karmaşık olmayan, kolay anlaşılabilir, sade anlamında bir kelimedir.

Yalın, üretimle ilgili değer katmayan işlemlerden, organizasyonda gerekli olmayan görevlerden ve bunların maliyetlerinden arınarak; gereksiz malzeme ve işgücü hareketlerinin, fazla stokların, hataların ve uzun hazırlık sürelerinin ortadan kaldırılmasını hedefleyen süreçler bütünü olarak tanımlanmaktadır (8, 9).

Yalın kavramı, sürekli iyileştirme faaliyetleri ile müşteriye mükemmel ürün akışını sağlamak için israfın belirlenmesi ve yok edilmesini amaçlayan sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (10). Ürün ve hizmet üretme sürecinin en başından en sonuna kadar değer kavramına odaklanarak, israfın (boşa harcanan kaynak, kayıp) yok edilmesi ve bu süreç boyunca değer katan faaliyetlerin en az kesintiyle, en hızlı şekilde müşteriye ulaştırılması amacını güden sistem ve tekniklerin tamamına olarak adlandırılmaktadır (11).

Graban yalın kavramını beş başlık altında tanımlamıştır: Yalın kavramı,

- Bir açıdan işlerimizi nasıl yaptığımıza bakarak işin yapılış şeklini iyileştirmenin yollarını bulmaktır.
- Kaliteyi ve verimliliği artırmaktır.
- Sorunları saklamak ya da etraflarında dolaşmak yerine sorunları kalıcı olarak çözmeyi öğrenmektir.
- Gecikmeleri önleyip çalışan memnuniyetini artırırken, hasta güvenliği kalitesini ve maliyetlerini iyileştirmenin etkin bir yöntemidir.
- Bir alet takımı ve yönetim sistemi ya da sürekli gelişim ve çalışan katılımı yöntemidir. Liderler ve kurum olarak bizim için önemli olan sorunları çözmemize olanak tanıyan bir yaklaşımdır (2).

Ohno'ya göre yalın kavramı, “yaptığımız tek şey, müşterinin sipariş verdiği andan nakit ödemeyi aldığımız noktaya kadar zaman çizelgesine bakmaktır. Bu zaman çizelgesini kısaltmak için ise değer katmayan israfları ortadan kaldırmaktır”.

Toyota'nın yalın kavramı ise iki bölümden oluşur. Bunlardan birincisi israfı tamamen ortadan kaldırmak, ikincisi ise insanlara saygıdır. Ohno bu iki kavramı şu şekilde tanımlar; “Toyota sisteminin en önemli amacı israfı sürekli ve tamamen ortadan kaldırarak üretimi etkin bir şekilde artırmaktır” (2, 12)

Birçok yalın kavramı tanımına rağmen yalın metodolojinin en basit açıklaması, atıkları elimine ederek değer katmak ve sürekli güçlenen insanlar, sürekli iyileşen iş akış süreçleri ile birbirinden değerli kurumlar oluşturmaktır (13, 14). Bir başka tanımla yalın kavramı, kuruluşların katma değer sağlayamamış olan süreçlerini ortadan kaldırırken, gerekli, alakalı ve değerli süreç adımı geliştirerek, sundukları ürüne sürekli olarak değer katmasına yol açan bir dizi ilke ve teknik olarak tanımlanmaktadır. Yalın kavramı gerçekte yıllardır üretimde kullanılan bir kavramdır ve gelişmiş ürün kalitesi ve genel kurumsal başarı ile ilişkilendirilmiştir (15).

4.2. Yalın Kavramının Felsefesi ve Tarihçesi

Yalın Üretim ve Yönetim Sistemlerinin ilk önemli atağı, 1950'lerde mühendis *Eiji Toyoda* ve beraber çalıştığı mühendis *Taichi Ohno*'nun öncülüğünde, Japon Toyota firmasında yapılmıştır. Bu ikili 1950'de Ford firmasını incelemek üzere Amerika'ya geziler yapmış ve edindikleri bilgiler doğrultusunda Ford'un öncülük ettiği kitle üretim sisteminin Japonya için hiç de uygun olmadığına karar vermişlerdir. Bu karar, yepyeni bir üretim ve yönetim anlayışının ilk adımlarının atılmasına neden olmuştur (16, 17). Bu anlayışta, üretim ve yönetim sisteminin temelinde her türlü israfları azaltmak yatmaktadır. İrafları azaltmak için önce israfın kaynağını bulmak ve işe oradan başlamak gerekmektedir (17, 18). Amerikan otomotiv endüstrisinde ise israfın kaynağı, sistemin aşırı iş bölümüne dayanmasıdır. Gerek makineler gerek işgörenler sadece tek bir ürün için tek bir işlev için çalışmaktadır. Bu durum üretim faktörlerinin gereksiz yere kitlesel boyutta kullanımına yol açarken üretime aşırı bir katılık ve hiyerarşi getirip, esnekliğe set çekmektedir. Ayrıca işgörenler birer el gücü olarak algılanıp, beyin güçleri üretimin iyileştirilmesine kanalize edilmemekte, en kötüsü değişken maliyet olarak görülüp işlerin kötü gittiği dönemlerde rahatlıkla işten

çıkarılabilmektedirler. Sonuç, üretim faktörlerinin olabilecek azami potansiyellerinden yararlanılmaması olmuştur (16, 17).

Yüzyılın ortalarında Japonya’da ise Toyota fabrikasında üretim devrimi gerçekleşmiş, felsefesiyle ve teknikleriyle sanayide yepyeni bir çığır açmıştır. “Toyota Üretim Sistemi”nin sanayi dünyasına kattığı en temel ilke; her şeyin müşterinin istediği anda ve miktarda üretilmesine, gereksiz stokların tümüyle ortadan kaldırmasına dayanmaktadır. Çünkü stok bir israf olarak görülmekte ve sistemde hiçbir israfa yer verilmemektedir. 1986 yılında, Massachusetts Teknoloji Enstitüsü (Massachusetts Institute of Technology), motor araç programlarına ilişkin uluslararası ilk makaleyi yayımlarken Toyota çalışmasında gözlemlenen durumu tanımlamak için bir adlandırmaya ihtiyaç duymuştur. Uzun tartışmalardan sonra *John Krafcik* Toyota tarzı sistemin performans niteliklerini geleneksel kitle üretimiyle karşılaştırmalı olarak beyaz bir pano üzerine yazmıştır. Bunlar:

1. Ürünleri tasarlamak, yapmak ve hizmet vermek için daha az insan çabasına ihtiyaç duymak,
2. Belirli bir miktardaki üretim kapasitesi için daha az yatırım yapmak,
3. Daha az teslim edilmiş hatalar ve daha az süreç içi geri dönüşlerle ürünleri ortaya çıkarmak,
4. Daha yüksek becerilere sahip, daha az sayıda tedarikçiden faydalanmak
5. Kavramdan sunuma, sipariştan dağıtım ve sorundan onarıma daha kısa sürede, daha az insan çabasıyla ulaşmaktır. Ayrıca Krafcik buna benzer konuları listelerken “belirli bir miktar değer yaratmak için her şeyin daha azına ihtiyaç duyulduğunu belirtmiş ve buna ‘*yalın*’ demiştir ve yalın kavramını ortaya atmıştır. Yıllar geçtikçe ortaya atılan fikir gelişip çeşitlenmiş ve sektörün her dalına sızmış ve kendi yöntemlerini belirlemeye başlamıştır. (19). Bu doğrultuda yalın düşünce fikri ilk kez Krafcik’in 1988’ de yayınladığı “Yalın Üretim Sistemlerinin Zaferi” makalesinde yayınlanmıştır. Yalın düşünceyle birlikte, her şeyin azını kullanarak, kurumlarda verimliliği ve etkinliği artırma kavramı ortaya çıkmıştır (20).

1900’lü yılların ilk çeyreğinde Henry Ford’un otomobil üretimini etkinleştirilmesi sonrasında otomotiv sektörünün “endüstrilerin endüstrisi” olarak adlandırılmaya

başlanması, tüm dikkatleri bu alana yöneltmiştir. İlk kez 1991 yılında Womack ve Jones “Dünyayı Değiştiren Makine” adıyla yayınladıkları kitapla Toyota Üretim Sistemini tüm dünyaya tanıtmıştır (5, 21). Bu tarihsel noktadan itibaren söz konusu yönetim ilke, araç, yöntem ve sistemler ‘yalın düşünce’ ve ondan türetilen ‘yalın üretim’ adıyla anılmaya başlanmıştır. Burada kullanılan yalın sözcüğü israfın olmamasını ve verimliliği çağrıştırdığı gibi; işletme süreçlerini israftan ya da değersiz faaliyetlerden arındırma amacını güden işletme yönetim biçimi olarak adlandırılmıştır (5, 22).

Massachusetts Teknoloji Enstitüsü akademisyenleri tarafından gerçekleştirilen 5 yıllık bir araştırmanın eseri olan ve 1991’de yayınlanan “Dünyayı Değiştiren Makine: Yalın Üretimin Hikâyesi” adlı kitapla yalın üretim kavramı dünya çapında bilinir hale gelmiş ve kavramın temelleri ortaya konulmuştur. Bu tarihten itibaren Toyota’yı örnek almaya çalışan başta otomobil üreticileri olmak üzere üretim ve hizmet sektöründen pek çok şirket yalın modelini uygulamaya başlamış ve başarılı sonuçlar elde etmiştir. Yalın felsefesi her ne kadar ilhamını Japon kökenli Toyota’dan almış olsa da yalın kavramının özel bir kavram haline getirilerek sistematik bir şekilde uygulanmasına yönelik çalışmalar temelde Amerika’da gerçekleşmiştir (23).

1991’den sonra yalın düşünce ve üretim, başta batılı şirketler olmak üzere tüm dünyada ve değişik sektörlerde uygulanmaya, bilimsel araştırmalara konu olmaya ve üniversitelerde ders olarak okutulmaya başlanmıştır. Hatta bazı devletler yasal düzenlemeler ile şirketleri yalınlaşmaya teşvik etmişlerdir (24).

4.3. Yalın Düşünce

Yalın düşünce, değeri tanımlamak, değer yaratan eylemleri en iyi sonucu verecek şekilde sıraya koymak, birisi talep ettiğinde bu faaliyetleri kesintisiz olarak uygulamak, onları giderek daha etkili biçimde yapmak için bir yol sağlamaktır. Kısacası yalın düşünce yalındır. Çünkü daha az insan çabası, daha az ekipman, daha az zaman ve daha az alan ile daha fazlasını elde etmenin yolunu gösterir ve böylece müşterilerin tam olarak istedikleri sunulur (7).

Yalın düşünce, değer yaratmayan, kaynakları tüketen, israfa yol açan tüm yanlış uygulamaları, işlem ve işlevleri ortadan kaldırmaya yönelik, gerekli önlemler almayı hedef alan bir felsefe ve düşünce biçimidir. Japonca’da "muda" olarak ifade edilen, üretimde israf; talep fazlası üretilen ürünler, yeniden işlenmeyi gerektiren hatalı ürünler,

gereksiz süreç aşamaları, çalışanların ve parçaların taşınma işlemleri, önceki aşamalardan kaynaklanan gecikmeler nedeniyle boş bekleyen iş görenler ve müşterinin beklentilerini karşılayamayan ürün ve hizmetler olarak ele alınabilir (7, 20, 25).

Yalın düşünce, üretim yapma anlayışını ve şeklini kökten değiştirmiştir. Yalın üretim, ürün geliştirmeden, uzun dönemli işletme planlarına kadar tüm işletmeyi ilgilendiren kapsamlı yönetsel süreçtir. İşletmenin yalın olması, ihtiyaç olmayan her şeyden kurtulmak anlamına gelmektedir (5). Womack ve Jones tarafından 1996 yılında yayınlanan 'Yalın Düşünce' isimli kitapta yalın düşüncenin temelleri belirtilmiş ve yalın üretim kavramı dünyaya duyurulmuştur (26).

Bu doğrultuda yalın düşüncenin felsefesi 14 temel düşünceye dayanmıştır:

1. Yönetim kararlarını, kısa vadedeki finansal hedefler pahasına bile olsa uzun dönemdeki bir felsefeye dayandırma. Doğru süreç doğru sonuçları ortaya çıkaracaktır.
2. Sorunları su üstüne çıkarmak için sürekli bir süreç akışı oluşturma.
3. Gereksiz fazla üretimi önlemek için "çekme" sistemlerini kullanma.
4. İş yükünü dengeleme (Heijunka).
5. Doğru istenilen kaliteye ilk anda ulaşmak, sorunları tespit etmek için bir duruş kültürü oluşturma.
6. Standartlaştırılmış işleri ve süreçleri; sürekli iyileştirme ve çalışanı yetkilendirmede temel alma
7. Görsel kontrolden yararlanma. Böylece her hangi bir sorunun gizli kalması engellenir.
8. Sadece insanlarınıza süreçlerinize hizmet eden güvenilir ve tamamen test edilerek kanıtlanmış bir teknolojiyi kullanma
9. İş tamamen anlayan, bilen büyük liderler, o felsefeyi yaşarlar, yaşatırlar ve diğer insanlara bu düşünce tarzını öğretirler.
10. Şirketin felsefesini izleyen, ona ayak uyduran, doğru, gelişime açık insanlar bulma ve bu insanlardan kurulu takımlar oluşturma.
11. Genişleyen ağ içinde ortakları ve tedarikçileri mücadeleye çağırarak itibar gösterme ve gelişmelerine yardımcı olma.
12. Bir olayı, durumu tamamen anlamak için ona gitme ve ne olduğunu görme.

13. Kararları tamamen tüm seçenekleri dikkate alarak, değerlendirerek yavaşça bir uzlaşma ile alma ve hızlıca uygulama
14. Sürekli gelişen bir yansıtma ve sürekli iyileştirme ile öğrenen bir örgüt olma (27, 28).

Özetle, yalın düşüncenin temel felsefesi, müşteriye odaklı gerekli bilişim sistemlerini kullanarak israfları ortadan kaldırıp talebe çok hızlı cevap verebilecek ve gerektiğinde değişiklik yapabilecek esnek bir sistem kurmaktır (29).

4.4. Yalın Üretim

Yalın üretim, yalın düşünceye benzer şekilde tanımlanmaktadır. Yalın üretim; mümkün olan en az kaynakla, en kısa zamanda, en ucuz ve hatasız üretimi, müşteri talebini tam anlamıyla karşılayabilecek şekilde, en az israf ve üretim faktörlerini esnek bir şekilde kullanarak gerçekleştiren bir üretim sistemidir. Womack, Jones ve Roos yalın üretimi; yapısında hiçbir gereksiz unsur taşımayan, hata, maliyet, stok, işçilik, geliştirme süreci, üretim alanı, fire, müşteri memnuniyetsizliği gibi unsurların en aza indirildiği üretim sistemi olarak tanımlamaktadır (30).

Yalın üretim felsefesi, özellikle rekabete dayalı piyasalarda etkili bir yönetim anlayışı olarak kabul edilmiş ve ana amacı değer yaratmayan faaliyetleri (israfları) ortadan kaldırmak, süreçlerde veya işlemlerde sürekli iyileştirmeler yaparak tüm üretim döngüsünü değer eksenli olarak yönetmek olarak tanımlanmıştır. Üretim işletmelerinde stok miktarlarının azalması, tedarik, üretim ve teslim sürelerinin kısalması, takip ve kontrolün kolaylaşması, maliyetlerin hızla düşmesi yalın uygulamaların en önemli etkileri arasında sayılmıştır (31).

4.4.1. Yalın Üretim Temel İlkeleri

Yalın üretim değer, değer akışı, akış, çekme ve mükemmellik olarak beş temel ilkeye dayanır.

Değer: Müşterilerin ortaya çıkan ihtiyaçları doğrultusunda belirli bir fiyattan parasını ödemeye hazır olduğu bir mamulün veya hizmetin üretilmesidir.

Değer Akışı: Her mamul veya hizmet için ihtiyaç duyulan ürünün üretilmesinde katma değer yaratan ya da yaratmayan faaliyetlerdir.

Akış: Mamul veya hizmetlerin müşterilere ulaştırılabilmesi amacıyla değer yaratan faaliyetlerin bir süreç halinde dizilmesidir.

Çekme: Değerin müşteri tarafından tüketilmesi için üretim kaynağından çekilmesidir. Mükemmellik ise herhangi bir ürün ya da hizmetin üretiminin gerçekleştirilmesinde sürekli olarak en iyiye ulaşma çabasıdır (32, 33).

4.5. Yalın Yönetim

Yalın yönetim, değer yaratmayan her türlü faaliyetin ayıklanması, kullanılan üretim faktörlerinin miktarının azaltılması, ileri teknoloji içeren ekipman ve nitelikli işgücü kullanımının sağlanması, doğru işi bir defada yapma prensibinden hareketle hataların yapılmadan önlenmesi ile ilgili faaliyetlerin yönetilmesidir (9). Bir dizi kriter ve yöntemden oluşan ve bir araya geldiklerinde işletmeye yalınlık ve rekabetçi bir özellik kazandıran bir yaklaşım olarak da tanımlanabilir (34).

Yalın yönetim felsefesinde ise yine israfı azaltma, sıfır hata ve sıfır maliyet düşüncesi yatmaktadır. Yalın yönetim felsefesinde dikey örgütlenme yerine yatay örgütlenme amaçlamakta ve temelinde örgüt yapısını basitleştirme, gereksiz ve değer katmayan her adımı iş sürecinden atma ve bu sayede daha iyi ve kaliteli ürünü müşteri isteğine sunma yatmaktadır (35, 36).

Yalın yönetime göre “muda” yani “israf olan her şey” yeniden düzenlenmelidir. Yalın yönetim sadece üretim hattında kullanılan hammadde miktarını azaltmayı değil tüm faaliyet boyunca olan israfları engellemeye odaklanmıştır (37).

Özetle yalın yönetim, her türlü israftan kaçınıldığı, bir defada ve sorunsuz şekilde faaliyetlerin gerçekleştirildiği, işletmenin tüm süreçlerinde faydalı olmayan her unsurun tespit edilerek ortadan kaldırıldığı bir sistemdir. Bu anlamda süreçlerin kontrol edilmesi ve iyileştirme çalışmaları yapılması yalın yönetimin olmazsa olmazıdır.

Yalın yönetim, çevresel duyarlılık konusunda en etkin yöntemlerden biridir. Doksanlı yıllarda çevresel yönetim ile ilgili çalışmalar yapılırken, yalın yönetim ile çevresel yönetim arasında bir ilişki olabileceği fikri ortaya atılmıştır. Ancak bu ikili ilişki, o yıllarda net bir şekilde açıklanamamıştır. 2000’li yıllara gelindiğinde ise bu iki sistemin arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek adına yapılan çalışmalar hız kazanmış ve ilk defa iki sistem arasındaki ilişki tam olarak ortaya konmuştur (38).

Yalın yönetimde amaç değer yaratmaktır. Değer, müşterinin istediği ve ödemeye razı olduğu ürün ya da hizmet özelliklerinin toplamıdır. Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında hastanın hekimle geçirdiği süre, hastanın tahlil işlemi, görüntüleme işlemi, cerrahi ve bakım hizmetleri gibi hizmetler değer kapsamında ele alınmaktadır (39). Değerin, ürün ailesine göre ve son müşterinin bakış açısından tanımlanması, her bir ürün ailesi için değer akışı adımlarının belirlenmesi ve değer üretmeyen adımların mümkün olduğunca elimine edilmesi, ürünün müşteriye düzenli bir şekilde aktarılabilmesi için değer yaratan adımların artırılması, gereksiz adımlar ortadan kaldırıldıktan sonra sürece yeniden başlanması ve mükemmel değere ulaşılan kadar sürecin tekrar edilmesi yalın yönetimin altın kuralıdır (34, 40).

Hastanelerde yalın çalışmalar daha etkin bir örgüt yapısını oluşturmak için yapılır. Yalın örgüt birimler arasında ve birim içinde çalışanlar arasında sürekli bir iletişimin varlığını gerektirir. Hedef ürün, hasta tedavisi olan hastanelerde çalışanlar sürecin bir parçasıdır. Hiçbir çalışan tek başına sistemin kendisi değildir. Yalın uygulamalar problemlere hızlı ve geçici çözümler bulmak için değil, süreç içerisinde oluşan gecikmelerin ve akışı etkileyen kesintilerin altındaki kök nedenlerin bulunması için uygulanmalıdır. Hastanelerde idarecilerin niceliksel ve niteliksel yöntemleri birlikte kullanıp problemlerin çözümünü sağlaması ve bunları onlara öğretmek hiç kolay olmamaktadır (26, 41). Ayrıca üst yönetim yalın düşüncenin önemini çalışanlara da aktarmalı ve uygulama sahasına inerek çalışanları teşvik etmelidir (42). Ayrıca üst yönetimin desteğiyle çalışanlara verilen eğitimler de çok önemlidir (20, 43).

Üretimde yalın dönüşümün tamamlayıcısı olan yalın yönetim; müşterilerin istediği kalite ve standartlara daha çabuk yanıt verebilmek için basitleştirilmiş, değer yaratmayan faaliyetlerden arındırılmış, işi yapan kişi ile karar veren kişinin birbirlerine yaklaştırıldığı hatta aynı kişi haline getirildiği, yönetim kademelerinin önemli ölçüde azaltıldığı yataya yakın basık bir yapıyı ifade etmektedir (44).

Üretim sürecindeki iş ünitelerinin sağlıklı işleyebilmesi için de özerkliğe sahip takımlar oluşturulmalı ve bu takımlarla işler yürütülmelidir. Her takım, küçük bir işletme gibi bütün işin bir kısmını yapmalıdır. Takım üyeleri, iş ünitesindeki işin tamamından sorumlu olmalıdır. Yönetimsel hiyerarşinin mümkün olan en düşük seviyeye çekilmesiyle orta kademe yöneticilerinin işlevleri işgören takımlarına devredilmelidir.

Sistemin değişik ve çok niteliği olan işgören profiline ihtiyaç duymasından dolayı iyi yapılandırılmış bir eğitim planı uygulanmalıdır (9, 45, 46).

4.5.1. Yalın Yönetim Araçları

Yalın yönetim araçları genellikle Değer Akış Haritalama, 5S, Kanban, Standart İş başlıklarında ele alınmaktadır.

4.5.1.1. Değer Akışı Haritalandırma

Değer akışı haritalandırma, iyileştirilmesi hedeflenen sürece yukarıdan bakmayı sağlar. Haritalandırılan sürece bağlı olarak değer akış haritası hastanın kabulünden çıkışına kadar olan tüm hizmet hattını veya bu hattın bir bölümünü içerebilir. Değer akışı hem hastanın kurumdaki fiziksel hareketini/akışını hem de hasta ile ilgili bilgi akışını gösterir. Süreç iyileştirme belirli bir sürecin detaylarına odaklanırken (örneğin röntgen çektiirmenin her bir adımı), değer akışı başlangıçtan bitişe kadar olan tüm sürece odaklanır. Değer akış haritalandırma sadece sistem içindeki darboğazları göstermekle kalmaz, ayrıca hastanın iyileştirilmesiyle ilgili katma değer yaratmayan adımları da ortaya çıkarır. Haritalandırma hem katma değerli hem de katma değersiz faaliyetlerin kolaylıkla fark edilebileceği şekilde yapılır (3).

4.5.1.2. 5S Yaklaşımı

5S yaklaşımında amaç, çalışma ortamını iyileştirmek, çalışanlar arasındaki bariyerleri kaldırmak, sıfır arıza, sıfır hata, sıfır kaza limitlerini yakalamak, tam katılım sağlamak, çalışanların düşünce sistemini ve davranışlarını değiştirerek geliştirmek ve israfları azaltmaktır (20, 47).

İsmi Japonya da 5 kelimenin baş harfinden alır. Bu kelimeler; Seiri (Sınıflandır), Seiton (Sıralama), Seiso (Silme), Seiketsu (Standartlaştırma), Shitsuke (Sürdürme) (Tablo 1).

Tablo 1. Yalın Yönetim Araçlarından 5S Yaklaşımı

5S Yaklaşımı	Tanımı
Seiri (Sınıflandırma)	: Süreçte ihtiyaç olanla olmayan birbirinden ayrılır.
Seiton (Sıralama)	: Süreç içinde gerekli olanlar için belirli yerler tanımlanır.
Seiso (Silme)	: Çalışma alanı temiz tutularak verimli bir iş alanı haline getirilir.
Seiketsu (Standartlaştırma)	: İyi bir çalışma alanı sağlandıktan sonra bunun devamlılığının sağlanması için tek seferlik bir olay olmasını önlemek için belirli kurallar koyarak kimin ne zaman ne yapması gerektiği belirlenir.
Shitsuke (Sürdürme)	: Daha önce yapılan 5S adımlarının devamlılığını ve kalıcılığını sağlamak için denetim yapılmalıdır

4.5.1.3. Kanban

Kanban hastanelerde malzemeler, hastanenin merkezi bir tedarik odasından ya da bir servis deposundan kullanılacakları noktaya/yere çekilmesidir. Kullanılan malzemelerin hepsinin kendine ait bir kanban sinyali ve tedarik noktaları oluşturulur. Stok yönetiminin son derece görsel yöntemlerinden biri olan kanban tarzı yaklaşım, ikili kutu sisteminden oluşur. Bu yöntemde, kullanım noktasında birbirine iliştirilen ya da bir rafta arka arkaya durabilen iki plastik kutu kullanır. Bu malzemeleri kullanan bir çalışan için sistem çok basit işler, herkes malzemeyi kullanmak için alabilir; ancak ilk kutu boşaldığında o boş kutu sipariş vermek için görsel bir sinyale dönüşür. İki kutu sisteminde, bir kutu boşaldığında hala çalışmaya devam edecek kadar malzeme vardır. Malzeme adı, sayısı ve malzeme kaynağı gibi bilgilerle etiketlenen boş kutu belirlenmiş bir alana yerleştirilebilir. Kanban kutuları tek bir kişi tarafından düzenli olarak toplanır. Depoya çok sayıda plansız yürüyüş yapmak yerine, tek bir kişi bir yürüyüş yapar (2).

Bir hastanenin ameliyathane projesi kapsamında kanban uygulanması gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama ile odaların yeniden stoklanması için gereken zamanın azaltılması sağlanmıştır. Yalın uygulamadan önce, hemşireler her günün sonunda 10 dakikalarını stok sayımına ve her malzemeyi doğru yere yerleştirmekle zaman harcamışlardır. Hastane müdürü, Kanban süreciyle birlikte yalın uygulamanın yönetim kolaylığı ve zaman tasarruflarını vurgulayarak, “hemşirelerin boş kutuları bir sepete atmasını ve insanların çalışmadıkları zamanlarda bunları tekrar doldurmalarını sağlamıştır. Çok büyük bir iş gibi görünmese de, hepsi üst üste eklediğinde, bir yıl içinde 600 hemşirelik saati tasarruf edilmiştir” (2, 26, 27).

4.5.1.4. İş Standartlaştırma

Standartlaştırılmış iş, yapılacak olan işlerin yapılış sürelerinin ve nasıl yapılacağıının belirlenmesini ifade eder. Standart iş en iyi çalışma prensiplerinin belirlenerek bunların gözlem ve yazılı olarak kayıt altına alınması ve süreçler boyunca uygulanmasıdır. Ancak en iyi her zaman sabit değildir. Yapılan gözlem ve çalışmalar en iyiyi bir ileri götürecektir. Standart iş geliştirme hiç bitmeyen bir süreçtir (48).

Standartlaştırılmış iş, aynı zamanda eğitim için de temeldir. Çalışanı, çalışmayı nasıl yapacağını bilmeden eğitemezsiniz. Herkes tarafından farklı şekilde yapılan, istikrarsız bir süreci de geliştirmek imkânsızdır. Bir ekip üyesine işin nasıl yapıldığını öğretmek için yöntem net bir şekilde tanımlanmalıdır (49).

Mark Grabana göre standartlaştırılmış iş “bir faaliyeti doğru sonuç ve en yüksek kaliteyle güvenli şekilde tamamlamanın mevcut en iyi tek yoludur”.

Bir standart, standart işletme prosedürlerinin ve klasörlerinin eğilim gösterdiği gibi, kalıcı ya da sabit değildir. Standartlaştırılmış iş, çalışanların yeni ve iyileştirilmiş yöntemler hakkındaki fikirleriyle birlikte gelişebilir. Bir standart olmadan, sürekli iyileştirme sağlayamazsınız. Çalışanlar işleri farklı şekillerde yapıyorlarsa, bir çalışanın geliştirme fikri ya mevcut sistemdeki değişkenliğe katkıda bulunur ya da yeni fikri diğer çalışanlara aktaracak standart bir yöntemimiz olmadığı için kaybolup gider. Standartlaştırılmış iş geliştirme sürecinde, çalışanların israfı araştırması ve işin halen yapılma şeklinin tüm yönlerini sorgulaması gerekir (2). Standart iş bütünüyle elde edilen faydaların sürdürülmesiyle ilgilidir. Standart iş olmadan sürekli iyileşme olmaz. Kazanımları sürdürebilmek adına standart iş, değişim yaratmak için gerekli olan araçları birleştirir. Değer akış haritalandırma, sürece kuş bakışı bakarken standart iş, süreci incelenip iyileştirilecek iş öğelerine böler. Standart işi uygulamak beş adımdan oluşur:

1. Mevcut durumun gözden geçirilmesi
2. Fırsat alanlarının belirlenmesi
3. Mevcut süreci değiştirmek
4. İyileştirmeleri doğrulamak ve sayısallaştırmak
5. Yeni standart işi uygulamak (3).

Rothstein (2007) çalışmasında standardizasyonunun yalın üretim uygulamasının kilit bir faktörü olduğunu belirtmiştir (50).

4.6. Yalın Hastane

Yalın düşünce ve uygulamaları, 1980 yılların sonlarında ortaya çıkarak genişlemiş ve tüm sektörlere yayılmıştır. 2000 yılından sonra ise sağlık ve hastane sistemlerinde gittikçe artan şekilde uygulanmaya başlamıştır. Tarihsel açıdan bakıldığında yalın sağlık hizmetleri ilk olarak 2001 yılında İngiltere’de ve 2002 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde uygulanmıştır. Bu ülkelerdeki büyük sağlık kuruluşları, kalite geliştirme çabalarını artırmak ve sürdürmek için yalın yönetim uygulamalarını benimsemişler ve uygulamaya aktarmışlardır. Yalın yönetim ilkelerinin yaygınlaştırılmasıyla bu kurumlar, sadece iş akış süreçlerini ve gelişmiş kaliteyi iyileştirmekle kalmamış aynı zamanda kendi örgüt kültürlerinde dönüşümsel değişikliğe de başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde yalın uygulama örnekleri giderek artmıştır (14, 51, 52).

Kurumlar başarıya ulaşabilmek için yeni teknolojilere kolaylıkla uyum sağlayabilmek, dünya pazarlarında etkili bir şekilde hizmet vermek ve sürekli ürün geliştirmek için faaliyet göstermek durumunda kalmışlardır. Bu tip değişimler, değişen iş koşullarına karşı esnek ve uyumlu olan bir yalın örgütlenmeyi gerekli kılmıştır (1, 53). Sağlık kuruluşları da tüm kurumlarda olduğu gibi bir dizi süreçten ve bu süreçlere bağımlı olan müşteriler ya da hastalar için değer yaratmaya yönelik eylemler dizisinden oluşmaya başlamıştır (54).

Grove ve arkadaşları da (2010), kısıtlı kaynaklara ve daha fazla talebe rağmen dünya standartlarında sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının DNA'sına yalın uygulamaları eklemeleri ve uzun vadeli bir vizyon ile birinci sınıf liderlik geliştirmeleri gerektiğini belirtmiştir. Ancak yalın uygulamalar için sağlık meslek üyelerinin ve idari personelinin zihniyet değişikliği yapması gerekir. Çünkü yalın düşünce, yalnızca israfların azaltılması değildir aynı zamanda hasta bakımına odaklı hizmet sağlamak ve böylece verimliliği artırmaktır (55).

Sağlık işletmelerinde yalın düşünce zorluklar ve darboğazların çözümünde, yalın araçları kullanmak için personeli güçlendirir ve işlerini zenginleştirmek için bir fırsat sunar. Bunun yanı sıra, sağlık işletmelerinin maliyetlerini azaltarak ve kapasitelerini geliştirmesini sağlar. Ayrıca yalınlık, bekleme zamanlarını ve iş süreçlerini kısaltarak ve hasta akışını iyileştirerek, hasta güvenliğini ve kalitesini yükseltir ve bir hastanın tedavisi yoluyla israfları azaltarak veya ortadan kaldırarak hasta memnuniyetini artırır.

Dolısıyla Rexhepi ve Shrestha (2011), sağlık sekt6rünün yalın uygulamalara ihtiyacı olduğunu vurgulamıştır. Sağlık sekt6ründe yalınlık, bu sekt6rde t6m değer katmayan faaliyetlerin, s6renin, hareketlerin ve aşamaların ortadan kaldırılması ile birlikte hastanın tedavi amacı ile hastaneye girişi ile ayrılışı arasındaki s6reyi kısaltmak ile ilgilidir. Yalın d6ř6nce ilkelerinin hastanede uygulanması ile hastanelerde olası hataların ve değer katmayan faaliyetlerin azaltılması, hastaların bekleme ve tedavi s6relerinin d6ř6r6lmesi ve hastaların tedavi s6recinin kalitesinin ve etkinliğinin y6kseltilmesi sağlanabilir. Ayrıca hastanelerde ilaç ve malzeme stok d6zeyinin, alan gereksiniminin ve ilaç hatalarının azalması ve çalışma ortamının iyileştirilmesi sağlanır” (2, 6, 26).

Graban’a g6re de (2009 / 2011) yalınlık; hastanelerde yapılan işlemlerde oluşan hataları ve hastaların bekleme s6relerini minimum seviyeye d6ř6rerek hastalara yapılan bakımın kalitesini artırmalarına olanak tanımaktır (2, 26). Dolısıyla yalınlık, optimum hasta bakımının sağlanmasında maliyetleri kontrol ederken aynı zamanda kalite ve verimliliği de artırır. Yalınliğın altında yatan amaç, hasta için değer oluşturma’dır.

Bir yalın hastane, insanların aynı işleri yapmak için farklı y6ntemler geliştirmelerine ya da hastanın en iyi bakım y6ntemine ulaşması engelleyen unsurları kaldırmak yerine, g6venliği, kaliteyi ve verimliliği artırmak adına iş y6ntemlerinin standartlaştırılmasına 6nem verir. Bir yalın hastane, asla ortalamadan daha iyi olmakla, en 6st y6zdenin içinde yer almakla ya da 6d6ller kazanmakla yetinmez, her zaman daha iyi olmak için çabalar. M6kemmellik erişilmesi zor bir hedef’tir. Ancak bir yalın hastane için kabul edilebilir tek hedef’tir. Ayrıca, bir yalın hastane fiziksel olarak hastalar ve duvarları içinde çalışan herkes açısından israfı en alt d6zeye indirecek şekilde tasarlanmıştır. Servisleri ve çalışanları işlerini mekâna uyarlamaya zorlamak yerine iş akışlarını ve değer akışlarını destekleyecek şekilde tasarlanmıştır. Bir yalın hastanede işleri kolaylaştıran ve hata hassasiyetini azaltan teknolojilerden, otomasyondan ve bilişim sistemlerinden yararlanır. Hastane otomasyonu ya da yeni sistemleri sadece yeni sistemlere sahip olmak adına benimsenmez. Çalışanlar ve hastalar, ihtiyaçlarını karşılayan teknolojilerin seçimine katılırlar (2).

Yalın y6ntemler kullanan hastaneler, hasta sonuçlarını iyileştirmenin bir yolunun israfların azaltılması ve bakımın daha verimli bir şekilde gerçekleştirilmesi olduğunun

fark edilmesinden başlayarak, birimlerin nasıl organize edildiğini ve yönetileceğini yeniden düşünmektedir. Örneğin, yalın yönetim uygulamalarını benimsemiş hastaneler, hastane ilişkili enfeksiyonları ve ventilatörle ilişkili pnömonileri ortadan kaldırmanın yanı sıra randevu ve ameliyatlara için daha kısa kalış süreleri ve daha kısa bekleme sürelerini raporlamaktadır (56-60). Dolayısıyla yalın düşünce, israf, zaman, para, tedarik, ürün ve hizmetin olduğu her yerde kullanılabilir bir düşünce sistemidir. Bu değerlerini maksimize ederek israfları ortadan kaldırmak için sağlık aktörleri, diğer örgütlerde olduğu gibi, kullanıcılar tarafından istenen değerleri belirlemek, katma değeri olmayan adımları ortadan kaldırmak ve tüm bunları yaparken süreçlerin başından sonuna kadar hastaların ihtiyaçlarına göre hareket etmek zorundadırlar (34, 54).

Hastanelerde ortaya çıkan israf tipleri incelendiğinde ise bunlar; fazla üretim, stoklar, nakliye, hareket, bekleme, hatalar, gereksiz işlemler, insan potansiyeli olarak tanımlanmaktadır.

Fazla Üretim: İhtiyaç duyulmadan önce ve gereğinden fazla yapılan uygulamalardır. Hastaya fayda sağlamayan tedaviler, doktorlar ve hemşireler tarafından ayrı ayrı doldurulan ve aynı bilgileri içeren dosyalardır ya da bazı ilaçların fazla verilmesine bağlı tekrar eczaneye geri gönderilerek iade edilmesidir (2).

Stoklar: Gereğinden fazla stok bulundurulması sonucunda ortaya çıkan finansman, nakliye, depolama, bozulma gibi maliyetlerdir. Stoklarda gerektiğinden fazla bulundurulan ve tarihi geçmiş ilaç ve malzemelerdir.

Nakliye: Fiziki mekân düzenindeki hatalara bağlı kişilerin ya da malzemelerin üretim yapılırken ya da hizmet verilirken sürece katkı sağlamayan şekilde taşınmasıdır. Laboratuvarların ya da kan alma alanlarının polikliniklerden uzak olması nedeniyle hastaların yürüdüğü mesafedir.

Hareket: Kişilerin ve makinelerin ürün ya da hizmete katkı sağlamayacak şekilde çalıştırılmasıdır. Gerekli yer ve zamanda bulunamayan malzemelerin, formların, dosyaların bulunabilmesi için (hemşirelerin) yürünen mesafedir.

Bekleme: İşlemler için ya da bir sonraki adım için beklerken boşa geçen zamandır. Hastaların randevuları, görüntüleme ve kan alma işlemleri için bekleme süreleridir.

Hatalar: İşleri yanlış yaparak, hataların tespit edilmesi ile bunların düzeltilmesi için harcanan zaman, efor ve paradır. Tıbbi hatalar, cerrahi komplikasyonlar gibi sorunlardır.

Gereksiz İşlem: Ürün ya da hizmete hiçbir değer katmayan işlemdir. Doktor istemlerindeki veya reçetelerindeki yazının okunamaması sonucu yaşanan tekrarlardır

İnsan Potansiyeli: İnsan kaynağının ve yeteneklerinin en iyi şekilde kullanılmamasıdır. Arz ve talep dengelerinin dikkate alınmadan planlama yapılarak hasta hacmi düşük servis ve polikliniklerde kapasite fazlası personel (hemşire) çalıştırılmasıdır (23, 33).

Bu doğrultuda ülkemizdeki yalın hastane çalışmaları incelendiğinde, Bolu ve Kahramanmaraş'taki iki hastanede çalışmaların yürütüldüğü görülmektedir. 2015 yılında Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği “Yalın Hastane Sistemleri ve Uygulamaları” projesini (61), aynı yıl Kahramanmaraş İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği “Yalın Sağlık Uygulamaları Eğitimi” projesini yürürlüğe koymuştur (62). Ayrıca Dünya Bankasının desteği ile “Kamu Hastanelerinde Yenilikçi Sağlık Yönetimi Projesi”, “Yalın Stok Yönetim Sisteminin Geliştirilmesi” çalışmalarına pilot hastane olarak seçilen İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde başlanmıştır. 14 Temmuz 2017 tarihinde 5S depo düzeni ve Kaizen çalışmalarını gözlemlemek amacıyla toplantı düzenlenmiştir (63). Bunların yanısıra Bursa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Medicabil Yalın Sağlık Enstitüsü ile işbirliği yaparak yalın hastane uygulamalarının projelendirilmesi için İnegöl Devlet Hastanesini pilot hastane olarak seçmiştir (64).

Bu çalışmalar kapsamında, Bolu İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde “Nörolojik Hasta Yatışlarında Yalın Yaklaşım” konulu bir proje yürütülmüştür. Proje çalışmasında, tüm hastaların yarısını oluşturan rehabilitasyon hastalarının tesise ulaşımında ve yatışında problemler olduğu saptanmış ve yalınlaşma ilkelerinin uygulanmasına karar verilmiştir. Süreç analizi sonucunda, hazırlanan bir form ile ‘hastaların yatış öncesi hastaneye ön kontrol için gelmesi’ adımı tamamen ortadan kaldırmış ve yeni bir süreç tanımlanmıştır. Yapılan bu yaratıcı ama basit değişiklikle toplam süreç, 13.5 saatten 4 saate düşürülmüş ve hızlandırılmış bu süreç sayesinde rehabilitasyona yeni başlayan hasta sayısında %46 artış gözlenmiştir.

Ayrıca aynı hastanede yürütülen bir yalın hastane çalışması olan 5S tekniği kullanılmış, bu teknik ile ilaç ve sarf depolarında kullanılmayan stokların azaltılması amaçlanmış ve 67 ilaç kalemi 24'e, miat kontrolleri için harcanan süre 75 dakikadan 15 dakikaya düşürülmüş (1 saat kazanım) ve çalışan memnuniyeti %57'den %93'e çıkmıştır. Bunların yanı sıra aynı hastanede yalın hastane uygulamaları kapsamında yapılan anket sonuçları değerlendirilmiş ve çalışanlarla görüşülerek tespit edilen problemlerin yanı sıra sağlık bakım hizmetlerinde süreç analizi yapılmıştır. Yapılan iyileştirmelerle sürede %35 kısalma sağlanmıştır. Hasta kayıtlarında 5 branş arasında standardizasyona gidilmiş, 5S ve yerleşim düzenlemeleri uygulanmış ve düzenli 'İsraf Tespit Yürüyüşleri' uygulaması başlatılmıştır (65).

Ayrıca yalın yönetim araçlarından Değer Akış Haritalama yöntemi kullanılarak bir çalışma yürütülmüş ve bu doğrultuda Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) gezici ekiplerinin saha ziyaretlerinde tablet bilgisayar kullanılmıştır. Böylece ruh sağlığı merkezine dönüş sonrası hasta kayıtlarının ya da reçetelerinin sisteme girilmesi için günde harcanan 150 dakika tamamen ortadan kaldırılarak toplam günlük süreç 490 dakikadan 340 dakikaya düşürülmüştür. Bu proje neticesinde müşteri (hasta ve yakınları) memnuniyeti %50'lerden %80'nin üzerine ve çalışan memnuniyeti %78'den %93'e çıkmıştır (65).

Tüm bu uygulamaların yanı sıra ülkemizde 2003 yılından itibaren sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda, sağlıkta dönüşüm programında yalınlık sağlanmaya çalışılmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinde hasta yoğunluğunun azaltılması; triaj uygulaması ile acil servise başvuran hastaların vaka niteliklerine göre uygun alana yönlendirilmesi; e-dönüşüm ile e-nabız / Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) / Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) uygulamalarının hayata geçirilmesi amaçlanmıştır. Hataların en aza indirilmesi, değer yaratmayan işlemlerin ayıklanması, katma değer yaratan işlemlerin artırılması, israfı yok etmek, sürdürülebilirlik, gereksiz uygulamalar ve hareketlerin azaltılması, yoğun hasta akışı, sektörün hata kabul etmeyen yapısı, hasta sağlığı ve güvenliği, standartlaştırmanın sağlanamaması, sağlık hizmeti sunumunda bekleme süreleri konuları üzerinde durulmuş ve bununla birlikte hastanelerin girdi-çıkıtı sürecindeki verimliliğin artırılması, hasta kalış sürelerinin azaltılması, işlem sürelerinin

kısaltılması, personelin gereksiz adımlarının önüne geçilmesi, standartlaştırma sağlanmaya çalışılmıştır (66).

Türkiye örneklerine ek olarak 2010 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) (Hasta Koruma ve Ekonomik Hizmet Kanunu) uygulanması ile sağlık sektörüne kapsamlı politikalar ile reformlar getirilmiştir. PPACA ile sağlık kurumları, çok sayıda eğitim ve öğretim formatları ve modülleri aracılığıyla yalın metodolojiyi benimsemek ve uygulamak için harekete geçirilmiştir (67). Örneğin UCLA Sağlık ve Cedars-Sinai Tıp Merkezi gibi bazı sağlık kurumları, iç süreç iyileştirme danışmanları tarafından idare edilen kendi bünyesindeki yalın eğitim programlarını geliştirmişlerdir. Bu eğitim programları, ABD'nin başka yerlerindeki diğer sağlık sistemleri tarafından da çoğaltılan bir model olmuştur (13, 14).

Kar amaçlı olmayan ABD'deki Lean Enterprise Institute (Yalın İşletme Enstitüsü), Rona Consulting Group (Rona Danışmanlık Grup) ve ThedaCare Center for Healthcare Value (Sağlık Hizmetinin Değeri İçin Theda Bakım Merkezi) kuruluşları tarafından desteklenen ve Kaliforniya'da Amerika'nın en iyi 10 üniversitesinden biri olan The University of California Berkeley, School of Public Health (Kaliforniya Berkeley Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu) 13 Ekim'de Center for Lean Engagement and Research (CLEAR) (Yalın Etkileşim ve Araştırma Merkezi) ismini verdikleri ve sağlık sektöründe yalın tekniklerin uygulamaları konusunda araştırma yapacak olan birimlerinin kuruluşunu anons etmiştir (68).

4.7. Yalın Hemşirelik Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde ve bir sağlık hizmeti olan hemşirelik hizmetlerinde yalın düşünce uygulamaları, genellikle süreç iyileştirme yaklaşımı ile ele alınmıştır. Bu anlamda yalın yönetim uygulamaları: Yalın eğitimin verilmesi, pilot projelerin yapılması ve disiplinler arası ekiplerin kurulmasını kapsamaktadır (5). Ancak hemşirelik hizmetlerine yönelik yürütülen çalışmaların çok azında süreçler, hasta bakımına odaklanmıştır. Oysa bakımın kalitesini, güvenliğini, maliyetini belirlemek amacıyla hemşirelik hizmetlerinde yalın yönetimin uygulanabilirliğine ilişkin ölçümler yapılmalıdır (60). Bu doğrultuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelik hizmetlerine yönelik çalışmalara hastanelerin geneli kapsamında yürütülen çalışmaların

bir parçası olarak yer verildiği görülmektedir. Oysa hastanelerde ve süreçlerinde birçok israfın olduğu ve gerçekleştirilen faaliyetlerin yaklaşık %30-40'ının israf olarak değerlendirildiği saptanmıştır (69). Bu anlamda hemşirelik faaliyetleri değerlendirildiğinde, hastanelerde hemşirelerin sürelerinin %65'ini malzemeleri, araçları vb. şeyleri aramakla, net olarak açıklanmamış bilgileri ve talimatları açıklamakla ve gereksiz kırtasiye işlerini yapmakla geçirdiği belirtilmiştir (26, 70). Oysa yalın yönetim uygulamalarının hemşirelik hizmetlerinde uygulanması, hastaya değer katmayan süreçlerdeki adımların/faaliyetlerin ortadan kaldırılmasını, değiştirilmiş işlemlerin hemen uygulanmasını ve sürecin yeniden değerlendirilmesi sayesinde; süreçteki adımlar azaltılıp, hasta için değerli olan sürenin artırılmasını ve sağlık hizmeti sunan hemşirelere hasta ile daha fazla zaman geçirme olanağını sağlar (5, 71). Örneğin hastanelerde ekipman yerlerinin, hastane bölümlerinin düzenlenmesi, yürüme mesafesinin kısaltılmasını ya da gereksiz yürümelerin azaltılmasını sağlayabilir. Bunun için hemşirelerin ne kadar mesafe yürüdüğü araştırılmalıdır. Yalın uygulama kapsamında, hemşire odası birim/servis koridorun sonuna değil, koridorun ortasına yerleştirilirse hemşirelerin yürüdüğü mesafe azaltılır ve hastalara daha hızlı yardım edilebilir. Ayrıca hemşirelerin kullandığı malzemelerin yerinin sık değiştirilmesi de hemşirelerin yürüme mesafesi üzerinde etkilidir. Bu nedenle yalın uygulama kapsamında gün içerisinde kullanımı yüksek olan malzemelerin birden fazla yerde bulundurulması hemşirelerin yürüme mesafesini azaltılabilir. Her koridorun ortasına yerleştirilecek bir dolap, malzemelere kısa sürede ulaşımı sağlar ve yürüme mesafesi azalabilir. Eğer kullanılan parçalar pahalı değil ve çok fazlada yer işgal etmiyorsa da bu parçaların her bir hastanın odasında veya birden fazla yerde stoklanması yürüme mesafesine yönelik emek israfını önemli ölçüde azaltabilir (26, 69).

Fakat bazen yalın uygulamalara yönelik çalışanlar tepki gösterebilir. Bu durum özellikle sağlık sektöründe çok daha fazla karşılaşılan bir sorundur. Çalışanlar, işleri ile ilgili israfları tanımlamada zorluk çıkarabilir. Çünkü herkes kendi işinin değerli olduğunu düşünmektedir. Dolayısıyla görevlerinin değer katmadığı veya israf içerdiği konusunda sağlık çalışanlarını ikna etmek oldukça güçtür. Örneğin malzemeleri arayan bir hemşire, hastalarının ihtiyaçlarını karşıladığını düşünmekte ve bunu israf olarak görmeyip süreci de sorgulamamaktadır (54). Oysa hemşireler, malzemeleri aramak ve tedarik etmek için harcayacağı çabayı ve süreyi hastanın tedavisi için kullanabilse değer

katmayan faaliyetler değer katan faaliyetlere dönüştürülmüş olacaktır. Ancak bunun başarılabilmesi için hemşirenin süreçteki aşamaları sorguluyor olması ve böyle bir kültürel anlayış ya da kültürel değişimin yaratılması gerekir. Sonuç olarak yalın ilkelerin uygulanabilmesi için yalın düşüncüyü benimseyen bir örgütsel kültürün yaratılmasına çalışılmalıdır. Yalın uygulamalar için üst yönetim destek vermeli ve tüm çalışanlar süreçleri geliştirme ve israfları ortadan kaldırma çalışmalarına katılmalıdır (2, 54). Bununla birlikte yalın uygulamalar doktorlar, hemşireler, terapistler, eczacılar ve tüm çalışanlar için daha iyi bir iletişim ve birlikte çalışma ortamı sağlayacaktır (72).



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma servis/ünitelerdeki hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin hemşirelerin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yapıldığı dönemde Artvin ili Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı şimdi ise Sağlık Bakanlığı Artvin il Sağlık Müdürlüğüne bağlı Tablo 2’de belirtilen altı devlet hastanesinde 10 Nisan 2017-20 Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Tablo 2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Tanıtıcı Özellikleri

Hastaneler	Artvin Devlet Hastanesi	Hopa Devlet Hastanesi	Borçka Devlet Hastanesi	Arhavi Devlet Hastanesi	Şavşat Devlet Hastanesi	Yusufeli Devlet Hastanesi	Toplam
Yatak sayısı	165	50	30	40	36	25	346
Hemşire sayısı	114	44	28	28	24	12	250
Sorumlu hemşire sayısı	15	6	2	7	6	4	40

5.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Artvin ili Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 6 devlet hastanesinde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır (N=250). Araştırmada örneklem seçimi yapılmayarak evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışma, çalışmaya katılımında gönüllü ve çalışmanın yürütüldüğü dönemde izinli olmayan 178 (%71.2) hemşire ile yürütülmüştür.

5.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri: Artvin İl Merkezi Devlet Hastanesi servis/ünitelerinde en az 6 ay hemşire olarak çalışmış olmak ve araştırmaya katılımında gönüllü olmaktır.

Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri: Araştırmaya katılmayı kabul etmemek, hastanede geçici görevde bulunmak ve hemşirelik personeli dışındaki sağlık ve diğer personel olmaktır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “bilgi formu” ile “hemşirelik hizmetleri ile ilgili süreçleri içeren anket” kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, medeni ve eğitim durumu, çalışılan birim, pozisyon, mesleki deneyim, hastanede çalışma yılı, serviste çalışma süresi, birimden memnun olma durumuna ilişkin 10 soru ve yalınlaşma kavramına ilişkin bilgi durumu, yalın hastane ile ilgili sempozyum gibi bilimsel bir toplantıya katılma durumu, çalışılan birimin yalınlaşmaya ihtiyacı olma durumunu içeren 3 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Süreçleri İçeren Anket: Araştırmacı tarafından hemşirelik iş/faaliyet süreçlerinin tanımlanarak değer katmayan, zaman kaybettiren, gereksiz faaliyetlerin tanımlanması amacı ile Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) doğrultusunda hazırlanmıştır (73). Ayrıca anket kapsamındaki süreçlerin tanımlanması için Artvin devlet hastanesi dahiliye, cerrahi, özellikli birimlerden seçilen 6 farklı serviste bir gün hemşirelik işlevleri aynı hastanede çalışan araştırmacı tarafından gözlenmiş ve son olarak hemşireler, sorumlu hemşireler, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve kalite hemşireleri ile 3 kez, kamu hastaneleri birliği genel sekreteri, insan kaynakları birim görevlisi ve sağlık bakım hizmetleri müdürü ile bir kez yapılan grup toplantıları ışığında geliştirilmiş ve düzenlenmiştir. Anket, hasta kabul, hastanın eve taburculuğu, hastanın diğer birime transferi, hastanın başka hastaneye nakli, ölen hastanın hazırlığı, günlük hemşirelik iş akışı, laboratuvar, görüntüleme merkezleri ve eczane, ameliyata gidecek ve gelen hastalara ilişkin hemşirelik faaliyet/işlemlerini içeren 11 süreci içerecek şekilde yalınlaşma aracı olan “standartlaştırılmış iş” kapsamında standart iş çizelgesi oluşturularak hazırlanmıştır (Tablo 3). Bu süreçlere ilişkin faaliyetler, “serviste yapılıyor ya da yapılmıyor”, “gerekli, gereksiz, nadiren gerekli ve gereksiz zorunlu”, “zaman harcatıcı”, “israf yaratan” ve “öneri” seçenekleri ile değerlendirilmektedir. Ayrıca anket, hemşirelerin kullandığı hastanedeki fiziki ortamın yalınlaşmasına ilişkin görüşlerinin alındığı bir bölüme de sahiptir. Bu

bölümdeki fiziki ortam ve donanımı, “var/yok”, “gerekli/gereksiz”, “yeri uygun/uygun değil”, “uzak”, “iyileştirmeli” ve “öneriler” şeklinde değerlendirilmektedir.

Tablo 3. Hemşirelik Hizmetleri Faaliyetlerine İlişkin Süreçleri İçeren Anketteki Soru Sayısı (Ek 3)

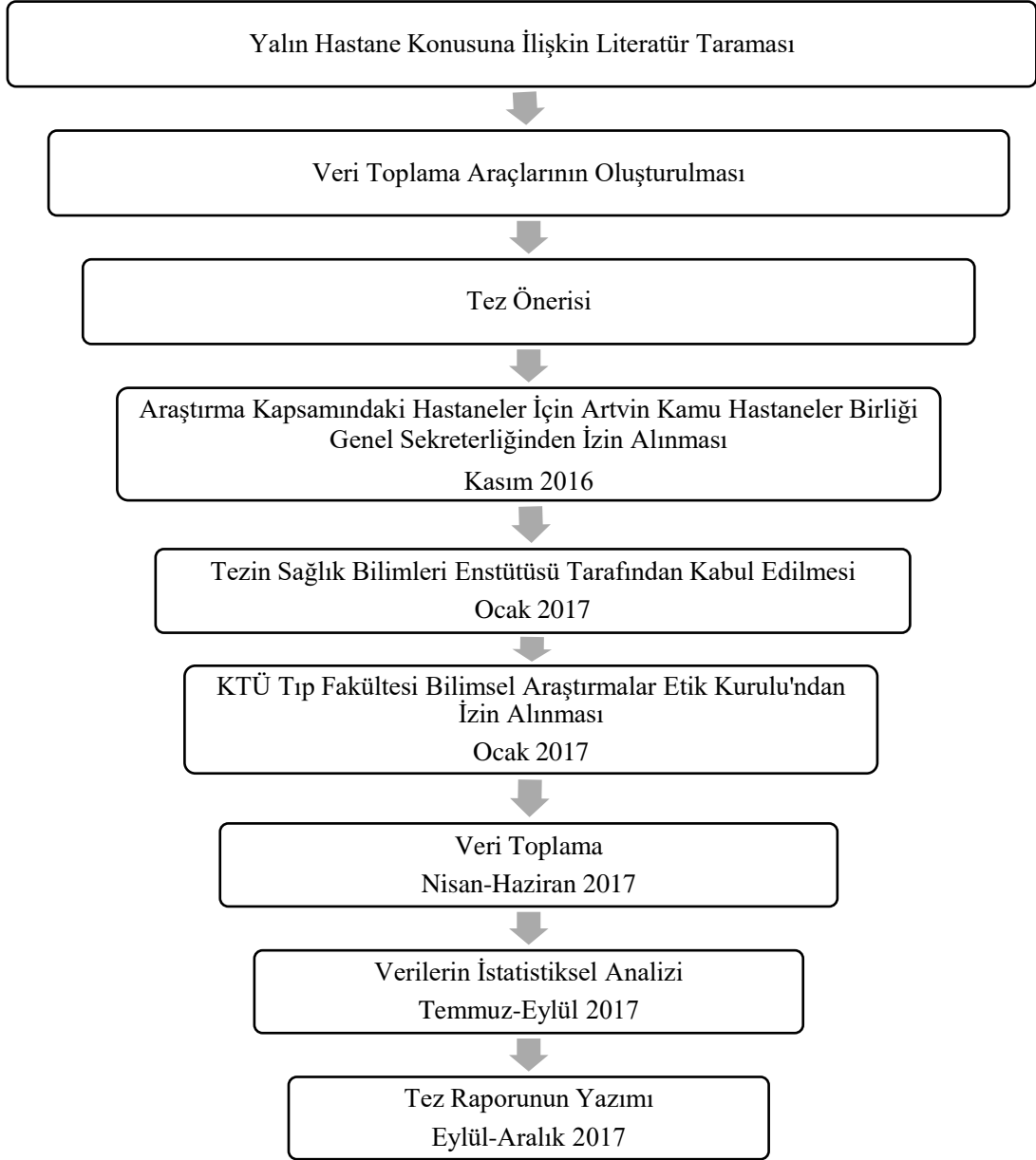
Alt Boyutlar	Soru Sayısı
Hasta Kabul Süreci	26
Hastanın Eve Taburculuk Süreci	6
Hastanın Diğer Servis/Birime Transfer Süreci	5
Hastanın Başka Hastaneye Nakil Süreci	4
Ölen Hastanın Hazırlık Süreci	10
Günlük Hemşirelik İş Akışı	58
Laboratuvar ve Görüntüleme Merkezlerine İlişkin Süreçler	18
Eczane ve Sarf İşlemlerine İlişkin Süreçler	14
Ameliyata Gidecek Hastalara İlişkin Hemşirelik İş Akış Süreci	14
Ameliyattan Gelecek Hastalara İlişkin Hemşirelik İş Akış Süreci	11
Toplam	166
Fiziki Ortamın Yalınlaşması	63
Genel Toplam	229

5.6. Veri Toplama Süreci

Verilerin toplanma sürecinde ilk olarak kurum ve etik kurul izni alınmıştır. İzinler alındıktan sonra örneklem sayısı kadar bilgi ve anket formu hazırlanmıştır. Daha sonra, bu bilgi formu ve anketler çalışmaya dahil edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılımda gönüllü olan, Artvin ili kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere elden dağıtılmış, iki hafta içinde araştırmacı tarafından elden toplanmıştır.

Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma Planı

5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki fark ki-kare analizi ile test edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin demografik özelliklerini, yalın hastane kavramına ilişkin görüşlerini,

hemşirelik hizmetlerine ilişkin faaliyetleri içeren süreçlerin uygulanması durumu ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşlerini ve hemşirelerin fiziksel ortamın yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerini tanımlamak için sıklık ve yüzdellik testleri; hemşirelerin demografik özellikleri ile yalın hastane kavramına ilişkin görüşlerinin karşılaştırması için ki-kare testi kullanılmıştır.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığı, Artvin ili devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin bu hastanedeki hemşirelik hizmetlerine ilişkin süreçlerin kapsadığı faaliyetlerin uygulanması ve gerekliliğine ilişkin görüşleri ile yürütülmesidir. Bununla birlikte araştırmada veri toplama aracı olarak anketin kullanılması ve ankette yer alan hemşirelik faaliyetlerini kapsayan süreçlerin değerlendirilmesinde zaman harcatan, israf yaratan bölümlerini, anketin fiziki ortam ve donanımın değerlendirilmesine ilişkin yeri uygun/uygun değil, uzak ve iyileştirilmesi bölümlerinin hemşireler tarafından yeterince doldurulmaması ve bu nedenle verilerin değerlendirilememesi araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

5.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde Artvin il merkezinde bulunan Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı olan ancak günümüzde İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olan devlet hastanelerinde yürütülebilmesi için Artvin Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden 15.11.2016 tarihinde yazılı izni alınmıştır. Bununla birlikte KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 27.01.2017 tarihinde etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırma anketinin yanıtlanmasında hemşirelerin gönüllülüğü gözetilmiştir.

6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, (1) hemşirelerin demografik özellikleri, yalın hastane kavramına ilişkin görüşleri, (2) hemşirelerin demografik özellikleri ile yalın hastane kavramına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması, (3) hemşirelik hizmetlerine ilişkin faaliyetleri içeren süreçlerin uygulanması, süreçteki faaliyetlerin gerekliliği ve hemşirelerin fiziksel ortamın yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerini kapsayan 3 ana başlıkta ele alınmıştır.

6.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri, Yalın Hastane Kavramı ile İlgili Görüşleri ve Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin %42.7'si 31-40 yaş aralığında, %92.7' si kadın, %79.8'si evli ve %46.1'i lisans\lisansüstü eğitime sahiptir. %44.9'u diğer birimlerde ve %93.3'ü hemşire pozisyonunda çalışmaktadır. Hemşirelerin %25.8'i 6-10 yıl mesleki deneyime sahipken, %51.1'i 1-5 yıl hastanelerinde ve %67'si 1-5 yıl servislerinde çalışmaktadırlar. Ayrıca hemşirelerin %91'i çalıştıkları bölümden memnundur (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=178)

		n	%
Yaş	20-30 yaş	59	33.1
	31-40 yaş	76	42.7
	40 yaş üzeri	43	24.2
Cinsiyet	Kadın	165	92.7
	Erkek	13	7.3
Medeni Durum	Evli	142	79.8
	Bekar	36	20.2
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	33	18.5
	Ön lisans	63	35.4
	Lisans\lisansüstü	82	46.1
Çalışılan Servis	Servisler	56	31.5
	Özellikli birimler	42	23.6
	Diğer birimler	80	44.9
Pozisyon	Hemşire	166	93.3
	Yönetici hemşire	12	6.7
Mesleki Deneyim Yılı	1-5 yıl	35	19.7
	6-10 yıl	46	25.8
	11-15 yıl	32	18.0
	16-20 yıl	27	15.2
	21-25 yıl	17	9.6
	26-30 yıl	21	11.7
Hastanede Çalışma Yılı	1-5 yıl	91	51.1
	6-10 yıl	35	19.7
	11-15 yıl	14	7.9
	16-20 yıl	23	12.9
	20 yıl üzeri	15	8.4
Servis/Ünitede Çalışma Yılı	1-5 yıl	120	67.0
	6-10 yıl	33	18.0
	10 yıl ve üzeri	25	14.0
Çalışılan Bölümden Memnun Olma	Evet	162	91.0
	Hayır	16	9.0
	Toplam	178	100.0

Hemşirelerin %64'ü yalın hastane kavramı ilişkin bilgi sahip olmadığını belirtmiştir. %96.6'sı yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum vb. toplantıya katılmadığını, %46.1'i çalıştıkları birimin kısmen yalınlaşmaya ihtiyacı olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Yalın Hastane Kavramına İlişkin Görüşleri ve Bilgi Durumu

Hemşirelerin Görüşleri ve Bilgi Durumu		n	%
Yalın Hastane Kavramı Hakkında Bilgi Sahipliği	Evet	64	36.0
	Hayır	114	64.0
Yalın Hastane Kavramı Sempozyumuna Katılma Durumu	Evet	6	3.4
	Hayır	172	96.6
Çalışılan Birimin Yalınlaşmaya İhtiyacı Olma	Evet	53	29.8
	Hayır	43	24.2
	Kısmen	82	46.1
	Toplam	178	100.0

Hemşirelerin demografik özellikleri ile yalın kavramına ilişkin görüşleri ve bilgi durumları karşılaştırıldığında, hemşirelerin eğitim durumu ile çalıştıkları birimin yalınlaşmaya ihtiyacı olduğuna dair görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10.426$; $p=0.034<0.05$). Bu farka göre lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşireler sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelere göre çalıştıkları birimin kısmen yalınlaşmaya ihtiyacı olduğu görüşünü daha fazla desteklemişlerdir (Tablo 6). Bununla birlikte hemşirelerin eğitim durumları ile yalın hastane kavramı hakkında bilgi sahibi olma, yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum vb. etkinliğe katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin çalıştıkları servis/ünitedeki çalışma yılları ile yalın hastane kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=6.397$; $p=0.041<0.05$). Buna göre servis/ünitelerinde 1-5 yıl arasında çalışmış olan hemşireler diğer hemşirelere göre yalın hastane kavramı hakkında daha fazla bilgi sahibidir (Tablo 6). Ancak hemşirelerin çalıştıkları servis/ünitedeki çalışma yılları ile yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum vb. etkinliğe katılma ve çalıştıkları birimin yalınlaşmaya ihtiyacı olma durumları ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin çalıştıkları servisten memnun olma durumu ile yalın hastane kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumları arasında da istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=6.737$; $p=0.006<0.05$). Bu fark göre servislerinden memnun olmayan hemşirelerin yalın hastane kavramı hakkında daha az bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Bununla birlikte hemşirelerin çalıştıkları servisten memnun olma durumu ile yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum vb. etkinliğe katılma ve çalıştıkları birimin yalınlaşmaya ihtiyacı olma durumları ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, pozisyonları, çalıştıkları servis/ünite, mesleki deneyim yılı, hastanede çalışma yılı ile yalın hastane kavramı hakkında bilgi sahibi olma, yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum gibi bilimsel bir toplantıya katılma ve çalıştıkları birimin yalınlaşmaya ihtiyacı olma durumları ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Yalın Hastane Kavramlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Durumlarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Yalın hastane kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu				Yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum vb. etkinliğe katılma durumu				Çalışılan birimin yalınlaşmaya ihtiyacı olma durumu					
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Kısmen	
Yaş	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20-30 yaş	22	37.3	37	62.7	2	3.4	57	96.6	15	25.4	13	22.0	31	52.5
31-40 yaş	32	42.1	44	57.9	4	5.3	72	94.7	23	30.3	19	25.0	34	44.7
40 yaş ve üzeri	10	23.3	33	76.7	0	0.0	43	100.0	15	34.9	11	25.6	17	39.5
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 4.305$ p=0.116				$\chi^2 = 2.336$ p=0.311				$\chi^2 = 1.891$ p=0.756					
Cinsiyet														
Kadın	58	35.2	107	64.8	5	3.0	160	97.0	48	29.1	40	24.2	77	46.7
Erkek	6	46.2	7	53.8	1	7.7	12	92.3	5	38.5	3	23.1	5	38.5
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 0.633$ p=0.304				$\chi^2 = 0.804$ p=0.370				$\chi^2 = 0.538$ p=0.764					
Medeni Durum														
Evli	49	34.5	93	65.5	5	3.5	137	96.5	42	29.6	37	26.1	63	44.4
Bekar	15	41.7	21	58.3	1	2.8	35	97.2	11	30.6	6	16.7	19	52.8
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 0.639$ p=0.270				$\chi^2 = 0.049$ p=0.650				$\chi^2 = 1.498$ p=0.473					
Eğitim durumu														
Sağlık meslek lisesi	10	30.3	23	69.7	1	3.0	32	97.0	9	27.3	13	39.4	11	33.3
Önlisans	18	28.6	45	71.4	1	1.6	62	98.4	20	31.7	18	28.6	25	39.7
Lisans/üstü	36	43.9	46	56.1	4	4.9	78	95.1	24	29.3	12	14.6	46	56.1
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 4.198$ p=0.123				$\chi^2 = 1.199$ p=0.549				$\chi^2 = 10.426$ p=0.034					
Çalışılan servis/birimler														
Klinikler	19	33.9	37	66.1	1	1.8	55	98.2	22	39.3	17	30.4	17	30.4
Özellikli Birimler	19	45.2	23	54.8	1	2.4	41	97.6	12	28.6	8	19.0	22	52.4
Diğer Birimler	26	32.5	54	67.5	4	5.0	76	95.0	19	23.8	18	22.5	43	53.8
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 2.086$ p=0.352				$\chi^2 = 1.210$ p=0.546				$\chi^2 = 8.522$ p=0.074					
Çalışılan pozisyon														
Hemşire	57	34.3	109	65.7	5	3.0	161	97.0	48	28.9	42	25.3	76	45.8
Yönetici Hemşire	7	58.3	5	41.7	1	8.3	11	91.7	5	41.7	1	8.3	1	8.3
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 2.798$ p=0.089				$\chi^2 = 0.973$ p=0.346				$\chi^2 = 1.988$ p=0.370					

Tablo 6. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Yalın Hastane Kavramlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Durumlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Mesleki deneyim														
1-5 yıl	15	42.9	20	57.1	2	5.7	94.3	45	34.3	7	17.1	11	48.6	28
6-10 yıl	18	39.1	28	60.9	1	2.2	45	97.8	7	15.2	11	23.9	28	60.9
11-15 yıl	8	25.0	24	75.0	2	6.2	30	93.8	11	34.4	9	28.1	12	37.5
16-20 yıl	10	37.0	17	63.0	1	3.7	26	96.3	11	40.7	8	29.6	8	29.6
21-25 yıl	9	52.9	8	47.1	0	0.0	17	100.0	2	11.8	6	35.3	9	52.9
26-30 yıl	4	19.0	17	81.0	0	0.0	21	100.0	10	47.6	3	14.3	8	38.1
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 7.344$ p=0.196				$\chi^2 = 2.942$ p=0.709				$\chi^2 = 16.699$ p=0.081					
Hastanede çalışma süresi														
1-5 yıl	37	40.7	54	59.3	3	3.3	88	96.7	25	27.5	21	23.1	45	49.5
6-10 yıl	11	31.4	24	68.6	3	8.6	32	91.4	12	34.3	11	31.4	12	34.3
11-15 yıl	3	21.4	11	78.6	0	0.0	14	100.0	8	57.1	3	21.4	3	21.4
16-20 yıl	9	39.1	14	60.9	0	0.0	23	100.0	5	21.7	5	21.7	13	56.5
20 yıl ve üzeri	4	26.7	11	73.3	0	0.0	15	100.0	3	20.0	3	20.0	9	60.0
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 3.132$ p=0.536				$\chi^2 = 4.722$ p=0.317				$\chi^2 = 10.223$ p=0.250					
Ünitede çalışma yılı														
1-5 yıl	50	41.7	70	58.3	4	3.3	116	96.7	35	29.2	25	20.8	60	50
6-10 yıl	6	18.2	27	81.8	2	6.1	31	93.9	9	27.3	13	39.4	11	33.3
10 yıl ve üzeri	8	32	17	68	0	0.0	25	100.0	9	36.0	5	20.0	11	44
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 6.397$ p=0.041				$\chi^2 = 1.606$ p=0.448				$\chi^2 = 5.896$ p=0.207					
Serviste çalışmaktan memnuniyet														
Memnun	63	38.9	99	61.1	6	3.7	156	96.3	47	29.0	37	22.8	78	48.1
Memnun değil	1	6.2	15	93.8	0	0	16	100.0	6	37.5	6	37.5	4	25.0
χ^2 ve p değeri	$\chi^2 = 6.737$ p=0.006				$\chi^2 = 0.613$ p=0.563				$\chi^2 = 3.342$ p=0.188					

6.2. Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Süreçlerin Uygulanması ve Süreçteki Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin hasta kabul, hastanın eve taburculuğu, hastanın diğer birime transferi ya da başka hastaneye nakli, ölen hastanın hazırlığı, günlük hemşirelik iş akışı, laboratuvar, görüntüleme merkezleri ve eczane işlemleri, ameliyata giden ve gelen hastalara ilişkin süreçlerin uygulanması ve bu süreçlere ilişkin faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşlerini kapayan bulgulara yer verilmiştir.

Hemşirelerin hasta kabul sürecindeki faaliyetlerin uygulanması ve gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%72.1 - 100), özellikle üniteler (%78.1 - 100), diğer birimler (%74.5 - 100) ve genel toplamda (%74.6 - 99.4) hemşireler hasta kabul süreçlerine ilişkin belirtilen işlemlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. %25.4'ü ise en fazla “hastanın kıymetli eşyaları teslim alınır ve hasta eşyaları teslim formuna kayıt edilir” işlemini servislerinde yapmadıklarını belirtmiştir (Tablo 7).

Hemşirelerin hasta kabul sürecindeki faaliyetleri gerekli bulma durumları değerlendirildiğinde, hemşireler %62.1 ile %98.6 aralığında servislerinde yaptıkları işlemleri gerekli bulmuştur. Bunların yanı sıra hemşirelerin %23.5'i “hemşire hastaya kendini tanıtır”, %25.8'i “gereksinimlerini karşılayamayan hastanın pijamalarını giymesine yardım edilir ve hasta yatağına alınır” ve %25.9'u “hastaya servisteki sağlık ekibi tanıtılır” işlemini nadiren gerekli bulmuştur. Ayrıca hemşirelerin %21.3'ü yine “hastanın kıymetli eşyaları teslim alınır ve hasta eşyaları teslim formuna kayıt edilir”, %21.2'si “hastaya servisteki sağlık ekibi tanıtılır” ve %16.4'ü “ön değerlendirmeye ilişkin tüm bilgiler ve sonuçlar” hemşire tarafından hemşirelik bakım planına kayıt edilir” işlemlerini gereksiz bulmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelerin Hasta Kabul Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hasta Kabul Süreci	Servisler		Özellikli Birimler		Diğer Birimler		Genel Toplam				Genel Toplam											
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Hemşire hastaya kendini tanıtır	47	97.9	1	2.1	28	93.3	2	6.7	54	94.7	3	5.3	5.3	95.6	6	4.4	53	65.4	8	9.9	19	23.5
Hasta ve hasta yakınını hasta odasına yönlendirir	50	100.0	0	0.0	30	90.9	3	9.1	66	98.5	1	1.5	146	97.3	4	2.7	60	89.6	3	4.5	4	6.0
Hastanın odasına uyumu için oda tanıtımı ve kullanımını anlatılır	48	98.0	1	2.0	28	90.3	3	9.7	62	98.4	1	1.6	138	96.5	5	3.5	55	78.6	7	10.0	8	11.4
Hastaya servis ünite tanıtılır	48	100.0	0	0.0	28	87.5	4	12.5	60	98.4	1	1.6	136	96.5	5	3.5	50	70.4	7	9.9	13	18.3
Hastaya servisteki sağlık ekibi tanıtılır	40	93.0	3	7.0	20	80.0	5	20.0	49	84.5	9	15.5	109	86.5	17	13.5	42	49.4	18	21.2	22	25.9
Hasta yakınlarına telefon, yemek, ziyaretçi, refakatçi bulundurma, otel, park imkanlarına ilişkin bilgi verilir	48	100.0	0	0.0	29	93.5	2	6.5	60	96.8	2	3.2	137	97.2	4	2.8	50	71.4	9	12.9	10	14.3
Hastanın kıymetli eşyaları teslim alınır ve hasta eşyaları teslim formuna kayıt edilir	31	72.1	12	27.9	25	78.1	7	21.9	41	74.5	14	25.5	97	74.6	33	25.4	44	58.7	16	21.3	13	17.3
Hastanın ilaçları teslim alınarak son kullanma tarihi ve miktar durumları ile birlikte hemşirelik hizmetleri değerlendirme formuna kayıt edilir	50	96.2	2	3.8	32	100.0	0	0.0	64	92.8	5	7.2	146	95.4	7	4.6	51	78.5	9	13.8	3	4.6
Gereksinimlerini karşılayamayan hastanın pijamalarını giymesine yardım edilir ve hasta yatağına alınır	47	94.0	3	6.0	30	88.2	4	11.8	60	96.8	2	3.2	137	93.8	9	6.2	41	62.1	7	10.6	17	25.8
Servise yatan tüm hastaların 4 saat içerisinde ön değerlendirmesi yapılır	55	100.0	0	0.0	31	100.0	0	0.0	65	95.6	3	4.4	151	98.1	3	1.9	58	92.1	1	1.6	3	4.8
Hastanın yaşam bulguları alınır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir	53	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	73	98.6	1	1.4	158	99.4	1	0.6	54	93.1	1	1.7	2	3.4
Hasta ön değerlendirme formu doldurulur	50	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	68	98.6	1	1.4	150	99.3	1	0.7	51	87.9	2	3.4	4	6.9
NRS2002 formu doldurtulur	40	87.0	6	13.0	28	100.0	0	0.0	55	93.2	4	6.8	123	92.5	10	7.5	35	71.4	4	8.2	8	16.3

Tablo 7. Hemşirelerin Hasta Kabul Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Yetişkinlerde itaki düşme riski formu doldurulur	54	100.0	0	0.0	29	96.7	1	3.3	65	89.0	8	11.0	148	94.3	9	5.7	48	81.4	3	5.1	5	8.5
Çocuklarda harizmi düşme ölçeği formu doldurulur	45	91.8	4	8.2	27	90.0	3	10.0	59	88.1	8	11.9	131	89.7	15	10.3	48	80.0	3	5.0	7	11.7
Bölümdeki hastalara özgü risk değerlendirmeler (nütrisyonel risk değerlendirmesi, bası yarası risk değerlendirmesi Vb) Yapılır	49	98.0	1	2.0	32	100.0	0	0.0	65	91.5	6	8.5	146	95.4	7	4.6	52	81.2	2	3.1	9	14.1
Risk değerlendirme formu hemşire ve hasta yakınına imzalatılır	45	93.8	3	6.2	29	87.9	4	12.1	62	91.2	6	8.8	136	91.3	13	8.7	49	77.8	9	14.3	4	6.3
Bu ön değerlendirmeye ilişkin tüm bilgiler ve sonuçlar hemşire tarafından hemşirelik bakım planına kayıt edilir	49	100.0	0	0.0	31	93.9	2	6.1	64	94.1	4	5.9	144	96.0	6	4.0	50	74.6	11	16.4	4	6.0
Ön değerlendirmeye göre hastanın gereksinimleri ve sorunları saptanarak hastaya özel bakım planı hazırlanır	46	97.9	1	2.1	30	93.8	2	6.2	65	97.0	2	3.0	141	96.6	5	3.4	57	80.3	8	11.3	4	5.6
Hekimin tedavi planına göre hasta tedavileri düzenlenir	50	96.2	2	3.8	33	100.0	0	0.0	67	100.0	0	0.0	150	98.7	2	1.3	68	98.6	0	0.0	1	1.4
Hekim Tarafından İstenen Rutin Testler İçin Gerekli İşlemler Gerçekleştirilir (kan Alma, Röntgen Vb)	51	98.1	1	1.9	36	100.0	0	0.0	69	98.6	1	1.4	156	98.7	2	1.3	63	98.4	1	1.6	0	0.0
Hasta yakınlarına uygulamalar öncesi hemşireler tarafından bilgilendirme yapılır, sözlü onam alınarak bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır	49	100.0	0	0.0	34	100.0	0	0.0	66	98.5	1	1.5	149	99.3	1	0.7	59	84.3	7	10.0	3	4.3
Hasta yakınlarına tedaviyi reddetme ya da sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirme yapılır	45	100.0	0	0.0	33	94.3	2	5.7	66	100.0	0	0.0	144	98.6	2	1.4	61	89.7	1	1.5	4	5.9

Tablo 7. Hemşirelerin Hasta Kabul Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Bilgilendirmeler genel bilgilendirilmiş onam formu ile hasta yakınları, hemşire ve hekim tarafından imzalanarak kayıt altına alınır	52	100.0	0	0.0	33	97.1	1	2.9	63	92.6	5	7.4	148	96.1	6	3.9	50	87.7	2	3.5	3	5.3
Hekim istemine uygun diğer tedavi ve takipler yapıp sonuçları hemşire gözlem formuna kayıt edilir	51	98.1	1	1.9	35	97.2	1	2.8	71	98.6	1	1.4	157	98.1	3	1.9	56	96.6	1	1.7	0	0.0
Hastaların eğitim ihtiyacı belirlenerek hasta eğitim planının yapılır	46	97.9	1	2.1	29	93.5	2	6.5	64	95.5	3	4.5	139	95.9	6	4.1	55	79.7	4	5.8	7	10.1

Hemşirelerin eve taburculuk sürecinin faaliyetlerinin uygulanması ve gerekliliklerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%94.1 - 100), özellikli üniteler (%87.5 - 100), diğer birimler (%89.7 - 98.7) ve genel toplamda (%91.2 - 99.4) hemşireler hastanın eve taburculuk sürecine ilişkin belirtilen işlemlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin yaptıkları bu işlemleri %60 - 93.5 ile gerekli bulurken, %26.2'si “hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur”, %14.3'ü “hasta taburculuk ve eğitim formu doldurularak bir nüshası hastaya hasta yakınına teslim edilir” işlemini nadiren gerekli bulmuşlardır. Aynı zamanda hemşireler %15.9' ile yine “hasta taburculuk ve eğitim formu doldurularak bir nüshası hastaya hasta yakınına teslim edilir” ve %12.3'ü “hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin Hastanın Eve Taburculuk Sürecindeki Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hastanın Eve Taburculuk Süreci	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın dosyasını, hastaya ait tüm bilgi ve belgeleri hastanın hemşiresi toplarlar	52	100.0	0	0.0	34	100.0	0	0.0	74	98.7	1	1.3	160	99.4	1	0.6	43	93.5	1	2.2	2	4.3
Taburcu olacak olan hastaların dosyaları sekretere teslim edilir	51	100.0	0	0.0	31	91.2	3	8.8	72	98.6	1	1.4	154	97.5	4	2.5	49	90.7	2	3.7	1	1.9
Hastaya hemşiresi tarafından taburculuk eğitimi verilir ve hasta eğitim formuna kayıt edilir	46	97.9	1	2.1	30	100.0	0	0.0	69	94.5	4	5.5	145	96.7	5	3.3	49	79.0	4	6.5	7	11.3
Hasta taburcu ve eğitim formu doldurularak bir nüshası hastaya hasta yakınına teslim edilir	46	95.8	2	4.2	28	87.5	4	12.5	61	89.7	7	10.3	135	91.2	13	8.8	42	66.7	10	15.9	9	14.3
Hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur	48	94.1	3	5.9	30	96.8	1	3.2	67	98.5	1	1.5	145	96.7	5	3.3	39	60.0	8	12.3	17	26.2
Hastanın teslim alınan eşyaları, ilaçları, reçete bilgileri hastaya teslim edilir	51	98.1	1	1.9	32	97.0	1	3.0	66	94.3	4	5.7	149	96.1	6	3.9	52	86.7	3	5.0	4	6.7

Hemşirelerin hastanın diğer servis/üniteye transfer sürecine ilişkin faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%92 - 100), özellikli üniteler (%100), diğer birimler (%97 - 98.6) ve genel toplamda (%95.9 - 99.3) hemşireler hastanın diğer servis/birime transfer sürecine ilişkin belirtilen faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin %85.3 - 95.5 bu transfer sürecine ilişkin faaliyetleri gerekli bulurken %13.2'si “hemşire hastayı farklı bir birime gitmesi gerektiği ile ilgili bilgilendirir” faaliyetini nadiren gerekli bulmuşlardır (Tablo 9).



Tablo 9. Hemşirelerin Hastanın Diğer Servis/Birimlere Transfer Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hastanın Diğer Servis/Birime Transfer Süreci	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Hemşire hastayı farklı bir birime gitmesi gerektiği ile ilgili bilgilendirir	51	100.0	0	0.0	29	100.0	0	0.0	67	98.5	1	1.5	147	99.3	1	0.7	58	85.3	1	1.5	9	13.2
Hasta transfer formu doldurulur hemşire bu forma hastanın mevcut tedavi saatlerini ve tedavilerini, hasta transfer edilirken devam eden mayilerini, genel durum ile ilgili bilgilerini kaydeder	47	94.0	3	6.0	32	100.0	0	0.0	68	98.6	1	1.4	147	97.4	4	2.6	64	92.8	4	5.8	0	0.0
Hastaların güvenli transferine yönelik prosedür doğrultusunda hasta kimlik bileziği barkodu kontrol edilip hasta transferi gerçekleştirilir	48	94.1	3	5.9	32	100.0	0	0.0	68	97.1	2	2.9	148	96.7	5	3.3	63	95.5	1	1.5	2	3.0
Hasta bir hemşire ve bir personel eşliğinde diğer birime transfer edilir	46	92.0	4	8.0	32	100.0	0	0.0	64	97.0	2	3.0	142	95.9	6	4.1	57	89.1	3	4.7	3	4.7
Hemşire hastayı teslim alan hemşireye hasta ile ilgili genel durum açıklaması yapar ve hastayı teslim verir	52	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	67	98.5	1	1.5	151	99.3	1	0.7	61	95.3	1	1.6	2	3.1

Hemşirelerin hastanın başka hastaneye nakil s¼recine ilişkin faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin g¼r¼řleri incelendiğinde, servisler (%100), ¼zellikli ¼niteler (%96.8 - 100), diğer birimler (%95.7 - 98.6) ve genel toplamda (%97.9 - 99.4) hemşireler hastanın başka hastaneye nakil s¼recine ilişkin belirtilen işlemlerin t¼m¼n¼ yaptıklarını ve %88.5 ile %98.4 aralığında bu işlemlerin t¼m¼n¼ gerekli bulmuşlardır (Tablo 10).



Tablo 10. Hemşirelerin Hastanın Başka Hastaneye Nakil Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hastanın Başka Hastaneye Nakil Süreci	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam		Genel Toplam											
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Hemşire, hastayı farklı bir hastaneye nakil edileceği konusunda bilgilendirir	48	100.0	0	0.0	31	100.0	0	0.0	67	95.7	3	4.3	146	98.0	3	2.0	54	88.5	2	3.3	3	4.9
Hemşire sekreter iller arası nakil formu doldurur	50	100.0	0	0.0	30	96.8	1	3.2	61	96.8	2	3.2	141	97.9	3	2.1	62	96.9	2	3.1	0	0.0
112 bilgilendirildikten sonra hastaya yer bulduktan sonra servis ile iletişime geçince hemşire nakil için hastayı hazırlar: giden mayiler, damar yolu, direnler, sondalar gibi invaziv girişimleri kontrol edilerek düzenlenir	51	100.0	0	0.0	33	100.0	0	0.0	69	98.6	1	1.4	153	99.4	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
112 görevlilerine hasta teslim edilir	52	100.0	0	0.0	33	100.0	0	0.0	68	98.6	1	1.4	153	99.4	1	0.6	61	98.4	1	1.6	0	0.0

Hemşirelerin ölen hastanın hazırlık sürecine ilişkin faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%84.3 - 100), özellikli üniteler (%93.3 - 100), diğer birimler (%95.4 - 98.6) ve genel toplamda (%91.7 - 99.4) hemşireler ölen hastanın hazırlık sürecine ilişkin belirtilen işlemlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %16.4'ü bu işlemler arasından “mavi kod olay bildirim formunun dört adet fotokopisi alınır bir nüshası gelen ekibe, bir nüshası hasta dosyasına, bir nüshası kalite birimine verilir, bir nüshası da sorumlu hemşire dosyasına konur” ve %13.3'ü “mavi kod olay bildirim formu doldurulur” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 11).

Tablo 11. Hemşirelerin Ölen Hastanın Hazırlık Sürecine İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Ölen Hastanın Hazırlık Süreci	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Endikasyon varsa mavi kod alarmı verilir	53	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	69	98.6	1	1.4	154	99.4	1	0.6	58	98.3	0	0.0	1	1.7
CPR ekibi gittikten sonra ex olan hastalar hemşire ve personel tarafından mahremiyetine dikkat edilerek hazırlanır	54	100.0	0	0.0	30	100.0	0	0.0	68	95.8	3	4.2	152	98.1	3	1.9	60	98.4	0	0.0	1	1.6
Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb çıkartılır	53	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	71	98.6	1	1.4	156	99.4	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Mavi kod olay bildirim formu doldurulur	47	90.4	5	9.6	28	96.6	1	3.4	62	95.4	3	4.6	137	93.8	9	6.2	51	85.0	8	13.3	1	1.7
Mavi kod olay bildirim formu dört adet fotokopisi alınır bir nüshası gelen ekibe, bir nüshası hasta dosyasına, bir nüshası kalite birimine verilir, bir nüshası da sorumlu hemşire dosyasına konur	44	84.6	8	15.4	28	96.6	1	3.4	64	95.5	3	4.5	136	91.9	12	8.1	44	72.1	10	16.4	2	3.3
Hastanın kimlik bilgilerinin olduğu bilekliği çıkarılmaz ve hastaya ait bir barkot çarşafın üstüne yapıştırılarak morga transfer edilir	43	84.3	8	15.7	28	93.3	2	6.7	62	96.9	2	3.1	133	91.7	12	8.3	59	92.2	3	4.7	2	3.1
Hekim ölüm raporunu yazdıktan sonra raporla birlikte hastanın nüfus cüzdanı hastanenin istatistik birimine gönderilir	50	100.0	0	0.0	30	100.0	0	0.0	64	97.0	2	3.0	144	98.6	2	1.4	63	94.0	2	3.0	2	3.0
İşlem sonrası acil arabasının malzeme ve ilaç eksikleri kontrol edilerek tamamlanır	54	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	70	98.6	1	1.4	156	99.4	1	0.6	58	95.1	3	4.9	0	0.0
Sonra ölen hastanın üzerinden eksik malzeme ve ilaçlar hasta üzerinden istek modülünden istenir ve yerine yerleştirilir	54	100.0	0	0.0	32	100.0	0	0.0	70	98.6	1	1.4	156	99.4	1	0.6	56	96.6	1	1.7	1	1.7
Kullanılan entübasyon malzeme ve araçları vb temizlenerek sterilizasyona gönderilir	49	96.1	2	3.9	30	100.0	0	0.0	72	98.6	1	1.4	151	98.1	3	1.9	58	95.1	3	4.9	0	0.0

Hemşirelerin günlük iş akışına göre hemşirelik faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%84.3 - 100), özellikli üniteler (%86.7 - 100), diğer birimler (%88.7 - 98.6) ve genel toplamda (%87 - 99.4) hemşireler günlük iş akışına göre hemşirelik faaliyetlerinin tümünü servislerinde yaptıkları ve %77.8 - 98.4 ile bu faaliyetlerin tümünü gerekli bulmuşlardır. Bununla birlikte hemşirelerin %14.3'ü “öğle yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir”, %17.4'ü “akşam yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir” ve %17.7'si “servislerde 8 saat ara ile hastanın beslenme, bası yarası, düşme risk puanında ya da hastanın genel durumunda bir değişiklik söz konusu ise yeniden değerlendirme yapılır ve sonuçlara göre bakım planı yeniden düzenlenir” faaliyetlerini nadiren gerekli bulmuştur. Ancak hemşirelerin %11.1'i “hastaların hijyenik ve diğer bakım uygulamaları yapılır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir”, %10.9'u “akşam nöbetine gelecek hemşire için 18.00-20.00-22.00-02.00 tedavileri için gerekli malzeme ve ilaçlar bir tepsiye konur” ve %10'u “ertesi gün kullanılması için hemşire gözlem formları hazırlanır” faaliyetlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 12).

Tablo 12. Hemşirelerin Günlük İş Akışına Göre Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Günlük İş Akışına Göre Hemşirelik Faaliyetleri	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam		Genel Toplam											
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli	Gereksiz	Nadiren Gerekli							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Vardiya değişimi sırasında hemşireler arasında servisin teslimi yapılır: servis düzeni, yaşam bulguları cihazları, narkotik ilaçlar ve defteri, ısı nem çizelgeleri, hasta odaları ve düzeni, hemşire odaları ve düzeni, eksik ilaç ve sarf malzeme ilgili bilgi alışverişi yapılır.	53	100	0	0.0	36	100.0	0	0.0	72	98.6	1	1.4	161	99.4	1	0.6	60	98.4	0	0.0	1	1.6
Servis teslimi sonrası hasta teslimi hasta odaları sırası ile gezilerek yapılır: hastanın genel durumu, aldığı çıkardığı ve diren takibi, konsültasyon durumu, görüntüleme merkezi ait ve laboratuvar merkezine ait gün içinde yapılacaklar, ilaç uygulamaları	54	98.2	1	1.8	35	100.0	0	0.0	69	98.6	1	1.4	158	98.8	2	1.2	59	98.3	1	1.7	0	0.0
Saat 08.00 tedavilerini hazırlama, uygulama ve kayıt etme: önceki günden bu shift için hazırlanmış ve hemşire gözlem kağıdına eklenmiş olan tedaviler hastaya özel olmak üzere ilaç kartlarına yazılır	45	88.2	6	11.8	32	91.4	3	8.6	64	92.8	5	7.2	141	91.0	14	9.0	54	93.1	4	6.9	0	0.0
Bu kâğıtlar enjektörlere ve serumların üzerine yapıştırılır	44	93.6	3	6.4	26	86.7	4	13.3	62	92.5	5	7.5	132	91.7	12	8.3	53	93.0	3	5.3	1	1.8
Hastalara özel olan dolaplardan ilaçlar çıkarılıp masanın üzerine konur saat 08.00 tedavisi ya da ilaçları hazırlanır	50	98.0	1	2.0	35	97.2	1	2.8	67	95.7	3	4.3	152	96.8	5	3.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İlaçlar oda numaralarına göre tedavi arabasının üzerine dizilir	48	96.0	2	4	27	87.1	4	12.9	68	94.4	4	5.6	143	93.5	10	6.5	43	91.5	1	2.1	2	4.3
Hastanın odasında hastalara saat 08.00 tedavileri yapılır	48	100	0	0.0	30	88.2	4	11.8	68	97.1	2	2.9	146	96.1	6	3.9	40	95.2	0	0.0	2	4.8

Tablo 12. Hemşirelerin Günlük İş Akışına Göre Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Yapılan tedaviler hemşire gözlem formuna uygulanış yolu, dozu, zamanı ile birlikte kayıt edilir	52	96.3	2	3.7	34	97.1	1	2.9	73	98.6	1	1.4	159	97.5	4	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hastaların kan şekeri ölçümleri yapılır	54	100	0	0.0	35	100.0	0	0.0	70	97.2	2	2.8	159	98.8	2	1.2	51	86.4	2	3.4	6	10.2
Kan şekeri anormal durum hekime haber verilir	53	100	0	0.0	34	100.0	0	0.0	70	95.9	3	4.1	157	98.1	3	1.9	60	98.4	0	0.0	1	1.6
Hemşire odasındaki buzdolabından insülinler alınır ve hastaya uygulanır	54	100	0	0.0	35	100	0	0.0	65	92.9	5	7.1	154	96.9	5	3.1	60	98.4	0	0.0	1	1.6
Hastaların yaşam bulguları alınır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir	51	98.1	1	1.9	32	100.0	0	0.0	71	98.6	1	1.4	154	98.7	2	1.3	58	96.7	1	1.7	1	1.7
Hekimlerle hasta vizitesi yapılır	54	100	0	0.0	35	100	0	0.0	72	97.3	2	2.7	161	98.8	2	1.2	56	96.6	2	3.4	0	0.0
Laboratuvarlara ilişkin süreç gerçekleştirilir	54	100	0	0.0	33	100	0	0.0	71	97.3	2	2.7	158	98.8	2	1.2	56	96.6	1	1.7	1	1.7
Görüntüleme merkezlerine ilişkin süreç gerçekleştirilir	54	100	0	0.0	32	100	0	0.0	72	97.3	2	2.7	158	98.8	2	1.2	51	92.7	2	3.6	2	3.6
Kan merkezine ilişkin süreç gerçekleştirilir:	53	98.1	1	1.9	32	100	0	0.0	70	95.9	3	4.1	155	97.5	4	2.5	52	96.3	1	1.9	1	1.9
Ameliyata gidecek hastalara ilişkin süreç gerçekleştirilir	50	96.2	2	3.8	31	96.9	1	3.1	70	93.3	5	6.7	151	95.0	8	5.0	45	91.8	3	6.1	1	2.0
Ameliyattan gelen hastalara ilişkin süreç gerçekleştirilir	51	98.1	1	1.9	32	97	1	3.0	69	93.2	5	6.8	152	95.6	7	4.4	49	94.2	2	3.8	1	1.9
Taburcu edilecek hastalara ilişkin süreç gerçekleştirilir	53	100	0	0.0	34	100	0	0.0	70	97.2	2	2.8	157	98.7	2	1.3	51	92.7	2	3.6	1	1.8
Servis odalarının temizliği ve hasta düzeni sağlanır	54	100	0	0.0	34	100	0	0.0	73	98.6	1	1.4	161	99.4	1	0.6	51	98.1	1	1.9	0	0.0
Özel durumu olan hastalar özel odalara alınır	52	100.0	0	0.0	32	97.0	1	3.0	73	97.3	2	2.7	157	98.1	3	1.9	49	89.1	3	5.5	2	3.6
Hasta yatışı varsa hasta kabul süreci başlatılır:	53	100.0	0	0.0	33	100.0	0	0.0	70	94.6	4	5.4	156	97.5	4	2.5	49	92.5	3	5.7	1	1.9
Hastaların gereksinim ve sorunlarına yönelik bakım planları her vardiya değişimde hemşirelerin hasta vizitesi ve değerlendirmesi sonrası düzenlenir ve uygulamalar yapılır, değerlendirilir	50	98.0	1	2.0	28	90.3	3	9.7	67	93.1	5	6.9	145	94.2	9	5.8	51	85.0	5	8.3	4	6.7
Servislerde 8 saat ara ile hastanın beslenme, bası yarası, düşme risk puanında ya da hastanın genel durumunda bir değişiklik söz konusu ise yeniden değerlendirme yapılır ve sonuçlara göre bakım planı yeniden düzenlenir	50	96.2	2	3.8	28	87.5	4	12.5	62	91.2	6	8.8	140	92.1	12	7.9	48	77.4	2	3.2	11	17.7

Tablo 12. Hemşirelerin Günlük İş Akışına Göre Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Hekim istemine uygun diğer tedavi ve takipler yapıp sonuçları hemşire gözlem formuna kaydedilir	52	98.1	1	1.9	35	100.0	0	0.0	68	94.4	4	5.6	155	96.9	5	3.1	46	90.2	3	5.9	2	3.9
Hekimlerin günlük ilaç düzenlemelerine göre eczaneden ilaç ve sarf malzeme süreci gerçekleştirilir:	53	100.0	0	0.0	34	100.0	0	0.0	71	97.3	2	2.7	158	98.8	2	1.2	48	88.9	4	7.4	2	3.7
Hastaların hijyenik ve diğer bakım uygulamaları yapılır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir	47	94.0	3	6.0	34	97.1	1	2.9	69	93.2	5	6.8	150	94.3	9	5.7	42	77.8	6	11.1	5	9.3
Öğle yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir	50	98.0	1	2.0	31	93.9	2	6.1	67	94.4	4	5.6	148	95.5	7	4.5	47	83.9	1	1.8	8	14.3
Saat 12.00 tedavileri hazırlanır ve uygulanır	52	100.0	0	0.0	37	100.0	0	0.0	65	95.6	3	4.4	154	98.1	3	1.9	46	90.2	2	3.9	3	5.9
Saat 12.00 yaşam bulguları alınır	52	100.0	0	0.0	37	100.0	0	0.0	67	95.7	3	4.3	156	98.1	3	1.9	47	92.2	1	2.0	3	5.9
Saat 14.00 tedavileri hazırlanır ve uygulanır	50	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	70	95.9	3	4.1	156	98.1	3	1.9	44	89.8	2	4.1	3	6.1
Ertesi gün kullanılması için hemşire gözlem formları hazırlanır	47	94.0	3	6.0	31	100.0	0	0.0	66	89.2	8	10.8	144	92.9	11	7.1	42	84.0	5	10.0	3	6.0
Saat 16.00 tedavileri hazırlanır	51	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	68	94.4	4	5.6	155	97.5	4	2.5	41	85.4	3	6.2	4	8.3
Akşam nöbetine gelecek hemşire için 18.00-20.00-22.00-02.00 tedavileri için gerekli malzeme ve ilaçlar bir tepsiye konur	49	90.7	5	9.3	29	87.9	4	12.1	68	94.4	4	5.6	146	91.8	13	8.2	36	78.3	5	10.9	5	10.9
Vardiya değişimi nöbet teslimi öncesi servis düzenlenir	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	71	98.6	1	1.4	161	99.4	1	0.6	49	94.2	1	1.9	2	3.8
Saat 16.00 tedavileri uygulanır	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	72	96.0	3	4.0	162	98.2	3	1.8	45	95.7	0	0.0	2	4.3
Gece vardiyasına gelen hemşireye servis ve hasta teslimi yapılır	52	98.1	1	1.9	35	97.2	1	2.8	73	96.1	3	3.9	160	97.0	5	3.0	42	95.5	1	2.3	1	2.3
Saat 17.00 kan şekeri ölçümü yapılır ve insülin tedavileri yapılır	54	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	69	94.5	4	5.5	158	97.5	4	2.5	40	85.1	1	2.1	6	12.8
Akşam yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir	54	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	67	94.4	4	5.6	156	97.5	4	2.5	37	80.4	1	2.2	8	17.4
Mesai bitimi vizite gelen hekimlerle tekrar vizitelere katılır	55	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	68	94.4	4	5.6	158	97.5	4	2.5	49	94.2	1	1.9	2	3.8
Hekimlerin tedavi değişiklikleri aynı gün ve ertesi gün için hazırlanan hemşire gözlem formlarına kayıt eder	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	69	97.2	2	2.8	159	98.8	2	1.2	51	94.4	2	3.7	1	1.9

Tablo 12. Hemşirelerin Günlük İş Akışına Göre Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Gündüz hemşireleri tarafından hazırlanan tedavi tepsileri ilaç odasına alınıp ilaçlar hazırlanır	47	94.0	3	6.0	31	96.9	1	3.1	66	91.7	6	8.3	144	93.5	10	6.5	44	95.7	1	2.2	1	2.2
Saat 20.00 tedavileri yapılır	52	100.0	0	0.0	37	100.0	0	0.0	71	95.9	3	4.1	160	98.2	3	1.8	46	93.9	1	2.0	2	4.1
Tedavi sonrası saat 20.00 yaşam bulguları alınır	52	100.0	0	0.0	37	100.0	0	0.0	69	93.2	5	6.8	158	96.9	5	3.1	47	97.9	0	0.0	1	2.1
Kan şekeri ölçülür ve hastaların insülinleri yapılır	53	100.0	0	0.0	37	100.0	0	0.0	69	95.8	3	4.2	159	98.1	3	1.9	44	89.8	0	0.0	5	10.2
Saat 24.00 tedavileri yapılır	53	100.0	0	0.0	37	100.0	0	0.0	69	95.8	3	4.2	159	98.1	3	1.9	44	93.6	1	2.1	2	4.3
Saat 02.00 tedavileri yapılır	53	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	69	95.8	3	4.2	157	98.1	3	1.9	44	84.6	3	5.8	5	9.6
Saat 05.00 alınacak kan tahlilleri laboratuvar modülüne girilir	54	100.0	0	0.0	34	97.1	1	2.9	68	94.4	4	5.6	156	96.9	5	3.1	49	94.2	1	1.9	2	3.8
Laboratuvar barkotları tüplere yapıştırır	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	68	97.1	2	2.9	158	98.8	2	1.2	49	87.5	3	5.4	3	5.4
Tüpleri Oda Numaralarına Göre Gruplar Ve Masanın üzerine Bırakır	54	98.2	1	1.8	35	97.2	1	2.8	66	93.0	5	7.0	155	95.7	7	4.3	40	88.9	3	6.7	2	4.4
Hasta odasında hastaların kanlarını alır ve kanlar laboratuvara gönderilir	54	100.0	0	0.0	34	100.0	0	0.0	68	97.1	2	2.9	156	98.7	2	1.3	50	96.2	1	1.9	1	1.9
Kan şekeri ölçülür ve hastaların insülinleri yapılır	52	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	68	94.4	4	5.6	159	98.1	3	1.9	44	89.8	0	0.0	5	10.2
Ölen hasta varsa hekimine haber verilir ve ölen hasta bakım süreci başlatılır	53	100.0	0	0.0	32	94.1	2	5.9	70	97.2	2	2.8	155	97.5	4	2.5	53	93.0	1	1.8	2	3.5
Saat 06.00 tedavileri hazırlanır ve uygulanır	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	69	95.8	3	4.2	159	98.1	3	1.9	48	92.3	1	1.9	3	5.8
Tedavi sonrası saat 06.00 yaşam bulguları alınır	55	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	68	95.8	3	4.2	159	98.1	3	1.9	50	96.2	0	0.0	2	3.8
Hemşire gözlem formlarını hasta başlarına dağıtır	44	78.6	12	21.4	34	97.1	1	2.9	63	88.7	8	11.3	141	87.0	21	13.0	38	86.4	3	6.8	3	6.8
Sabah kahvaltısının diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir	53	98.1	1	1.9	34	94.4	2	5.6	67	93.1	5	6.9	154	95.1	8	4.9	44	88.0	2	4.0	4	8.0
Nöbet defterine nöbeti kaydeder ve imzalar	55	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	70	97.2	2	2.8	161	98.8	2	1.2	53	94.6	2	3.6	1	1.8

Hemşirelerin laboratuvarlar ile ilgili faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%94.3 - 100), özellikli üniteler (%100), diğer birimler (%98.6 - 98.6) ve genel toplamda (%97.5 ile 99.4) hemşireler laboratuvar süreçlerine ilişkin faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtirken %82.7 ile %98 aralığında bu faaliyetlerin tümünü gerekli bulmuşlardır. Ancak hemşirelerin %13.5'i "hekim tarafından istenen laboratuvar istemleri sisteme hemşire tarafından girilir" ve %11.8'i "alınacak kan ve diğer tahlil örnekleri laboratuvar modülüne girilir" faaliyetlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 13).



Tablo 13. Hemşirelerin Laboratuvarlar İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerinin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Laboratuvarlara İlişkin Faaliyetler	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam		Genel Toplam											
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Hekim tarafından istenen laboratuvar istemleri sisteme hemşire tarafından girilir	52	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	72	98.6	1	1.4	160	99.4	1	0.6	43	82.7	7	13.5	2	3.8
Alınacak kan ve diğer tahlil örnekleri laboratuvar modülüne girilir	53	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	71	98.6	1	1.4	159	99.4	1	0.6	44	86.3	6	11.8	1	2.0
Hemşire tarafından barkot bastırılıp tüplere yapıştırılır	50	94.3	3	5.7	36	100.0	0	0.0	70	98.6	1	1.4	156	97.5	4	2.5	46	92.0	3	6.0	1	2.0
Hemşire tarafından hastadan kan ve diğer tahlil örnekleri alınır	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	72	100.0	1	1.4	-	-	-	-	50	98.0	1	2.0	-	-
Personel ile alınan örnekler laboratuvarlara gönderilir	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	70	98.6	1	1.4	160	99.4	1	0.6	50	94.3	2	3.8	1	1.9

Hemşirelerin görüntüleme merkezi ile ilgili faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%94.2 - 98.2), özellikli üniteler (%97.1 - 100), diğer birimler (%87 - 95.8) ve genel toplamda (%91.7 - 97.5) hemşireler görüntüleme merkezi ile ilgili belirtilen faaliyetlerin tümünü yaptıklarını ve %75.5 ile %93.8'si bu faaliyetlerin tümünü gerekli bulmuşlardır (Tablo 14). Hemşirelerin %20.8'i hekimin istem yaptığı röntgen, Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT)'lerin türünü öğrenmek için hekim aranır, tanının türü ve amacı öğrenildikten sonra istem hemşire tarafından sisteme girilir” ve %10'u “randevu saatine yakın hasta personel eşliğinde merkeze gönderilir, gerekirse hemşire hastaya eşlik eder” faaliyetlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 14).



Tablo 14. Hemşirelerin Görüntüleme Merkeziyle İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Görüntüleme Merkezlerine İlişkin Faaliyetler	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekimin istem yaptığı röntgen, MR, BT'lerin türünü öğrenmek için hekim aranır, tanının türü ve amacı öğrenildikten sonra istem hemşire tarafından sisteme girilir	51	96.2	2	3.8	33	97.1	1	2.9	62	93.9	4	6.1	146	95.4	7	4.6	40	75.5	11	20.8	2	3.8
Sonrasında görüntüleme merkezi aranır ve randevu saati alınır	49	94.2	3	5.8	34	97.1	1	2.9	60	87.0	9	13.0	143	91.7	13	8.3	44	88.0	4	8.0	2	4.0
Randevu saatine yakın hasta personel eşliğinde merkeze gönderilir, gerekirse hemşire hastaya eşlik eder	52	96.3	2	3.7	34	100.0	0	0.0	67	95.7	3	4.3	153	96.8	5	3.2	43	86.0	5	10.0	2	4.0
Hasta merkezlerden geldikten sonra odasına ve yatağına alınır, yarım kalan tedavisi başlatılır ve hastanın yaşam bulguları değerlendirilir	54	98.2	1	1.8	34	100.0	0	0.0	69	95.8	3	4.2	157	97.5	4	2.5	45	93.8	3	6.2	0	0.0

Hemşirelerin kan merkezi ile ilgili faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%100), özellikli üniteler (%94.1 - 100), diğer birimler (%97.1 - 98.6) ve genel toplamda (%97.5 - 98.8) hemşireler kan merkezi ile ilgili faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşireler %88.5 ile %98.2 aralığında belirtilen bu faaliyetlerin tümünü gerekli bulmuşlardır (Tablo 15). Hemşirelerin %7.7'si hekim tarafından order edilen kan ürünü kan merkezinden sisteme girilir ve telefon ile istenir ve % 5.8'i laboratuvar aranarak istenen ürünün bulunup bulunmadığı öğrenilir" faaliyetlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 15).



Tablo 15. Hemşirelerin Kan Merkeziyle İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Kan Merkezine İlişkin Faaliyetler	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Laboratuvar aranarak istenen ürünün bulunup bulunmadığı öğrenilir	54	100.0	0	0.0	34	97.1	1	2.9	72	98.6	1	1.4	160	98.8	2	1.2	48	92.3	3	5.8	1	1.9
Cross match için hastadan kan alır	55	100.0	0	0.0	33	97.1	1	2.9	72	98.6	1	1.4	160	98.8	2	1.2	51	98.1	0	0.0	1	1.9
Personel ile cross kanı ve doldurulan kan ürünleri istem formu kan birimine gönderilir	55	100.0	0	0.0	32	94.1	2	5.9	66	97.1	2	2.9	153	97.5	4	2.5	54	96.4	1	1.8	1	1.8
Kan transfüzyonu için onam formu hastaya açıklanarak imzalatır ve hasta dosyasına konur	55	100.0	0	0.0	34	97.1	1	2.9	69	97.2	2	2.8	158	98.1	3	1.9	54	98.2	0	0.0	1	1.8
Laboratuvarın kan birimi aranarak kan ürününün hazırlanıp hazırlanmadığı öğrenilir	54	100.0	0	0.0	35	97.2	1	2.8	71	97.3	2	2.7	160	98.2	3	1.8	47	94.0	1	2.0	2	4.0
Kan ürünü hazır olduğunda personel gönderilir ve kan ürünü servise getirilir	55	100.0	0	0.0	34	97.1	1	2.9	69	97.2	2	2.8	158	98.1	3	1.9	49	92.5	3	5.7	1	1.9
Hekim tarafından order edilen kan ürünü kan merkezinden sisteme girilir ve telefon ile istenir	54	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	68	97.1	2	2.9	162	98.8	2	1.2	46	88.5	4	7.7	1	1.9

Hemşirelerin hastane eczanesi ile ilgili faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliği ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%87.3 - 100), özellikli üniteler (%87.9 - 100), diğer birimler (%97.1 - 98.6) ve genel toplamda (%91 - 99.4) hemşireler eczane ile ilgili faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler %79.3 ile %96.2 aralığında belirtilen bu faaliyetlerin tümünü gerekli bulmuşlardır. Ancak hemşirelerin %14.3'ü "tüm hasta dosyaları servis personeli ile eczaneye gönderilir", %10.3'ü "ilaçlar ve sarf malzeme eczane tarafından 3 ya da 4 st içinde hazırlandıktan sonra hemşire ve personel eczaneye gider, imza karşılığı hemşire ilaçları teslim alır" faaliyetlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 16).

Tablo 16. Hemşirelerin Hastane Eczanesi ile İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Eczane İşlemleri/Faaliyetleri	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tüm hastaların günlük hekim istemine göre ilaçları eczane modülüne girilir	54	98.2	1	1.8	36	100.0	0	0.0	68	98.6	1	1.4	158	98.8	2	1.2	49	94.2	2	3.8	1	1.9
Sarf Malzemeler, Sarf Malzeme Modülden İstem Yapılır (günlük Malzemeler Hasta İsmi üzerinden İstenir)	52	98.1	1	1.9	36	100.0	0	0.0	63	94.0	4	6.0	151	96.8	5	3.2	48	92.3	2	3.8	2	3.8
Tüm hasta dosyaları servis personeli ile eczaneye gönderilir	48	87.3	7	12.7	34	94.4	2	5.6	59	92.2	5	7.8	141	91.0	14	9.0	45	80.4	8	14.3	3	5.4
İlaçlar ve sarf malzeme yaklaşık 3 ya da 4 st içinde hazırlandıktan sonra hemşire ve personel eczaneye gider, imza karşılığı hemşire ilaçları teslim alır	48	92.3	4	7.7	29	87.9	4	12.1	60	96.8	2	3.2	137	93.2	10	6.8	46	79.3	6	10.3	4	6.9
Gelen ilaçlar hastalara özel poşetlerinden çıkarılır ve yine hastalara özel dolaplara yerleştirilir	52	98.1	1	1.9	35	100.0	0	0.0	67	97.1	2	2.9	154	98.1	3	1.9	54	91.5	2	3.4	2	3.4
Yüksek riskli ilaçları sorumlu hemşire eczaneden teslim alır	51	96.2	2	3.8	35	100.0	0	0.0	68	98.6	1	1.4	154	98.1	3	1.9	54	93.1	2	3.4	2	3.4
Nöbette istem değişikliği yeni yatış eksik ilaç varsa tekrar ilaçlar sisteme hemşire tarafından girilir	55	100.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	72	98.6	1	1.4	162	99.4	1	0.6	50	96.2	1	1.9	1	1.9
İcapçı olan eczane görevlisine sistemden bağlanıp görüşme yapılır	54	100.0	0	0.0	34	100.0	0	0.0	65	94.2	4	5.8	153	97.5	4	2.5	48	90.6	3	5.7	2	3.8
Eczacı eczaneye geldikten, ilacı hazırladıktan sonra personel ile ilaçlar aldırılır	54	100.0	0	0.0	33	100.0	0	0.0	70	98.6	1	1.4	157	99.4	1	0.6	48	94.1	1	2.0	2	3.9

Tablo 16. Hemşirelerin Hastane Eczanesi ile İlgili Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Eczacı gelemiyorsa ilaç farklı bir serviste varsa hemşire o servisin nöbetçi hemşiresi ile görüşür ve ilacı personel ile aldırır	54	100.0	0	0.0	35	100.0	35	100.0	68	97.1	2	2.9	157	98.7	2	1.3	42	93.3	2	4.4	1	2.2
Diğer servisten alınan ilaç eczaneden temin edilerek ertesi gün bu servise teslim edilir	53	100.0	0	0.0	35	100.0	0	%0.0	68	98.6	1	1.4	156	99.4	1	0.6	45	90.0	2	4.0	3	6.0
İstem yapılan ilaç eczane stokunda yoksa hekim aranılır ve dış reçete yapılması sağlanır	54	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	71	98.6	1	1.4	161	99.4	1	0.6	47	94.0	2	4.0	1	2.0
Servisin haftalık sarf malzemesi istenebilir	55	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	68	98.6	1	1.4	159	99.4	1	0.6	47	95.9	1	2.0	1	2.0
Haftalık sarf malzeme eczaneden aldırılıp geldikten sonra depo düzenine göre depoya yerleştirilir	55	100.0	0	0.0	36	100.0	0	0.0	69	97.2	2	2.8	160	98.8	2	1.2	44	93.6	2	4.3	1	2.1

Hemşirelerin ameliyata gidecek hasta süreçlerine ilişkin faaliyetleri ve bu faaliyetlerin gerekliliği ile ilgili görüşleri incelendiğinde, servisler (%87.0 - 89.1), özellikli üniteler (%88.9 - 91.9), diğer birimler (%86.8 - 98.6) ve genel toplamda (%88.1 - 91.8) hemşireler ameliyata gidecek hasta süreçlerine ilişkin belirtilen faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin %11.9 “gerekirse ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır tıraş kontrolü sağlanır”, %11.7’si “Cerrahi girişime ilişkin Genel/Bölgesel Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu hastaya/yakınına ve hekime imzalatılır.” faaliyetlerini servis/ünite yapmadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler ameliyata gidecek hastalara ilişkin süreç kapsamındaki bu faaliyetleri %84.9 ile %95.9 aralığında gerekli bulurken %9.4’ü gerekirse ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır, tıraş kontrolü sağlanır, %8’i ameliyat öncesi kan ürünleri, kan biriminden istenir, kan birimi kanı hazırladıktan sonra hasta için servise alınır ve %7.5’i hemşire eşliğinde hasta gerekli formlarla ameliyathaneye teslim edilir” faaliyetlerini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 17).

Tablo 17. Hemşirelerin Ameliyata Gidecek Hastaya İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Ameliyata Gidecek Hastalara İlişkin Süreçler	Servis		Özellikli Birimler				Diğer				Genel Toplam				Genel Toplam							
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta yakınları ameliyat ve anestezi sürecine ilişkin bilgilendirilir	48	88.9	6	11.1	33	91.7	3	8.3	68	90.7	7	9.3	149	90.3	16	9.7	42	93.3	2	4.4	1	2.2
Pre-op hasta değerlendirme formu doldurulur	49	89.1	6	10.9	34	91.9	3	8.1	63	88.7	8	11.3	146	89.6	17	10.4	46	93.9	2	4.1	1	2.0
Cerrahi girişime ilişkin Genel/Bölgesel Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu hastaya/yakınına ve hekime imzalatılır	48	87.3	7	12.7	34	91.9	3	8.1	64	88.9	8	11.1	146	89.0	18	11.0	46	93.9	2	4.1	1	2.0
Ameliyat öncesi kan ürünleri, kan biriminden istenir, kan birimi kanı hazırladıktan sonra hasta için servise alınır	49	89.1	6	10.9	32	88.9	4	11.1	63	90.0	7	10.0	144	89.4	17	10.6	44	88.0	4	8.0	2	4.0
Ameliyat öncesi rutin tahliller tamamlanır kontrol edilir (laboratuvar testleri, radyoloji tetkikleri, ekg vb)	49	89.1	6	10.9	34	91.9	3	8.1	67	91.8	6	8.2	150	90.9	15	9.1	44	93.6	2	4.3	1	2.1
Hastanın kıyafetleri, metal eşyaları, varsa takma dişi çıkarılarak ameliyat gömleği giydirilir	47	87.0	7	13.0	34	91.9	3	8.1	62	87.3	9	12.7	143	88.3	19	11.7	47	95.9	1	2.0	1	2.0
Gerekliyorsa ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır tıraş kontrolü sağlanır	47	87.0	7	13.0	34	91.9	3	8.1	59	86.8	9	13.2	140	88.1	19	11.9	45	84.9	5	9.4	3	5.7
Ameliyathaneye hasta teslim formu ve güvenli cerrahi kontrol listesi hasta klinikten ayrılmadan önce doldurulur	48	88.9	6	11.1	34	91.9	3	8.1	60	88.2	8	11.8	142	89.3	17	10.7	48	90.6	2	3.8	2	3.8
Hemşire eşliğinde hasta gerekli formlarla ameliyathaneye teslim edilir	47	87.0	7	13.0	34	91.9	3	8.1	62	89.9	7	10.1	143	89.4	17	10.6	47	88.7	4	7.5	2	3.8
Ameliyat öncesi, hasta hazırlığında ve hastanın ameliyathaneye teslimi sırasında kimlik doğrulaması transferi gerçekleştiren hemşire tarafından yapılır	48	88.9	6	11.1	33	91.7	3	8.3	63	90.0	7	10.0	144	90.0	16	10.0	47	92.2	3	5.9	1	2.0

Hemşirelerin ameliyattan gelen hastaya ilişkin faaliyetleri ve faaliyetlerin gerekliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde, servisler (%88.9 - 90.9), özelliği üniteler (%86.7 - 91.9), diğer birimler (%86.3 - 89.2) ve genel toplamda (%88.3 - 90.3) hemşireler ameliyattan gelen hastaya ilişkin süreçteki faaliyetlerin tümünü yaptıklarını ve %82.7 ile %95.7 aralığında bu faaliyetleri gerekli bulmuşlardır. (Tablo 18). Bununla birlikte hemşirelerin %13.5'i "ziyaretçi kısıtlaması yapılır" ve %8.3'ü "hastanın servise alınması ile birlikte hasta ilk 1 saatte 15 dakika, ikinci saatte yarım saatte ve daha sonra bir saate bir ve durumu stabil oluncaya kadar izlenir (yaşam bulguları, aldığı çıkardığı, drenleri, pansumanı, kanama ve ağrı durumu) faaliyetlerini nadiren gerekli bulmuşlardır. Hemşirelerin %7.8'i ise "hemşiresi ve yardımcı personel hastayı ameliyathaneden teslim almak üzere ameliyathaneye gider" faaliyetini gereksiz bulmuşlardır (Tablo 18).

Tablo 18. Hemşirelerin Ameliyattan Gelen Hastaya İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Ameliyattan Gelen Hastalara İlişkin Süreçler	Servis		Özellikli Birimler				Diğer		Genel Toplam				Genel Toplam									
	Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Yapılıyor		Yapılmıyor		Gerekli		Gereksiz		Nadiren Gerekli					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Hemşiresi ve yardımcı personel hastayı ameliyathaneden teslim almak üzere ameliyathaneye gider	48	88.9	6	11.1	32	91.4	3	8.6	64	88.9	8	11.1	144	89.4	17	10.6	46	90.2	4	7.8	1	2.0
Anestezi teknisyeni ameliyathane hemşiresi anestezi şekli, ameliyat sırasında gerçekleşen olağan dışı durumlar, kullanılan ilaçlar, hastada bulunan drenler, sondalar, kataterler ve hastanın genel durumu hakkında servis hemşiresini bilgilendirir.(s)	48	88.9	6	11.1	33	89.2	4	10.8	64	88.9	8	11.1	145	89.0	18	11.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hemşire hastanın kimliğini doğrular.	50	89.3	6	10.7	34	91.9	3	8.1	67	88.2	9	11.8	151	89.3	18	10.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hastaya ait tüm formların eksiksiz doldurulup doldurulmadığı ve imzalanıp imzalanmadığı kontrol edilir, hemşire ilgili formlardaki alanlar tamamlanmış bir şekilde hastayı teslim alır.	50	89.3	6	10.7	33	91.7	3	8.3	64	86.5	10	13.5	147	88.6	19	11.4	43	95.6	1	2.2	1	2.2
Hasta hemşire ve servis personeli eşliğinde servis birimdeki odasına alınır.	49	89.1	6	10.9	32	91.4	3	8.6	66	89.2	8	10.8	147	89.6	17	10.4	43	93.5	1	2.2	2	4.3

Tablo 18. Hemşirelerin Ameliyattan Gelen Hastaya İlişkin Faaliyetleri ve Faaliyetlerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri (Devamı)

Hastanın servise alınması ile birlikte hasta ilk 1 saat içinde 15 dk bir, ikinci saat içinde yarım saatte bir, daha sonra bir saate bir ve durumu stabil oluncaya kadar izlenir (yaşam bulguları, aldığı çıkardığı, drenleri, pansumani, kanama ve ağrı durumu)	48	88.9	6	11.1	33	91.7	3	8.3	63	86.3	10	13.7	144	88.3	19	11.7	43	89.6	1	2.1	4	8.3
İzlem sonuçları ve hastanın durumunda değişiklik olması halinde hekimi bilgilendirilir.	48	88.9	6	11.1	33	91.7	3	8.3	66	89.2	8	10.8	147	89.6	17	10.4	45	95.7	0	0.0	2	4.3
Hekim tarafından order edilen ameliyat sonrası tedavi planı hemşire tarafından uygulanır, ilacın etkileri ve yan etkileri takip edilir.	49	89.1	6	10.9	34	91.9	3	8.1	66	89.2	8	10.8	149	89.8	17	10.2	45	95.7	0	0.0	2	4.3
Hastanın tüm tedavi, takip ve bakım kayıtları hemşire gözlem formuna kayıt edilir.	50	90.9	5	9.1	34	91.9	3	8.1	65	89.0	8	11.0	149	90.3	16	9.7	44	95.7	0	0.0	2	4.3
Hasta yakınları ameliyat sonrası gerekli beslenme, mobilizasyon, analjezik uygulama zamanları ve yapılacak tüm işlemler konusunda bilgilendirilir.	49	90.7	5	9.3	34	91.9	3	8.1	64	88.9	8	11.1	147	90.2	16	9.8	45	91.8	2	4.1	2	4.1
Ziyaretçi kısıtlaması yapılır.	48	90.6	5	9.4	26	86.7	4	13.3	65	89.0	8	11.0	139	89.1	17	10.9	43	82.7	2	3.8	7	13.5

6.3. Hemşirelerin Fiziksel Ortamın Yalınlaştırılmasına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin hasta odası, hemşire bankosu, hemşire giyinme odası, hemşire dinlenme odası, hemşire tedavi odası, hemşire tuvaleti, servis/ünite deposu ve servis/ünite mutfağının donanımına ilişkin özelliklerin varlığı ve gerekliliği ile ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin hasta odalarına ilişkin donanımın %74.2 ile %98.8 aralığında servislerinde var olduğu belirtmiştir. Bununla birlikte hemşireler hasta odasına ilişkin bu donanımı %77.8 ile %96.8 aralığında gerekli bulurken; %22.2'si hasta odası mutfak lavabosunu, %11.8'i hasta tuvaletini, %11.5'i ikinci hasta yatağını gereksiz bulmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Hemşirelerin Hasta Odasında Var Olan Donanıma ve Bu Donanımın Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hasta Odası	Var		Yok		Gerekli/Uygun		Gereksiz/Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Birinci hasta yatağı	158	98.8	2	1.2	30	96.8	1	3.2
İkinci hasta yatağı	144	91.1	14	8.9	23	88.5	3	11.5
Yatak kabloları	143	93.5	10	6.5	25	96.2	1	3.8
Yatak Başı Pendant İçeriği: Üzerine Tablo (resim), oksijen girişi, aspirasyon girişi, hava girişi, elektrik prizleri	147	94.2	9	5.8	31	93.9	2	6.1
Hemşire çağrı zili ve kablosu	132	84.1	25	15.9	31	96.9	1	3.1
Hasta etajeri	154	95.7	7	4.3	0	0.0	0	0.0
Hasta masası	140	85.9	23	14.1	30	90.9	3	9.1
Refakatçi koltuğu	139	88.0	19	12.0	31	93.9	2	6.1
Hasta tuvaleti	139	88.5	18	11.5	30	88.2	4	11.8
Hasta odası mutfak lavabosu	118	74.2	41	25.8	28	77.8	8	22.2
Hasta odası dolapları	133	84.7	24	15.3	30	90.9	3	9.1
Perdeler	151	95.0	8	5.0	33	94.3	2	5.7
Kalorifer petekleri	125	76.7	38	23.3	27	93.1	2	6.9

Hemşireler hemşire bankosunun özelliklerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, %83.7 ile %97.3 aralığında servis/ünitelerinde bu özelliklerin var olduğunu ancak %16.3'ü telsiz telefonunun bulunmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte hemşireler

belirtilen özellikleri %84 ile %96.2 aralığında gerekli bulurken; %16'sı bankonun konumu/yerini, %7.4'ü bankonun üzerindeki telsiz telefonu ve %7.7'si yine hasta dosyalarının bulunduğu bölümü gereksiz bulmuşlardır (Tablo 20).

Tablo 20. Hemşirelerin Hemşire Bankosunun Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hemşire Bankosu	Var		Yok		Gerekli/ Uygun		Gereksiz/ Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bankonun konumu/yeri	109	92.4	9	7.6	21	84.0	4	16.0
Bankonun şekli	108	95.6	5	4.4	25	96.2	1	3.8
Üzerindeki bilgisayar	137	95.8	6	4.2	25	96.2	1	3.8
Üzerindeki sabit telefon	141	95.9	6	4.1	25	96.2	1	3.8
Üzerindeki telsiz telefon	123	83.7	24	16.3	25	92.6	2	7.4
Üzerindeki yazıcı	142	96.6	5	3.4	25	96.2	1	3.8
Altındaki çekmeceler	143	97.3	4	2.7	25	96.2	1	3.8
Hasta dosyalarının bulunduğu bölüm	139	95.2	7	4.8	24	92.3	2	7.7

Hemşirelerin hemşire giyinme odasının özelliklerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, %77.9 ile %93 aralığında servis/ünitelerinde bu özelliklerin var olduğunu, ancak %22.1'i hemşire mutfağı, %12.3'ü askılık ve %11.9'u masanın bulunmadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte hemşireler belirtilen özellikleri %84.6 ile %92.3 aralığında gerekli bulurken; %15.4'ü hemşire mutfağını, %11.5'i askılığı, masa ve kanepeyi gereksiz bulmuştur (Tablo 21).

Tablo 21. Hemşirelerin Hemşire Giyinme Odasının Var Olan Özelliklerini ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hemşire Giyinme Odası	Var		Yok		Gerekli/Uygun		Gereksiz/Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşire mutfağı	120	77.9	34	22.1	22	84.6	4	15.4
Kıyafet dolapları	146	93.0	11	7.0	23	92.0	2	8.0
Askılık	136	87.7	19	12.3	23	88.5	3	11.5
Buzdolabı	145	91.2	14	8.8	24	92.3	2	7.7
Masa	140	88.1	19	11.9	23	88.5	3	11.5
Kanepe	145	91.2	14	8.8	23	88.5	3	11.5

Hemşirelerin hemşire odasının özelliklerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, %78.3 ile %95.4 aralığında servis/ünitelerinde bu özelliklerin bulunduğunu ancak %21.7'si bilgisayar, %21.5'i bilgisayar masası ve %14.9'u ikinci kanepenin bulunmadığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler bu özellikleri %76.7 ile %92.9 aralığında gerekli bulurken; %23.3'ü hemşire odasının servisteki konumunu, %22.6'sı odadaki bilgisayarı, %21.5'i odadaki bilgisayar masasını gereksiz bulmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Hemşirelerin Hemşire Odasının Var Olan Özelliklerini ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hemşire Odası	Var		Yok		Gerekli/ Uygun		Gereksiz/ Uygun Değil	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Servisteki konumu	104	95.4	5	4.6	23	76.7	7	23.3
Hemşire bankosuna mesafesi	96	94.1	6	5.9	26	81.2	6	18.8
İlaçlar ve insülinler için buzdolabı	131	90.3	14	9.7	28	87.5	4	12.5
Televizyon	142	94.7	8	5.3	27	87.1	4	12.9
Birinci kanepesi	143	95.3	7	4.7	26	83.9	5	16.1
İkinci kanepesi	126	85.1	22	14.9	25	83.3	5	16.7
Bilgisayar	119	78.3	33	21.7	24	77.4	7	22.6
Bilgisayar masası	113	78.5	31	21.5	23	79.3	6	20.7
Prizlerin konumu	116	94.3	7	5.7	26	83.9	5	16.1
Narkotik ilaçların bulunduğu çekmeceler	134	95.0	7	5.0	26	92.9	2	7.1
Orta sehpa	139	91.4	13	8.6	26	83.9	5	16.1
Lavabo	141	92.8	11	7.2	27	90.0	3	10.0

Hemşirelerin tedavi hazırlık alanının özelliklerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, %84.8 ile %99.4 aralığında bu özelliklerin servis/ünitelerinde var olduğunu, ancak %15.2'si ilaç hazırlama masasının bulunmadığını ifade etmiştir. Hemşireler hemşire tedavi alanına ilişkin bu özelliklerinin tümünü %100 gerekli bulmuşlardır (Tablo 23).

Tablo 23. Hemşirelerin Hemşire Tedavi Hazırlık Alanın Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hemşire Tedavi Hazırlık Alanı	Var		Yok	
	n	%	n	%
İlaç dolapları	149	93.1	11	6.9
İlaç hazırlama masası	134	84.8	24	15.2
Tıbbi atık kutusu	161	98.2	3	1.8
Evrensel atık kutusu	163	99.4	1	0.6
Delici kesici alet kutusu	162	98.2	3	1.8
Tedavi arabası	162	98.8	2	1.2

Hemşireler, %91.9 ile % 95.7 aralığında servislerinde hemşire tuvaletine ilişkin verilen özelliklerin bulunduğunu ve %96.8 ise en çok el dezenfektanının bulunması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 24).

Tablo 24. Hemşirelerin Hemşire Tuvaletine İlişkin Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Hemşire Tuvaleti	Var		Yok		Gerekli/Uygun		Gereksiz/Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Temizlik malzeme dolabı	148	91.9	13	8.1	0	0.0	0	0.0
El dezenfektanı	152	94.4	9	5.6	30	96.8	1	3.2
Çöp kutusu	155	95.7	7	4.3	0	0.0	0	0.0
Kağıt havlu	154	95.7	7	4.3	0	0.0	0	0.0
Lavabolar	155	95.7	7	4.3	0	0.0	0	0.0

Hemşireler %89.1 ile %92.1 aralığında servis/ünite deposuna ilişkin verilen özelliklerin bulunduğunu, ancak %10.9'u bu depoların donanımının yeterliğini olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca %93.5 ile %96.7 aralığında deponun bu özelliklerinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 25).

Tablo 25. Hemşirelerin Servis/Ünite Deposuna İlişkin Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Servis/Ünite Deposu	Var		Yok		Gerekli/Uygun		Gereksiz/Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tedavi alanına mesafesi	105	90.5	11	9.5	29	96.7	1	3.3
Dolapların bölmeleri	129	92.1	11	7.9	29	96.7	1	3.3
Donanım Yeterliliği	115	89.1	14	10.9	29	93.5	2	6.5

Hemşireler %78 ile %82.2 aralığında servislerinde servis/ünite mutfağına ilişkin verilen özelliklerin bulunduğunu ve bu özelliklerin %83.9 ile %84.4 aralığında gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak %16.1'i hem mutfak dolaplarının hem de bulaşık yıkama alanının uygun olmadığını ve %15.6'sı mutfağın servisteki konumunu uygun bulmamışlardır (Tablo 26).

Tablo 26. Hemşirelerin Servis/Ünite Mutfağına İlişkin Var Olan Özellikleri ve Bu Özelliklerin Gerekliliğine İlişkin Görüşleri

Servis Mutfağı	Var		Yok		Gerekli/Uygun		Gereksiz/Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Servisteki konumu	99	78.0	28	22.0	27	84.4	5	15.6
Mutfak dolapları	118	80.8	28	19.2	26	83.9	5	16.1
Bulaşık yıkama alanı	120	82.2	26	17.8	26	83.9	5	16.1

7. TARTIŞMA

Hastanelerde hemşireler, hastanenin servis/ünitelerinde, yoğun bakım, acil, hemodiyaliz ve ameliyathane gibi özellikli birim/ünitelerinde veya polikliniklerinde çalışmaktadırlar. Ancak hemşireler bu birimlerde çalışsalar da tanı, tedavi işlemlerinin gerçekleştirilmesi, hasta bakımının sunulması ve sürdürülmesi için radyoloji, laboratuvar, eczane, fizik tedavi ve rehabilitasyon, anestezi, muhasebe, satın alma, hasta kabul ya da taburculuk birimi, hasta hakları gibi hastanelerin diğer birimler ile etkileşim ve işbirliği içinde çalışmaktadırlar (65, 66). Dolayısıyla hemşireler, çalıştıkları servis/birimlerde ve işbirliği yapmak zorunda olduğu bu birimlerle etkileşime girerek birçok faaliyet gerçekleştirmektedirler. Ancak bu faaliyetler incelendiğinde, hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarında yer almayan, onlara zaman kaybettiren, hastane açısından mali ve süre anlamında israf yarattığı görülen birçok faaliyet üstlendiği görülmektedir. Oysa bu faaliyetlerin hemşirelik hizmetleri süreçlerinden çıkarılması; hemşirelerin gereksiz yapmış olduğu işlemlerden arınmasına ve iş yüklerinin azalmasına, değer katmayan faaliyetlerin belirlenmesi ile hemşirelerin farkındalıklarının artırılmasına ve böylece hemşirelerin gereksiz yoruldukları işlemlere ayırdıkları zamanı hastalarına ayırmalarına katkı sağlayabilir (26). Günümüzde bu durum ya da yeni uygulama/yaklaşım, yalın yönetim olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelik grubunun hastanedeki iş süreçlerinin yalınlaştırılarak daha çok hasta odaklı çalışmasını sağlamak ve hemşirelerin işlerini kolaylaştırmak için çalışmanın yürütüldüğü kamu hastanelerindeki hemşirelerin hemşirelik hizmet süreçlerine ilişkin faaliyetlerinin saptanarak, bu süreçlerdeki gereksiz, değer katmayan faaliyetlerin hemşirelerin görüşleri ile belirlenmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu amaçla yürütülen çalışmada, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu, yarısına yakınının orta yaşlarda (31-40) olduğu, lisans\lisansüstü eğitime sahip, yarısının 1-5 yıl hastanelerinde ve yarısından fazlasının servis/ünite ve özellikli birimler dışındaki diğer birimlerde çalıştığı, çalışmanın yürütüldüğü kamu hastanelerindeki hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları servis ya da birimlerden memnun olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları servis/ birimlerden memnun olması arzulan bir durumdur. Oysa gerçekleştirilen bazı çalışmalarda hemşirelerin iş yükünün fazla olması (74, 75), uygun olmayan çalışma ortamı (76) gibi yalın uygulamaların eksikliğine bağlı hemşirelere zaman kaybettiren ve yoran birçok unsur nedeni ile hemşirelerin iş

doyum/memnuniyet düzeyleri düşüktür. Dolayısıyla hemşirelere zaman kaybettiren ve onları yoran bu uygulamaların elimine edilmesi gerekir ve bu uygulamalar yalın yönetim olarak tanımlanmaktadır. Bazı çalışmalarda da, yalın uygulamalarının özellikle çalışanların memnuniyetini doğrudan etkilediği, personel devri veya iş yükünün azaltılmasını gibi uygulamalarla hızla sonuçlara ulaşıldığı açıklanmıştır (34, 54, 77-79). Örneğin Avustralya'daki bir tıp merkezinin acil servisinde yalın araçlar kullanarak yapılan çalışmada, yalınlaşma ile çalışanlar üzerindeki baskının azaldığı saptanmıştır (80). Westwood ve arkadaşlarının (2007) yine sağlık sektöründe yalın uygulamalara ilişkin yaptığı çalışmada, hasta akışları iyileşmiş, teşhis ve tedavi süresi hızlanmış, maliyetler azalmış, israflar azalmış, bekleme zamanları azalmıştır. Süreçte kalma süresi düşmüş, verimlilik artmış, daha fazla hastanın tedavisinin yapılabilmesi için şartlar oluşmuştur. Daha güvenli ve daha sorumlu servisler oluşmuş, süreçler ve kullanılan araçlar standartlaştırılmıştır. Bunlara bağlı olarak çalışanların morali iyileşmiş ve memnuniyet düzeyleri artmıştır (81). Fillingham'ın (2007) çalışmasında ise yalın araçların kullanımının daha az klinik olaya ve daha yüksek personel moraline yol açtığı belirtilmiştir (77). The Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü) raporunda da, yalın yönetim stratejilerinin benimsenmesinin sağlık kuruluşlarının tedarik süreçlerini ve sonuçlarını iyileştirdiği, maliyetlerini azalttığı, hastalar, hizmet sağlayıcılar ve personel arasında memnuniyet düzeylerini artırdığı vurgulanmıştır (54). Bununla birlikte yürüttüğümüz çalışmada, servis/ünitelerinde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin yalın hastane kavramı hakkında daha az bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Bu durum hemşirelerin gereksiz iş yüküne maruz kalmalarına ve memnuniyet durumlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilir.

Bu doğrultuda hemşirelerin yalın hastane kavramı hakkındaki bilgi durumu değerlendirildiğinde ise hemşirelerin çoğunluğunun yalın hastane kavramına ilişkin bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin büyük çoğunluğunun yalın hastane kavramına ilişkin daha önce sempozyum benzeri her hangi bir bilimsel toplantıya katılmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin yalın hastane kavramına ilişkin bilgi sahibi olmaması ya da bilimsel bir toplantıya katılmamış olması, konuya ilişkin sağlık hizmet alanında yürütülen çalışmaların çok yeni ve sınırlı olmasından kaynaklanabilir. Ancak ülkemizde yalın hastanelere ilişkin bilinen Sağlık Bakanlığına bağlı Bolu ve

Kahramanmaraş illerinde olmak üzere iki hastanede pilot çalışma yürütülmektedir. Fakat hemşirelik hizmetleri ve hemşirelik hizmet süreçlerinin yalınlaştırılmasına ilişkin ise yürütülen uygulama ya da literatürde çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenlerle güncel ve çağdaş yönetim yaklaşımları arasında sayılan yalın hastane kavramı hakkında çalışmanın yürütüldüğü ildeki hemşireler bilgi sahibi olmamış olabilir. Amerikan Kalite Topluluğunun (American Society of Quality) 77 hastanede yaptığı araştırmada ise çalışanların %53' ünün yalınlığın bir biçimini, %42'sinin yalın araçlarından birini, %4'ünün tamamıyla yalınlığı kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada çalışanlar, yürüttüğümüz çalışmadaki bulgularımıza oranla daha az (%11) yalın/yalınlaşma kavramından habersizdir (26).

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun yalın hastane hakkında bilgi sahibi olmamasına rağmen yarısına yakınının çalıştıkları birimin kısmen yalınlaşmaya ihtiyacı olduğunu belirtmesi ise dikkat çekicidir. Bu durum araştırmacının veri toplama aşamasından önce hemşireleri konuya ilişkin bilgilendirmesinden kaynaklanabileceği gibi lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşirelerden de kaynaklanabilir. Çünkü lisans ya da lisansüstü eğitime sahip hemşireler çalıştıkları birimin kısmen de olsa yalınlaşma ihtiyacını olduğunu diğerlerine göre daha fazla önemsemişlerdir. Bunun nedeni son yıllarda müfredat programlarında yer alan hemşirelikte yönetim dersi kapsamında çağdaş yönetim yaklaşımlarına yer verilmesi olabilir. Bu görüşümüzü doğrular şekilde servis/ünitelerinde 5 yıl altında çalışan hemşirelerin daha uzun süre çalışan hemşirelere göre yalın hastane kavramı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. 1- 5 yıl arasında çalışan hemşirelerin yeni mezun olduğu düşünüldüğünde, yeni mezun bu hemşirelerin aldıkları eğitimler sırasında çağdaş yönetim yaklaşımlarını daha yakın zamanlı öğrenmiş olduğu ve buna bağlı yalın hastane konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte hemşirelerin yaşlarının, cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, pozisyonlarının, çalıştıkları servis/ünitenin, mesleki deneyim ve hastanede çalışma yıllarının yalın hastane kavramı hakkında bilgi sahibi olma, yalın hastane kavramına ilişkin sempozyum gibi bilimsel bir etkinliğe katılma ve çalışılan birimin yalınlaşmaya olan ihtiyacına ilişkin görüşleri üzerinde bir etkisi olmamıştır.

Hemşirelerin hemşirelik hizmet süreçlerine ilişkin faaliyetlerin servislerinde yapılmasına ve gerekliliğine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde ise hemşirelerin büyük çoğunluğu “hasta kabul sürecinde” belirtilen faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını ve bu faaliyetlerin çoğunu gerekli bulduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte yalnızca her dört hemşireden biri “hastanın kıymetli eşyaları teslim alınır ve hasta eşyaları teslim formuna kayıt edilir” işlemini servislerinde yapmadıklarını ve her beş hemşireden biri bu işlemi gereksiz bulduğunu belirtmiştir. Her dört hemşireden birinin bu işlemi yerine getirmemesinin nedeni bulgularımızda saptadığımız gibi servislere göre özellikli birimlerde bu işlemin çok acil durumlar dışında yapılmamasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte hemşireliğe ilişkin yasal düzenlemeler incelendiğinde, bu işlem hemşirelerin görevleri kapsamında açıkça belirtilen bir maddede yer almamaktadır (82-85). Bu doğrultuda birçok kamu hastanesinde hasta yatışlarında hastaların kıymetli eşyalarının hasta yakınına teslim edilmesi gerektiği, sorumluluk alınmayacağı belirtilmektedir. Ancak bu duruma rağmen bulgularımızda görüldüğü gibi halen çoğu hemşire tarafından bu işlem yapıldığı için alternatif çözüm olarak yatan hasta katlarında otelcilik hizmetleri personeli bulundurulabilir ve bu kişiler hastalara ait eşyaları teslim alabilir. Bir başka alternatif olarak hastane emanet birimi oluşturulabilir, hasta ve yakınları eşyalarını geri almak üzere buraya teslim edebilir, böylece hastalar zor duruma düşürülmez. Ancak bu işlem/faaliyet hemşirelerinde belirttiği gibi hemşirelik hasta kabul sürecinden çıkarılmalı ve bu süreç yalınlaştırılmalıdır.

Hasta kabul sürecinde ayrıca hemşirelerin dörtte biri “hemşire hastaya kendini tanıtır”, “gereksinimlerini karşılayamayan hastanın pijamalarını giymesine yardım edilir ve hasta yatağına alınır” ve “hastaya servisteki sağlık ekibi tanıtılır” işlemini nadiren gerekli bulmuştur. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin Hemşirelik Girişimleri tablosunda yer alan “hastanın öyküsünün alınması ve oryantasyonunun sağlanması”, “hastanın giyinmesine ve soyunmasına yardım etme” işlemleri hemşirelik kararı ile uygulanacak hemşirelik girişimleri arasında sayılmaktadır (85). Bu çalışmada ise hemşirelerin bu işlemleri nadiren gerekli bulması hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını bilmediklerini ya da acil girişimlere önem verip hastanın servise/birime oryantasyonunu önemsememesinden kaynaklanabilir.

“Eve taburculuk sürecine” ilişkin ise hemşirelerin büyük çoğunluğu bu süreçte belirtilen faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını ve bu işlemleri gerekli

bulduğunu belirtmişlerdir. Yalnızca hemşirelerin dörtte biri “hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur” işlemini nadiren gerekli bulurken, altı hemşireden biri “hasta taburculuk ve eğitim formu doldurularak bir nüshası hasta ya da hasta yakınına teslim edilir” ve on hemşireden biri “hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’e göre “taburcu etme (hastaneden çıkış planı)” hemşire ve hekim kararı ile gerçekleştirilen bir girişim olup, taburculuk esnasında hastanın hazırlanmasına yardımcı olmak hemşirenin önemi bir zamanını almaktadır. Oysa hemşire bu işlemle ilgilenmek için harcadığı zamanı hastanın taburculuk eğitimine katkı sağlayarak değerlendirebilir. Hastanın eşyalarını toplama işlemi ise değer katmayan bir faaliyet olması nedeni ile hemşire yardımcısı ya da otelcilik hizmetlerine devredilebilir.

“Hastanın diğer servis/birime transferi”, “hastanın başka hastaneye nakli” ve “ölen hastanın hazırlık sürecine” ilişkin ise hemşirelerin büyük çoğunluğu bu süreçlerde belirtilen işlemlerin tümünü servislerinde yaptıklarını ve bu işlemleri gerekli bulduğunu belirtmişlerdir. Sekiz hemşireden biri “hemşire hastayı farklı bir birime gitmesi gerektiği ile ilgili bilgilendirir” işlemini nadiren gerekli bulmuştur. Hemşirelerin altıda biri ise “mavi kod olay bildirim formunun dört adet fotokopisi alınır bir nüshası gelen ekibe, bir nüshası hasta dosyasına, bir nüshası kalite birimine verilir, bir nüshası da sorumlu hemşire dosyasına konur” ve yedide biri “mavi kod olay bildirim formu doldurulur” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. “mavi kod çağrısı yapmak” Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin ikinci maddesi kapsamında çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kısmında hemşirenin görevleri arasında sayılmıştır. Ancak ölen hastanın hazırlık sürecinde mavi kod formlarının gerekli dört ayrı birime ulaştırılması işleminin hemşire için zaman kaybı, iş yükü olması ayrıca dört adet nüshanın çoğaltılması işleminin zaman ve mali açıdan israf olduğu ve buna alternatif çözüm olarak mavi kod formunun gelen ekip üyelerinin biri tarafından sisteme kayıt edilmesi ve sistem üzerinden gerekli birimlere gönderilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir (85). Ohno’nun yedi israf türünün sağlık sektörüne uyarlaması ve Virginia Mason Tıp Merkezinde bu israf türlerine ilişkin süreç iyileştirmelerine yönelik çalışmada; hiç kullanılmayacak bir evrakın fotokopilerini yapma, insanlara gerekmeyecek ve gerçekten onları okumayacak kişiler için raporların fotokopilerinin yapılması; doküman yığınlarının oluşturulması ve

onların depolanması israf olarak açıklanmıştır. Oysa bunların yerine eş zamanlı olarak dokümantasyonla multidisipliner yatak başı turlarının yapılmasının ve taşınabilir kablosuz bilgisayarlar ile veri girişlerinin yapılmasının fazla üretim israfını engellediği belirtilmiştir (86).

“Günlük iş akışı” kapsamında ise hemşirelerin çoğunluğu hemşirelik işlemlerinin tümünü servislerinde yaptıklarını ve bu işlemlerin tümünü gerekli bulduğunu belirtmiştir. Yalnızca hemşirelerin yaklaşık altıda biri “öğle yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir”, “akşam yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir” ve “servislerde 8 saat ara ile hastanın beslenme, bası yarası, düşme risk puanında ya da hastanın genel durumunda bir değişiklik söz konusu ise yeniden değerlendirme yapılır ve sonuçlara göre bakım planı yeniden düzenlenir” işlemlerini nadiren gerekli bulmuştur. Ancak on hemşireden biri “hastaların hijyenik ve diğer bakım uygulamaları yapılır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir”, “akşam nöbetine gelecek hemşire için 18.00-20.00-22.00-02.00 tedavileri için gerekli malzeme ve ilaçlar bir tepsiye konur” ve “ertesi gün kullanılması için hemşire gözlem formları hazırlanır” işlemlerini gereksiz bulmuştur. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin Hemşirelik Girişimleri tablosunda yer alan “ağızdan beslemeye yardım etme (yemek yedirme)”, “kaşık/bardakla besleme” girişimleri hemşirenin kendi kararı ile yapacağı girişimlerdenidir. Ancak yemeklerin hasta diyetine uygun hazırlanması ve dağıtımı hemşirenin değil diyetisyenin görevidir. Bu görev, hemşireye yüklememeli, hemşire yalnızca kendi kendine beslenemeyen ya da beslenme güçlüğü yaşayan hastanın diyetine uygun beslenmesini sağlamalıdır. Bunların yanı sıra hastanın yaşam kalitesini artırmak, bakım vermek, fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamasına yardım etmek hemşirenin asli görevlerindedir (83, 85). Ancak hemşirelerin bu görevleri gereksiz görmesi hemşirelik mesleğinin görev yetki ve sorumluluklarını kavrayamamalarına bağlanabilir. Bir sonraki vardiya için hemşirelerin önceden hemşire gözlem formunu ve ilaçları hazırlaması, vardiyadaki hemşire için iş yükü ve zaman kaybıdır. Ayrıca ilaçların önceden hazırlanması doğru değildir. Çünkü uzun süre bekleyen ilaçlar bozulabilir ya da kimin hazırladığı, ne kadar ve hangi hasta için, ne kadar süre önce hazırladığı şüphe oluşturabilecek ilaçların uygulanması hasta güvenliği açısından sorun/risk oluşturabilir (87 - 90). Gözlem formları ise sistem aracılığıyla hazır

hale getirilebilir ve çıktısı aynı vardiya içinde alınarak kullanılabilir. Gözlem formu hazırlama gibi gereksiz bir işlem elenerek zaman kaybı, gereksiz emek harcanması engellenebilir ve süreçte yalınlaşma sağlanabilir.

Toyota Üretim Sistemi uygulanarak gerçekleştirilen bir başka çalışmada, günlük işlerde fark edilmeksizin oluşan israfın %35 olduğu belirlenmiş ve bu oranın yüksekliğinin ne kadar şaşırtıcı olduğu ifade edilmiştir (91). Bağış da çalışmasında, yaşanan israfın fazla olmasının nedenini, sağlık bakım hizmeti işlemlerinde tutarsızlıkların olmasına, güvenilmeyen sunum sistemlerine ve gereksiz kesintilere bağlamıştır. Ayrıca bu süreçlerin nasıl ideal olarak çalışılması gerektiğini açıkça belirtilmemesinin de yine israfa neden olduğunu vurgulamıştır (86). Atkinson'ın yaptığı çalışmada da, yalın uygulamayla birlikte gereksiz 14 adım ortadan kaldırarak süreç zamanı %60 kısaltılmıştır (20, 42). Yalın yönetim fikirleri üzerine kurulu olan Robert Wood Johnson Vakfı tarafından desteklenen “Yatakbaşı Bakımın Değiştirilmesi/ Dönüştürülmesi” (Transforming Care at the Bedside) başlıklı bir diğer çalışmada, iyileştirilmiş iş akışıyla hemşirelerin çağrı zillerini cevaplayabildikleri, daha az zaman harcadıkları ve hasta sorunlarını daha hızlı tanımladığı saptanmıştır (92). Güler yüz'ün aktarımına göre; Wadhwa ve Wadhwa'ın çalışmasında ise metot kartları hazırlanmış ve her işin standart şekilde yapılması sağlanmıştır. Hasta odalarının bir sonraki hasta için hazırlanma süreci izlenerek israflar ve değer yaratmayan faaliyetler ortadan kaldırmıştır. Evrak işlerinde tek parça akış sistemi kullanarak denge sağlanmıştır. Böylece evrak işleri nedeniyle bekleyen hasta sayısı azalmıştır (20).

Hemşirelerin “laboratuvar ve görüntüleme merkezlerine ilişkin hemşirelik faaliyetleri” incelendiğinde ise çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu bu faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptıklarını ve bu işlemlerin tümünün gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak yaklaşık sekiz hemşireden biri “hekim tarafından istenen laboratuvar istemleri sisteme hemşire tarafından girilir” ve “alınacak kan ve diğer tahlil örnekleri laboratuvar modülüne girilir” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. Hemşirelerin beşte biri “hekimin istem yaptığı röntgen, Manyetik Rezonans, Bilgisayarlı Tomografilerin türünü öğrenmek için hekim aranır, tanının türü ve amacı öğrenildikten sonra istem hemşire tarafından sisteme girilir” ve onda biri “randevu saatine yakın hasta personel eşliğinde merkeze gönderilir, gerekirse hemşire hastaya eşlik eder” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. Hemşirelerin çok azı ise “hekim

tarafından order edilen kan ürünü kan merkezinden sisteme girilir ve telefon ile istenir” ve “laboratuvar aranarak istenen ürünün mevcut olup olmadığı öğrenilir” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 2. maddesine göre hemşirenin görevi “‘hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örnekleri toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir” şeklindedir (85). Burada dikkatle üzerinde durulması gereken konu laboratuvar modülü üzerinden hekimin yapması gereken giriş işleminin hemşirelik faaliyeti olarak algılanması, bu görevi hemşirenin üstlenmesi ve dolayısıyla hemşirenin iş yükünün artması, hemşirelik hizmetleri adına değer katmayan bir faaliyetin hekim adına kayda geçmesidir. Oysa tüm bu order/istemler hekim tarafından ve sistem üzerinden istek yapılmalı ve ilgili birime düşmeli, hasta güvenliği de korunmalıdır. Dolayısıyla bu işlemlerin hastane yönetimi ile görüşülerek hekimlerin kendisi tarafından yapılması sağlanmalı, hemşire-hekim çatışması engellenerek bu hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçte hemşirelik iş gücü israfi engellenmeli, hasta bakımına değer katmayan hekimin işi olan laboratuvar, görüntüleme istem talebi hemşireliğin bu sürecinin dışında bırakılarak yalınlaşma sağlanmalıdır.

“Eczane ile ilgili hemşirelik faaliyetleri incelendiğinde, hemşirelerin büyük çoğunluğu bu süreçte yer alan faaliyetlerin de tümünü servislerinde yaptıklarını belirtmiş ve bu işlemlerin büyük çoğunluğunu gerekli bulmuşlardır. Bununla birlikte hemşirelerin yaklaşık onda biri “tüm hasta dosyaları servis personeli ile eczaneye gönderilir” ve “ilaçlar ve sarf malzeme eczane tarafından 3 ya da 4 st içinde hazırlandıktan sonra hemşire ve personel eczaneye gider, imza karşılığı hemşire ilaçları teslim alır” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. Hemşirelerin eczane ile ilişkili faaliyetlerini kapsayan sürecin iyileştirilmesi/yalınlaştırılabilmesi için günümüzde bazı hastaneler tarafından kullanılan bilişim sisteminin ve teknolojinin ürünlerinden yararlanılabilir. Hemşirelik hizmetlerine ilişkin kullanılan bilişim ve otomasyon teknolojisinin getirdiği ürünler; hasta bilekliği, elektronik orderlar, elektronik yaka kartları, hasta takip sistemi, PYXIS (tek doz ilaç yönetim sistemi) ve tüm bunlarla entegre bir hastane bilgi sistemidir. Hastane bilişim sistemi ile entegre bir PYXIS sistem, servis/birimlere gereğinden fazla ilaç gönderilmesini ve kullanılmayan ilaçların geri iadesini sağlamakta, ilaç israfını engellediği gibi gereğinden fazla hizmet üretimine, gereksiz taşıma, stok ve gereksiz hareket gibi değer katmayan faaliyetleri ortadan

kaldırmaktadır. Böylece hemşirelik hizmetlerinin eczane ile ilgili faaliyetlerinin birçoğu süreç dışı bırakılarak yalınlaşmaya katkı verilir. Ayrıca yalınlaşma kapsamında bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise yalın araç olarak süreç haritalama tekniği kullanılmıştır. Eczane süreç haritasına göre hekim dijital olarak tedavi planını hazırlar, eczane modülüne gelen ilaçlar hasta bazlı hazırlanır, hazırlanan ilaçlar eczane personeli tarafından kliniğe teslim edilir ve böylelikle hasta güvenliği için hatalar önlenmiş aynı zamanda klinik sorumlu hemşiresinin bu konudaki işi yükü azaltılmış olur (94).

“Ameliyata gidecek ve ameliyattan gelen hasta süreçlerinde” de hemşirelerin çoğunluğu belirtilen işlemlerin tümünü servislerinde yaptıklarını ve bu işlemlerin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyata gidecek hasta süreçleri için hemşirelerin yaklaşık onda biri “gerekirse ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır tıraş kontrolü sağlanır”, “hastanın kıyafetleri, metal eşyaları, varsa takma dişi çıkarılarak ameliyat gömleği giydirilir”, “cerrahi girişime ilişkin genel/bölgesel anestezi bilgilendirilmiş onam formu hastaya/yakınına ve hekime imzalatılır.” işlemlerini servislerinde yapmadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin yüzde ondan azı “gerekirse ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır, tıraş kontrolü sağlanır”, “ameliyat öncesi kan ürünleri, kan biriminden istenir, kan birimi kanı hazırladıktan sonra hasta için servise alınır” ve “hemşire eşliğinde hasta gerekli formlarla ameliyathaneye teslim edilir” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır. Ameliyattan gelen hastalar için yedi hemşireden biri “ziyaretçi kısıtlaması yapılır” ve hemşirelerin yüzde onundan daha azı “hastanın servise alınması ile birlikte hasta ilk 1 saatte 15 dakika, ikinci saatte yarım saatte ve daha sonra bir saate bir ve durumu stabil oluncaya kadar izlenir (yaşam bulguları, aldığı çıkardığı, drenleri, pansumanı, kanama ve ağrı durumu) işlemlerini nadiren gerekli bulurken, yine hemşirelerin yüzde ondan daha azı “hemşiresi ve yardımcı personel hastayı ameliyathaneden teslim almak üzere ameliyathaneye gider” işlemlerini gereksiz bulmuşlardır Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğinin Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları kısmında, hemşirelerin bu konuya ilişkin görevi; “bilgilendirildikten sonra hastadan uygun onam formlarının alınmasını sağlar” ve “bilgilendirilmiş onayın alınıp alınmadığını kontrol eder” şeklinde tanımlanmıştır. Hemşireler yalnızca kendi yapacakları ve onam gerektiren girişimlere ilişkin hastayı bilgilendirip, onam almak durumdadır. Ameliyata gidecek hasta için hasta

bilgilendirdikten sonra gerekli onamının alması ve bu belgenin hasta dosyasına konması hekimin sorumluluğundadır. Dolayısıyla hekimin görevi olan bilgilendirilmiş onam formunun hastaya imzalatılarak, hasta dosyasına koyması hemşireler için değer katmayan bir faaliyettir (85). Ancak ameliyata gidecek olan hastanın ameliyat için hazırlanması hemşirelerin görevleri kapsamındadır. Bununla birlikte Değişiklik Yapılan Hemşirelik Yönetmeliğin Hemşirelik Girişimleri tablosunda “hastanın vücut tıraşının kontrol edilmesi” ifadesine yer verilmiştir. Bu yasal düzenlemeye rağmen hastanın ameliyat bölgesinin tıraş hastaneden görevlendirilen bir berbere de yaptırılabilir. Hemşire, bu işlemde ameliyat bölgesinin tıraş kontrolünü yapabilir ya da görevlendirdiği bir hemşire yardımcısına bu işlemi devredebilir. Hasta için hazırlanan kan ürünleri ise kan birimi/merkezi tarafından direkt ameliyathaneye gönderilebilir. Hasta için ayrılan kan ürünlerinin kontrolü ameliyathanedeki hemşire tarafından yapılabilir ve gerekirse hasta için hazırlanabilir. Böylece yoğun iş yükü altında çalışan servis hemşirelerinin işi azaltılarak yalınlaşma sağlanmış olur.

Bunların yanı sıra Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları kısmında ve Hemşirelik Girişimleri tablosunda ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşam bulgularının takibi hemşirenin asli görevi ve hemşirenin kendi kararı ile uygulayacağı bir girişim olarak tanımlanmıştır. Ancak bu işlemin hemşireler tarafından nadiren gerekli görülmesi düşündürücüdür. Dolayısıyla ameliyat sonrası hastanın yaşam bulguları stabil oluncaya kadar tüm yataklı birimlerde hasta takibinin yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin bu konuda farkındalığının sağlanması için hizmet içi eğitimler, sıkı denetimler ve bilgilendirme toplantıları yapılabilir. Bununla birlikte hasta ameliyathaneden yoğun bakım yerine servise çıkarılırsa hastaların takibini kolaylaştırmak ve hemşirenin iş yükünü hafifletmek için hasta monitörize edilebilir. Yaşam bulgularına ayrılan süre kısaltılarak, diğer hastalara zaman ayrılabilir.

Ameliyathanede yalınlaşmaya yönelik Spear'ın yapmış olduğu çalışmada ise problemlerin kök nedenine inilmeden anlık çözümlerle ortadan kaldırıldığını gözlemlemiştir. Ancak anlık çözümler nedeni ile problemin tekrar ortaya çıktığı savunulmuştur. Bunun nedeni; kimin hangi işi ne zaman yapacağını bilmemesine ve standart eksikliğine bağlanmıştır. Aynı çalışmada, yalın yaklaşımlardan biri olan iş standartlaştırmanın oluşabilecek hataların daha önceden fark edilmesini sağladığı

savunulmuş ve ameliyathaneye girecek olan hastalar için yapılacak tetkiklerin hangisinin tamamlanıp hangisinin tamamlanmadığı konusunda görsel işaretler geliştirilmiştir. Ayrıca görevlilerin işleri standartlaştırmış ve ameliyathaneye eksik bir şekilde giren hasta sayısında büyük düşüşler sağlanmıştır (20, 95). Ülkemizde İnegöl Devlet Hastanesinde yapılan bir çalışmada ise bir hastanın ameliyathaneye gidişi ve gelişi sırasında cerrahi servislerle ameliyathane arasındaki mesafenin 2 kişilik ekip tarafından toplam 8 kez kat edildiği saptanmıştır. Daha sonra GEMBA (bir yalın felsefe olan sorunun olduğu yere git) yürüyüşleri ile ameliyathane ve cerrahi servisleri arasındaki mesafe ve asansör bekleme süreleri hesaplanmış, hasta transferi için harcanan zaman ve personelin iş yükü analizi yapılmıştır. Cerrahi servisler ameliyathanenin bulunduğu kata taşınarak, hasta transferini sağlayan personelin iş yükü azaltılmıştır. Sonuç olarak asansör bekleme, asansörde geçirilen süre, yürüme mesafesi proje öncesi 1.408 adım, 600 metre, 2.192 saniye iken; proje sonrası 936 adım, 504 metre, 576 saniye şekline dönüştürülmüştür (64).

Ülkemizde ve diğer ülkelerde olduğu gibi yalın düşünce ilkelerini uygulamak suretiyle birçok hastane çok önemli kazançlar elde etmiştir. Bu doğrultuda hastanelerde hemşirelik hizmetlerine ilişkin süreçlerin yalınlaşmasının önemi kadar hemşirelerin çalıştıkları fiziksel ortamların da yalınlaştırılması önem kazanmıştır. Örneğin Virginia Mason Hastanesi'nin acil bölümünde fiziki ortama ilişkin yalınlaşma çalışmaları yürütülmüş ve doktor tarafından hastanın görülmesi için geçen süre ortalama 20 dakikadan 6 dakikaya düşürülmüştür (96). Ayrıca stok düzeyi %53, alan gereksinimi %41, tedarik süresi %55, insanların hareket mesafeleri %72 ve hazırlık süresi %82 azalmış ve etkinlik %36 artmıştır (26, 54).

Bu doğrultuda çalışmada, hemşirelerin fiziksel ortamın yalınlaşmasına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; hemşireler hasta odası, hemşire bankosu, hemşire giyinme/dinlenme odası, hemşire odası, hemşire tedavi hazırlık alanı, hemşire tuvaleti, servis/ünite deposu ve servis/ünite mutfağına ilişkin donanımın çoğunlukla servislerinde var olduğunu ve bu donanımın gerekli olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin beşte biri hasta odasına ilişkin hasta odası mutfak lavabosu, onda biri hasta tuvaleti ve ikinci hasta yatağını gereksiz bulmuştur. Altı hemşireden biri hemşire bankosunun konumu/yerini, yüzde ondan azı bankonun üzerindeki telsiz telefonu ve hasta dosyalarının bulunduğu bölümü uygun bulmamışlardır. Hemşirelerin beşte biri hemşire giyinme/dinlenme

odasında hemşire mutfağı, onda biri kadarı askılık ve masa bulunmadığını ifade ederken yaklaşık aynı oranda hemşire mutfağı, askılık, masa ve kanepeyi gereksiz bulmuştur. Hemşirelerin beşte biri hemşire odasında ise bilgisayar, bilgisayar masası ve ikinci kanepenin bulunmadığını belirtirken bir diğer grup aynı oranda hemşire odasının servisteki konumunu, odadaki bilgisayar ve odadaki bilgisayar masasını gereksiz bulmuştur. Her yedi hemşireden biri ise hemşire tedavi hazırlık alanında ilaç hazırlama masasının bulunmadığını ifade etmiştir. Her on hemşireden biri servis/ünite deposuna ilişkin donanımın yeterli olmadığını belirtmiştir. Yedi hemşireden biri servis/ünite mutfağında hem mutfak dolaplarının hem de bulaşık yıkama alanının uygun olmadığını ve mutfağın servisteki konumunun uygun olmadığını belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi az oranda da olsa hemşireler kullanım alanları olarak öncelikle hasta odasını, hemşire odasını ya da hemşire bankosunu, tedavi alanını, servis/ünite deposunu göstermiş ve bu alanları donanım ve fiziki yerleşim açısından yeterli bulmamıştır. Ayrıca bu alanlarda çalışma alanı daraltabileceği düşünülen ya da hareket alanını kısıtlayan bazı eşyaları ya da hasta odasındaki mutfağı ve ikinci hasta yatağını gereksiz görmüşlerdir. Oysa hastanelerin inşası yapılırken ya da iç donanımı baştan ya da sonradan düzenlenirken 24 saat bu alanları kullanan hemşirelerin görüş ve önerilerini almak ve ergonomik şekilde tasarlamak hastalara hızla müdahale edilebilmesi ya da hastanın, hemşirelerin ya da diğer sağlık personelinin hareketlerini kolaylaştırmak için önemlidir. 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 10. maddesinin (f) bendine göre hemşire “servis/ünitenin fiziksel yapısı ve donanımı konusunda yönetime önerilerde bulunur” ifadesinde de açıkça görüldüğü gibi, hastane fiziki ortamının düzenlenmesi konusunda hemşirelerin görüşlerinin alınması gerektiği vurgulanmıştır. LeBonheur Çocuk Sağlığı Merkezinde de bu konuya ilişkin bir çalışma yapılmış ve malzemeler doğru yerlerde tutularak, arayıp bulmak için harcanan zaman miktarı azaltılmıştır. Ayrıca fiziksel yerleşim planı iyileştirilerek, hemşirelerin arabaları rahatlıkla sürmelerine olanak sağlanmıştır. Böylece yürüyüş mesafeleri ve ortalama vaka arabası hazırlama süresi %50 kısaltılmıştır (2, 34).

Bunun yanı sıra hemşireler için önemli olan bir diğer alan servis/ünite deposudur. Malzeme ya da araçların depolandığı bu alanların ya da alan kullanımının erişimi kolay ve güvenli bir şekilde olmalıdır. Ayrıca bu alanlarda değerli stoklar için elektronik barkod sisteminin kullanılması, analizlerin daha sağlıklı yapılmasına olanak verebilir.

Malzeme dolaplarında, malzeme azaldığında uyarı sistemi kurulabilir ve ihtiyaca göre malzemelerin gönderilmesi sağlanabilir. Bunların yanı sıra Bağış'ında ifade ettiği gibi yaygın/sık kullanılan malzemelere erişimi kolaylaştırmak için hastanelerin yataklı servislerini görsel olarak kontrol edilebilen yeniden stoklama sistemleri geliştirilerek depolama yapılabilir (86). Ülkemizde özel sektörde yürütülen bir proje çalışmasında da, 5S tekniği kullanılmış, yeniden düzenleme ile alan kullanımını artmıştır. Depoda, depo stoklama alanı hacim bazlı %25, tüm depo alanı hacim bazlı %75 iyileştirilmiştir. Kliniklerdeki depolarda malzemelere erişim süresi; acil serviste %56.9, kliniklerde %70.4, yoğun bakımda %76.4 iyileştirilmiştir. Bu kapsamda malzemeyi bulma süresinde ortalama 40 saniye iyileşme sağlanmış, bir personelin günde 25 dakika gereksiz hareketi ortadan kaldırılmış, gereksiz stoklama azaltılmış ve çalışanların endişesi giderilmiştir. Ayrıca sistem odasında 5S tekniği ile kablolar düzenlenmiş, etiketlenmiş, kabloların güvenliği sağlanmıştır (66). Solak çalışmasında da, yalın teknikler kullanarak serum almak için mesafe kat eden sağlık çalışanının kat ettiği mesafede gözle görülür bir fark yaratılmıştır. Örneğin Isolyte serum için kat edilen mesafe 1254 adımdan 231 adıma ya da kat edilen 924 saniyelik mesafe 165 saniyeye düşmüştür. Diğer bir kalem olan Isolyte-P için kat edilen mesafe 3910 adımdan 1495 adıma, süre 2760 saniyeden 1260 saniyeye düşmüştür (12). Amerika Birleşik Devletlerinde Virgina Mason Tıp Merkezinde de benzer çalışmalar gerçekleştirilmiş, yalın uygulamalar sonucu hemşirelerin yürüme mesafesini önemli ölçüde düşürülmüştür. Hemşire adımları 5818'den 846'ya düşürülmüştür (26). Portioli'nin çalışmasında da, yalın yönetim teknikleri kullanılarak stoklarda büyük azalmalar sağlanmış, malzeme yönetimi standartlaştırılmış ve dolayısıyla maliyetler düşmüştür (20, 97).

Sonuç olarak hastanelerde hemşirelerin kullandığı alanların ya da fiziki ortamların iyileştirilmesi için yalın tekniklerin kullanılması, bu sağlık insan gücünün fiziki enerjisini akıllıca kullanılmasına, yorgunluklarının ve fiziki tükenmelerinin azaltılmasına, hızlı hareketine, olaylara hızla müdahale etmesine katkı verecektir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin hemşirelik faaliyetleri ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu, yarısına yakınının orta yaşlarda, lisans/lisansüstü eğitime sahip, yarısının 1-5 yıl hastanelerinde ve yarısından fazlasının servis/ünite ve özellikli birimler dışındaki diğer birimlerde çalıştığı, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları servis ya da birimlerden memnun olduğu saptanmıştır. Ancak servis/ünitelerinde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin yalın hastane kavramı hakkında daha az bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte özellikle servis/ünitede çalışma yılı 5 yıl üzerinde olan ve çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun da benzer şekilde yalın hastane kavramına ilişkin bilgi sahibi olmadığı ve konuya ilişkin hangi bir bilimsel toplantıya katılmadığı belirlenmiştir. Fakat başta lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşireler olmak üzere hemşirelerin yarısına yakını çalıştıkları birimin kısmen yalınlaşmaya ihtiyacı olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin hemşirelik hizmetleri kapsamında hasta kabul, taburculuk ve nakil, ölen hastanın hazırlığı, günlük hemşirelik iş akışı, laboratuvar ve görüntüleme merkezi, eczane, ameliyathane gidecek ve gelen hastaya yönelik süreçlerdeki faaliyetleri hakkındaki görüşleri değerlendirildiğinde, hemşirelerin büyük çoğunluğu tüm bu süreçlerde belirtilen faaliyetlerin tümünü servislerinde yaptığını ve bu faaliyetlerden vazgeçmeyerek çoğunu gerekli bulduğunu belirtmiştir.

Yalınlaşması gereken zaman ve emek israfına neden olabilecek gereksiz faaliyetler değerlendirildiğinde ise görüş bildiren hemşire sayısının yüzdesi az olmasına rağmen “hasta kabul sürecinde” öncelikle hastanın kıymetli eşyaları teslim alınır ve hasta eşyaları teslim formuna kayıt edilir, “eve taburculuk sürecinde” hasta taburculuk ve eğitim formu doldurularak bir nüshası hastaya hasta yakınına teslim edilir, hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur “hastanın diğer servis/birime transfer süreci”, “hastanın başka hastaneye nakil süreci” ve “ölen hastanın hazırlık sürecinde” mavi kod olay bildirim formunun dört adet fotokopisi alınır bir nüshası gelen ekibe, bir nüshası hasta dosyasına, bir nüshası kalite birimine verilir, bir nüshası da sorumlu hemşire dosyasına konur, “günlük iş akışı sürecinde” akşam nöbetine gelecek hemşire için 18.00-20.00-22.00-02.00 tedavileri için gerekli malzeme ve ilaçlar bir tepsiye konur ve ertesi gün

kullanılması için hemşire gözlem formları hazırlanır, “laboratuvar, görüntüleme ve kan merkezlerine yönelik süreçlerde hekim tarafından istenen laboratuvar istemleri sisteme hemşire tarafından girilir ve alınacak kan ve diğer tahlil örnekleri laboratuvar modülüne girilir, hekimin istem yaptığı röntgen, Manyetik Rezonans, Bilgisayar Tomografilerinin türünü öğrenmek için hekim aranır, tanının türü ve amacı öğrenildikten sonra istem hemşire tarafından sisteme girilir, randevu saatine yakın hasta personel eşliğinde merkeze gönderilir, gerekirse hemşire hastaya eşlik eder, hekim tarafından order edilen kan ürünü kan merkezinden sisteme girilir ve telefon ile istenir, laboratuvar aranarak istenen ürünün bulunup bulunmadığı öğrenilir, “Eczane ile ilgili süreçte” tüm hasta dosyaları servis personeli ile eczaneye gönderilir, ilaçlar ve sarf malzeme eczane tarafından 3 ya da 4 st içinde hazırlandıktan sonra hemşire ve personel eczaneye gider, imza karşılığı hemşire ilaçları teslim alır, “Ameliyata gidecek ve ameliyattan gelen hasta süreçlerinde” ise gerekiyorsa ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır, tıraş kontrolü sağlanır, ameliyat öncesi kan ürünleri, kan biriminden istenir, kan birimi kanı hazırladıktan sonra hasta için servise alınır ve son olarak hemşiresi ve yardımcı personel hastayı ameliyathaneden teslim almak üzere ameliyathaneye gider işlemlerini gereksiz bulmuşlardır.

Bununla birlikte bu süreçlerde bazı hemşireler yasal düzenlemelerde yer alan “hemşire hastaya kendini tanıtır, gereksinimlerini karşılayamayan hastanın pijamalarını giymesine yardım edilir ve hasta yatağına alınır, hastaya servisteki sağlık ekibi tanıtılır, hemşire hastayı farklı bir birime gitmesi gerektiği ile ilgili bilgilendirir, servislerde sekiz saat ara ile hastanın beslenme, bası yarası, düşme risk puanında ya da hastanın genel durumunda bir değişiklik söz konusu ise yeniden değerlendirme yapılır ve sonuçlara göre bakım planı düzenlenir, hastanın servise alınması ile birlikte hasta ilk 1 saatte 15 dakika, ikinci saatte yarım saatte ve daha sonra bir saate bir ve durumu stabil oluncaya kadar izlenir (yaşam bulguları, aldığı çıkardığı, drenleri, pansumanı, kanama ve ağrı durumu)” gibi görevleri, yetki ve sorumlulukları kapsamındaki temel işlemlerini nadiren gerekli bulmuşlardır. Ancak hemşirelik görevleri kapsamında olan ve yapılması gereken eve taburcu olacak hastanın hazırlanmasına yardımcı olunur ile hastaların hijyenik ve diğer bakım uygulamaları yapılır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir işlemlerini gereksiz bulmuşlardır.

Ayrıca hemşireler hasta odasında hasta odası mutfak lavabosu, hasta tuvaleti ve ikinci hasta yatağını gereksiz, hemşire bankosunun ve hemşire odasının konumu/yerini, hemşire bankosunda telsiz telefonu ve hasta dosyalarının bulunduğu bölümü uygun bulmamışlardır. Hemşire tedavi hazırlık alanında ilaç hazırlama masasının eksik olduğunu, servis/ünite deposuna ilişkin donanımın da yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Servis/ünite mutfağında hem mutfak dolaplarının hem de bulaşık yıkama alanının ve mutfağın servisteki konumunun uygun olmadığını ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Özellikle mesleki deneyimi 5 yıldan fazla olan hemşireler başta olmak üzere tüm hemşirelere yönelik yalın kavramı, yalın düşünce, felsefe, yalın yönetim ve teknikleri konusunda hemşireleri bilgilendirmek, uygulamalara aktif katılımını sağlamak için sürekli eğitimler düzenlenebilir. Ayrıca hemşirelik faaliyetlerini içeren süreçlerde tanımlanan hemşirelerin nadiren gerekli ya da gereksiz bulunduğu bir başka ifade ile yapmak istemediği fakat yasal kapsamda görev, yetki ve sorumlulukları arasında olan faaliyetlerine ilişkin farkındalık ve bilgilendirme sağlamak için sağlık ve hemşirelik mevzuatına yönelik sürekli eğitimler düzenlenebilir. Hemşireler sık yapılan denetimlerle takip edilebilir.
- Hemşirelik hizmetlerine ilişkin tanımlanan 12 süreçte zaman kaybına neden, israf yaratan ve gereksiz olarak tanımlanan, bununla birlikte hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları dışında yüklendikleri ve iş yüklerini artıran bazı faaliyetler süreçlerden çıkarılabilir, ayrıca uygun ve gereksiz donanım engellenerek fiziki ortamın yalın tekniklerle iyileştirilmesi sağlanabilir.
- Araştırmanın yürütüldüğü Artvin ilindeki kamu hastanelerinde bu tanımlanan gereksiz, zaman ve enerji israfına neden olan faaliyetlerin süreçlerden çıkarılması için yalın teknikler ya da yalın yönetim uygulamaları hayata geçirilebilir. Ayrıca yalınlaşma adına tanımlanan süreçlerinin iyileştirilmesi için periyodik çalışmalar yapılabilir. Süreçler, çalışmadaki veriler kullanılarak ilgili birimden her düzeyde hemşirenin, yöneticinin katıldığı yüz yüze ve grup görüşmeleri ile yeniden değerlendirilip iyileştirilebilir.
- Hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerini iyileştirmek ve tüm çalışanların yalın yönetim ilkelerini benimsediği bir örgüt kültürü oluşturmak ve yalın felsefenin benimsenmesi için toplantılar düzenlenebilir.

- Hemşirelerin aktif olarak yalınlaşma süreçlere katılması sağlanabilir, yalın araçları öğrenmelerine ve kullanmalarına fırsat verilebilir.
- Bu tezin anketinde tanımlanan ve bulgularında yer verilen süreçler diğer kurumlar tarafından süreçlerin tanımlanması, günlük iş akışlarının belirlenmesi ve hemşirelerin iş tanımlarının oluşturulması için diğer hastane ve hemşirelik hizmet yöneticileri tarafından kullanılabilir.
- Hemşirelik hizmetlerine ilişkin bu süreçler kullanılarak kamu hastanelerinde bu süreçler standardize edilebilir.



9. KAYNAKLAR

1. Çelik Ç (2016). Yalın organizasyonlar. Çağdaş Yönetim Yaklaşımları: İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar (Ed : Bakan İ). İstanbul, 467-487.
2. Graban M (2011). Yalın Hastane Kalite, Hasta Güvenliği ve Çalışan Memnuniyetini Artırmak. Çeviren: Şengözer P, Optimist Yayınları, İstanbul, 51-71.
3. Aytaç Z (2009). Hastanelerde Yalın Yönetim Sistemleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
4. Womack J, Jones D (2005). Yalın Çözümler. Birinci baskı. Optimist Yayınları, İstanbul; 10-35.
5. Yıldız S, Yalman F (2015). Sağlık işletmelerinde yalın uygulamalar üzerine genel bir literatür taraması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 1 (1): 5-20.
6. Özdemir D (2013). Hastane Süreçlerinin Yalın Yöntemler İle İyileştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
7. Womack JP, Jones DT (2016). Yalın Düşünce. Çeviren: Yamak O, Optimist Yayınevi, No. 127, İstanbul, 23-131.
8. Çetin Ç, Tuna N (2016). Yalın Yönetim İlkeleri [Çevrimiçi]. Erişilebilir: <http://dosya.toprakisveren.org.tr/makale/2016-109-canancetin.pdf>. [Erişim 20 Eylül 2017].
9. Türkan ÖU (2010). Üretimde yalın dönüşümün temel performans kriterleri. Bahçeşehir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 12 (2): 28-41.
10. Özveri O, Engin Ç (2012). Yalın altı sigma ve bir uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 14 (2): 17-36.
11. Özen I (2015). Yalın düşünce uygulaması: Hastanelerde değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılması. Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi 11(44): 205-219.
12. Solak A (2015). Antalya'da Özel Bir Hastanede Yalın Hastane Uygulamasının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
13. Michelli, JA (2011). Prescription for excellence: Leadership lessons for creating a world-class customer experience from UCLA Health System. McGraw-Hill, New York.
14. Liscio M (2016). Lean Healthcare Solutions, Inc.: A Business Proposal. Master Thesis, University of Arizona, USA.

15. Dickson EW, Singh S, Cheung DS, Wyatt CC, Nugent AS (2009). Application of lean manufacturing techniques in the emergency department. *J. Emerg Med* 37(2): 177-82.
16. Okur AS (1997). Yalın Üretim-2000'li Yıllara Doğru Türkiye Sanayi İçin Yapılanma Modeli. Söz Yayın, İstanbul, 5-20.
17. Çankır B (2010). Yalın Düşünce Sistemini Uygulayan Kurumlarla Uygulamayan Kurumlarda Çalışanlarda Örgütsel Vatandaşlık Davranışı. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
18. Ohno T (1998). Toyota Ruhü. Toyota Üretim Sistemi'nin Doğuşu ve Evrimi. 5. Baskı. Çeviren: Feyyat C, Scala Yayıncılık, İstanbul, 65.
19. Yalın Zirve. (2017) Düşünceden uygulamaya yalın dönüşüm [çevrimiçi]. Erişilebilir: <http://yalinzirve.org.tr/>. [Erişim 6 Aralık 2017].
20. Güteryüz D (2012). Yalın Yönetim Sistemlerinin Hastanelere Uyarlanabilirliği ve Bir Hastane Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
21. Mol MJ, Birkinshaw JM (2008). Giant Steps in Management. 1st ed. Prentice Hall, UK; 24.
22. Tapping D, Dunn A (2006). Lean Office Demystified. 3 rd ed. MSC Media Inc., USA; 3-8.
23. Osmanbeyoğlu N (2013). Yalın hastane sağlık hizmetindeki israfı ortadan kaldırılabılır mi?. İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İstanbul'da Sağlık: 28.
24. Meyers FE, James RS (2002). Motion and Time Study for Lean Manufacturing. 3 rd ed. Prentice Hall, UK; 65.
25. Şeker A (2016). Yalın üretim sisteminde kanban, tek parça akışı ve u tipi yerleştirme sistemleri. *International Journal of Social Science* 50: 449-1470.
26. Yüksel H (2012). Yalın Sağlık. Birinci baskı. Nobel Yayıncılık, No.515, Ankara; 1-12.
27. Apillioğulları L (2016). Yalın Dönüşüm. İkinci baskı. Aura Yayınları, No. 1276, İstanbul; 32.
28. Jeffrey L (2014). The Toyota Way.1st ed. McGraw-Hill, New York; 10-33.
29. Özkol E (2004). Yalın düşünce ve israfın tek düzen muhasebe sistemi çerçevesinde kaydı: Bir yaklaşım ve örnek uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 19 (1): 119-138.

30. Womack JP, Jones DT, Roos D (1990). The Machine That Changed The World. 1st ed. Rawson Associates, New York; 3-12.
31. Can AV, Güneşlik M (2013). Yalın yönetim felsefesinin önemli bir boyutu olarak muhasebede yalınlaşma düşüncesi ve bir yalın muhasebe uygulaması örneği: Kendine faturalama. Muhasebe ve Finansman Dergisi: 1-22.
32. Aktaş R, Karğın M (2011). Yalın muhasebe: yalın üretim ortamında yeni bir yönetim muhasebesi yaklaşımı. Muhasebe ve Öğretim Üyeleri Bilim ve Dayanışma Vakfı Dergisi 3: 91- 128.
33. Deran A, Beller B (2014). Hastanelerde yalın yönetimin bir aracı olarak değer akış maliyetleme ve kamu hastanesinde bir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 32: 161-174.
34. Özkan O, Bayın G, Yeşilaydın G (2015). Sağlık sektöründe yalın tedarik zinciri yönetimi. Academic Journal of Information Technology 6 (18): 71-94.
35. Şenel ŞE (2004). Sağlık Kuruluşlarında Süreç Yönetiminin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
36. Baltaş A (2013). Sağlık hizmetlerinde yöneticilik ve liderlik. Hastane Yönetimi. (Ed: Sur H, Palteki T). İstanbul, 43-52.
37. Ertürk H, Özçelik F (2008). Yalın üretim uygulayan işletmeler için yalın muhasebe. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 25(1): 15-45.
38. Gök MŞ, Arıcı T (2016). Yalın yönetim sistemlerinde alternatif yaklaşım: Dinamik kalite yönetim sistemi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 31: 135-143.
39. Aksoylu S (2014). Hastane işletmelerinde değer akış maliyetlemesi. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 7 (1): 260-272.
40. Lean Enterprise Institute. (2017) Principles of lean [online]. Available from: <https://www.lean.org/whatslean/principles.cfm>. [Accessed: 28 November 2017].
41. Liker JK, Convis GL (2013). Toyota Tarzı Yalın Liderlik. Birinci baskı. Optimistik Yayınları, No.345, İstanbul; 25-30.
42. Atkinson P (2004). Creating and implementing lean strategies. Management Services 48 (2): 18-33.

43. Crute V, Ward Y, Brown S, Graves A (2003). Implementing lean in aerospacechallenging the assumptions and understanding the challenges. *Technovation* 23(12): 917-928.
44. Dahlgaard JJ, Pettersen J, Dahlgaard-Park SM (2011). Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare organisations. *Total Quality Management & Business Excellence* 22(6): 673-689.
45. Seymen OA (1999). Toplam kalite yönetimi ve yeniden yapılanma (reengineering): karşılaştırmalı bir analiz. *Human Resources İnsan Kaynakları ve Yönetim Dergisi* 3(4): 54-63.
46. Tüz VM (2004). *Kriz Yönetimi: İşletmelerde Uygulama İçin Temel Adımlar*. Üçüncü baskı. Alfa Yayınları, No.3, İstanbul: 53-54.
47. Gapp R, Fisher R, Kobayashi K (2008). Implementing 5S within a Japanese context: An integrated management system. *Management Decision* 46(4): 565-579.
48. Smalley A, Obara S, Kobashi M, Reich M (2013). Standardized work: The foundation for kaizen [online]. Available from: <http://www.lean.org/workshops/WorkshopDescriptionCfm?WorkshopId=20>. [Accessed 18 August 2017].
49. Liker AC, Hoseus M (2011). *Toyota Kültürü*, İkinci baskı. Çeviren: Tanrıyar K, Optimist Yayınları, İstanbul, 25-60.
50. Pentlicki JH (2014). *Barriers and success strategies for sustainable lean manufacturing implementation: a qualitative case study*. Doctoral dissertation, University of Phoenix, USA.
51. Teich ST, Faddoul FF (2013). Lean management: The journey from Toyota to healthcare. *Rambam Maimonides Medical Journal* 4 (2): 2-3.
52. D'Andre Matteo A, Ianni L, Lega F, Sargiacomo M (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy* 119 (9): 1197-1209.
53. Mello JA (2002). Alliance, outsourcing and the lean organization. *Journal of Organization Change Management* 15 (3): 181-215.
54. Institute For Healthcare Improvement (2005). *Going lean in health care*. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge; 1-22.
55. Gabriela SS, Li LM (2013). Lean principles in healthcare: An overview of challenges and improvements. *The International Federation of Automatic Control Fortaleza, Brazil*, 11-13 September 2013, 229-234.


56. Spear SJ, Schmidhofer M (2005). Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. *Annals of Internal Medicine* 142(8): 627-630.
57. Spear SJ (2009). *Chasing The Rabbit*. 1st ed. McGraw-Hill, New York; 150-330.
58. Toussaint JS, Gerard RA, Adams E (2010). *On The Mend*. 1st ed. Lean Enterprise Institute, USA; 181.
59. Toussaint JS, Berry LL (2013). The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings* 88(1): 74-82.
60. Sheila SR (2013) *Measuring Lean Management Penetration on the Hospital Nursing Frontline: Instrument Development*. Doctorate of Philosophy in the School of Nursing, University of North Carolina, Chapel Hill.
61. Sağlık Bakanlığı. (2017) Yalın hastane sistemi [çevrimiçi]. Erişilebilir: http://khgm.saglik.gov.tr/DB/6/2946_yalin-hastane-sistem. [Erişim 19 Eylül 2017].
62. Sağlık Bakanlığı. (2017) Yalın sağlık uygulamaları [çevrimiçi]. Erişilebilir: http://khgm.saglik.gov.tr/DB/6/4403_yalin-saglik-uygulam. [Erişim 5 Eylül 2017].
63. Sağlık Bakanlığı. (2017) Yalın stok yönetimi [çevrimiçi]. Erişilebilir: http://khgm.saglik.gov.tr/DB/18/13156_yalin-stok-yonetim-s. [Erişim 5 Eylül 2017].
64. Yalın Medikabil. (2017) Kamu hastanelerinde yalın yaklaşım uygulamaları [çevrimiçi]. Erişilebilir: <http://www.yalin.medikabil.com/2017/dokuman/1Kamu%20Hastanelerinde%20Yal%C4%B1n%20Yakla%C5%9F%C4%B1m%20ve%20%C3%96rnek%20Uygulamalar%204.03.2017.pdf>. [Erişim 26 Kasım 2017].
65. Yalın Enstitü. (2007) Bolu yalın hastane uygulamaları [çevrimiçi]. Erişilebilir: <https://lean.org.tr/bolu-yalin-hastane-uygulamalari-sempozyumu/>. [Erişim 22 Kasım 2017].
66. Yalın Medikabil. (2017) Yalın sağlık enstitü projeleri [çevrimiçi]. Erişilebilir: http://yalinsaglikenstitusu.com/projelerimiz.php?proje_id=20. [Erişim 7 Ekim 2017].
67. Maul P (2011). Laboratory-driven Lean Sigma to prove critical to hospitals' future success under new healthcare reform law. *Medical Laboratory Observer* 43(12): 16-17.
68. Yalın Enstitü. (2017) Yalın sağlık [çevrimiçi]. Erişilebilir: <https://lean.org.tr/yalin-saglik-haberleri/>. [Erişim 10 Kasım 2017].
69. Graban M (2009). *Lean Hospitals*. 1st ed. Taylor & Francis Group, USA; 11-60.
70. Jimmerson C (2010). *Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy*. 1st ed. CRC Press Taylor Francis Group, USA; 50-98

71. Toussaint JS, Berry LL (2013). The promise of lean in health care. Mayo foundation for medical education and research 88(1): 74-82.
72. Brando de Souza L (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. Public Money and Management 31 (1).
73. Sağlık Bakanlığı. (2017) Sağlıkta kalite standartları [Çevrimiçi]. Erişilebilir: <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html>. [Erişim 7 Eylül 2016].
74. Karakuş H (2011). Hemşirelerin iş tatmin düzeyleri: Sivas ili örneği. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 3(6): 46-57.
75. Kebapçı A, Aktolcu N (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 11(2): 59-67.
76. Parlar S (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. TAF Prev Med Bull 7(6): 547-554.
77. Fillingham D (2007). Can lean save lifes. Leadership in Health Services 20(4): 231-241.
78. Perderson ERG, Huniche M (2011). Determinants of lean success and failure in the danish public sector – a negotiated order perspective. International Journal of Public Sector Management 24(5): 403-420.
79. Hasle P, Bojesen A, Jensen PL, Bramming P (2012). Lean and the working environment: A review of the literature. International Journal of Operations & Production Management 32 (7): 829-849.
80. Jones D, Mitchell A (2006). Lean thinking for the NHS, NH Confederation [çevrimiçi]. Erişilebilir: http://www.Leanuk.org/downloads/health/Lean_thinking_for_the_nhs_leaflet.pdf, [Erişim 15 Kasım 2017].
81. Westwood N, James-Moore M, Cooke M (2007). Going Lean in the NHS, NHS Institute for Innovation and Improvement [Çevrimiçi]. Erişilebilir: www.midtrentccn.nhs.uk/EasySite/lib/serveDocument.asp?doc [Erişim 18 Kasım 2017].
82. Hemşirelik Kanunu. (1954). T.C. Resmi Gazete, 8647, 2 Mart 1954.
83. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2007). T.C. Resmi Gazete, 26510, 2 Mayıs 2007.
84. Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmi Gazete, 27515, 8 Mart 2010.
85. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmi Gazete, 27910, 19 Nisan 2011.

86. Şimşir İ, Bağış M, Kurutkan MN, Oğuz B (2015). Sağlık hizmetlerinde israf yönetimi [Çevrimiçi]. Erişilebilir: https://www.researchgate.net/profile/Mehmet_Bagis/publication/283290739_SAGLIK_HIZMETLERINDE_ISRAF_YONETIMI/links/5630d4fc08ae506cea674353.pdf [Erişim 1 Aralık 2017].
87. Akalın H (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 5(3): 141-146.
88. Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2(3): 26-34.
89. Cebeci F (2010). Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2(1): 57-63.
90. Karaca A, Arslan H (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 1(1): 9-18.
91. Jimmerson C, Weber D, Sobek DK (2005). Reducing waste and errors: piloting lean principles at ihc. The Joint Commission Journal on Quality and Safety 31(5): 249-257.
92. Viney M, Batcheller J, Houston S, Belcik K (2006). Transforming care at the bedside: Designing new care systems in an age of complexity. Journal of Nursing Care Quality 21(2): 143-150.
93. LaGanga LR (2011). Lean Service Operations: Reflections and New Directions for Capacity Expansion in Outpatient Clinics. Journal of Operations Management 29: 422-443.
94. Ateş AB, Toraman A (2016). Basamak bir hastanenin eczanesinde yalın tedarik zinciri uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. CİEP Özel Sayısı.
95. Spear SJ (2005). Fixing healthcare from the inside, today. Harvard Business Review 83(9): 78-91.
96. Black JR, Miller D (2008). Toyota Way to Healthcare Excellence. 1st ed. Health Administration Press, Chicago; 165-190.
97. Portioli A (2008). Lean healthcare, an experience in Italy. International Federation for Information Processing 257: 485-492.

10. EKLER

10.1. Ek 1. Kurum İzni

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	ARTVİN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	ÇİĞDEM TORUN
Kurumu / Üniversitesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Araştırma Yapılacak İller	ARTVİN
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	ARTVİN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE BAĞLI DEVLET HASTANELERİ
Araştırmanın Konusu	Hemşirelerin Hemşirelik Faaliyetleri Ve Çalışma Ortamının Yalınlaştırılmasına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi
Araştırmanın Statüsü	(Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Tezsiz Yüksek Lisans Projesi <input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Lisans Bitirme Projesi <input type="checkbox"/> Yönelimlik Tezi <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Deneysel Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Diğer ise, belirtiniz.
Sağlık Tesisi Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Dilekçe (x) Var / () Yok Etik Kurul Kararı () Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi (x) Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (x) Var / () Yok Araştırma Detay Formu (x) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi () Var / () Yok Bütçe Formu () Var / (x) Yok
Veri Toplama Araçları	Bilgi toplama formu ,Anket formu
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Etik kurul kararı çıktıktan sonra 1-2 aylık dönem
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Araştırma yapılması komisyonumuzca uygun görülmüştür.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gereğesi

15.12.2016

KOMİSYON

Başkan

Üye

Opr. Dr. İrfan AKALIN
Artvin İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreteri

Opr. Dr. Serkan ÖZCAN
İdari Hizmetler Başkanı

10.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli meslektaşlarım;

Ben Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Bu çalışma yüksek lisans tezim kapsamında, hemşirelerin hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerinin tanımlanarak oluşturulması, bu süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışma kapsamında, araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşleri doğrultusunda gerekli ve gereksiz faaliyetler ve unsurlar nelerdir?
2. Hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelerin hemşirelik faaliyetlerine ilişkin süreçlerin ve çalışma ortamının yalınlaştırılmasına ilişkin görüşlerini etkilemekte midir?

Çalışma için gerekli kurum ve etik kurul izni alınmıştır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Yukarıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

“Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama çalışma yürütücüsü Çiğdem Torun Kılıç tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırma, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”

Katılımcının;

Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih :

Tez çalışmasının yürütücüsü: Çiğdem TORUN KILIÇ

Tez çalışmasının danışmanı: Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

10.3. Ek 3. Anket Formu

Değerli Meslektaşlarım,

Bu araştırma, Artvin ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Devlet Hastanelerinde ‘Hemşirelerin Hemşirelik Faaliyetleri Ve Çalışma Ortamının Yalınlaştırılmasına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi’ amacıyla yürütülmektedir. Tüm soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanızı bekliyorum, katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ediyorum.

Çiğdem TORUN KILIÇ
KTÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Esasları ve Yönetim ABD
Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM 1: BİLGİ FORMU

- Aşağıda yer alan demografik özelliklerinize ilişkin sizi tanımlayan seçeneği daire içine alınız.

Yaşınız:			
Cinsiyetiniz:	1.Kadın	2.Erkek	
Medeni durumunuz:	1. Evli	2.Bekar	
Eğitim durumunuz:	1.Sağlık Meslek Lisesi	2.Ön Lisans	3.Lisans/Lisansüstü
Çalışılan servis/birim:		
Pozisyonunuz:	1.Hemşire	2.Yönetici Hemşire	
Mesleki deneyim yılınız:		
Hastanedeki çalışma yılınız:		
Birim/ünitedeki çalışma yılınız:		
Çalıştığınız bölümden çalışmaktan memnun olma:	1.Evet	2.Hayır	

- Yalın Hastane kavramına ilişkin durum değerlendirmesi yaparak size uygun gelen seçeneği daire içine alınız.

Yalınlaşma kavramı hakkında bilginiz var mı?	1.Evet	2.Hayır	
Yalın Hastane ilgili sempozyum vb. toplantıya katıldınız mı?	1.Evet	2.Hayır	
Size göre çalıştığınız birimin yalınlaşmaya ihtiyacı var mı?	1.Evet	2.Hayır	3.Kismen

BÖLÜM 2: ANKET FORMU

HEMŞİRELİK FAALİYETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇLER	Serviste Yapılıyor	Serviste Yapılmıyor	Gerekli	Gereksiz	Nadiren Gerekli	Gereksiz (Zorunlu)	Zaman Harcatıcı	İsraf Yaratan	Öneri
A. HASTA KABUL SÜRECİ									
1. Hemşire hastaya kendini tanıtır.									
2. Hasta ve hasta yakınını hasta odasına yönlendirilir.									
3. Hastanın odasına uyumu için oda tanıtımı ve kullanımı anlatılır.									
4. Hastaya servis/ünite tanıtılır.									
5. Hastaya servisteki sağlık ekibi tanıtılır.									
6. Hasta/yakınlarına telefon, yemek, ziyaretçi, refakatçi bulundurma, otel, park imkanlarına ilişkin bilgi verilir.									
7. Hastanın kıymetli eşyaları teslim alınır ve hasta eşyaları teslim formuna kayıt edilir.									
8. Hastanın ilaçları teslim alınarak son kullanma tarihi ve miktar durumları ile birlikte Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formuna kayıt edilir.									
9. Gereksinimlerini karşılayamayan hastanın pijamalarını giymesine yardım edilir ve hasta yatağına alınır.									
10. Servise yatan tüm hastaların 4 saat içerisinde ön değerlendirme yapılır.									
11. Hastanın yaşam bulguları alınır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir.									

	Saat 16 tedavileri hazırlanır.																				
	Akşam nöbetine gelecek hemşire için 18.00-20.00-22.00-02.00 tedavileri için gerekli malzeme ve ilaçlar bir tepsiye konur.																				
	Vardiya değişimi/nöbet teslimi öncesi servis düzenlenir.																				
16	Saat 16 tedavileri uygulanır.																				
	Gece vardiyasına gelen hemşireye servis ve hasta teslimi yapılır.																				
17	Saat 17.00 kan şekeri ölçümü yapılır ve insülin tedavileri yapılır.																				
	Akşam yemeğinin diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir.																				
	Mesai bitimi vizite gelen hekimlerle tekrar vizitelere katılır.																				
	Hekimlerin tedavi değişiklikleri aynı gün ve ertesi gün için hazırlanan hemşire gözlem formlarına kayıt eder.																				
	Gündüz hemşireleri tarafından hazırlanan tedavi tepsileri ilaç odasına alınıp ilaçlar hazırlanır.																				
20	Saat 20.00 tedavileri yapılır																				
20	Tedavi sonrası saat 20.00 yaşam bulguları alınır.																				
23	Kan şekeri ölçülür ve hastaların insülinleri yapılır.																				
24	Saat 24.00 tedavileri yapılır.																				
02	Saat 02.00 tedavileri yapılır.																				
05	Saat 05.00 alınacak kan tahlilleri laboratuvar modülüne girilir.																				
	Laboratuvar barkotları tüplere yapıştırılır.																				
	Tüpleri oda numaralarına göre gruplar ve masanın üzerine bırakılır.																				
	Hasta odasında hastaların kanlarını alınır ve kanlar laboratuvara gönderilir.																				
05	Kan şekeri ölçülür ve hastaların insülinleri yapılır.																				
	Ölen hasta varsa hekimine haber verilir ve ölen hasta bakım süreci başlatılır																				
06	Saat 06.00 tedavileri hazırlanır ve uygulanır.																				
	Tedavi sonrası saat 06.00 yaşam bulguları alınır.																				
	Hemşire gözlem formlarını hasta başlarına dağıtır.																				
	Sabah kahvaltısının diyetlere uygun şekilde verilmesi sağlanır ve yemeğini yiyemeyen hastaya yardım edilir.																				
	Nöbet defterine nöbeti kaydeder ve imzalar.																				
G. LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME MERKEZLERİNE İLİŞKİN SÜREÇLER																					
Laboratuvarlara ilişkin süreç gerçekleştirilir																					
	1. Hekim tarafından istenen laboratuvar istemleri sisteme hemşire tarafından girilir.																				
	2. Alınacak kan ve diğer tahlil örnekleri laboratuvar modülüne girilir.																				
	3. Hemşire tarafından barkot bastırılıp tüplere yapıştırılır.																				
	4. Hemşire tarafından hastadan kan ve diğer tahlil örnekleri alınır.																				
	5. Personel ile alınan örnekler laboratuvarlara gönderilir.																				
Görüntüleme merkezlerine ilişkin süreç gerçekleştirilir																					
	1. Hekimin istem yaptığı röntgen, MR, BT lerin açıklamasını öğrenmek için hekim aranır, açıklama kısmı öğrenilir ve hemşire tarafından sisteme girilir.																				
	2. Sonrasında görüntüleme merkezi aranır ve randevu saati alınır.																				
	3. Randevu saatine yakın hasta personel eşliğinde merkeze gönderilir, gerekirse hemşire hastaya eşlik eder.																				
	4. Hasta merkezlerden geldikten sonra odasına ve yatağına alınır, yarım kalan tedavisi başlatılır ve hastanın yaşam bulguları değerlendirilir.																				
Laboratuvar (kan birimi) ilişkin süreçler gerçekleştirilir																					
	1. Hekim tarafından istenen kan/ürünleri sisteme girilir ve istem yapılan kan türü istem yapılır.																				
	2. Laboratuvar aranarak istenen ürünün bulunup bulunmadığı öğrenilir.																				
	3. Cross match için hastadan kan alınır.																				
	4. Personel ile cross kanı ve doldurulan Kan/Ürünleri İstem Formu kan birimine gönderilir.																				
	5. Kan transfüzyonu için onam formu hastaya açıklanarak imzalatır ve hasta dosyasına konur.																				
	6. Laboratuvarın kan birimi aranarak kan/ürünün hazırlanıp hazırlanmadığı öğrenilir.																				
	7. Kan/ürünü hazır olduğunda personel gönderilir ve kan/ürünü servise getirilir.																				
	8. Hekim tarafından order edilen kan ürünü kan merkezinden sisteme girilir ve telefon ile istenir.																				

H. ECZANE VE SARF İŞLEMLERİNE İLİŞKİN HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ									
1. Tüm hastaların günlük hekim istemine göre ilaçları eczane modülüne girilir.									
2. Sarf malzemeler, sarf malzeme modülden istem yapılır (Günlük malzemeler hasta ismi üzerinden istenir).									
3. Tüm Hasta dosyaları servis personeli ile eczaneye gönderilir.									
4. İlaçlar ve sarf malzeme hazırlanınca yaklaşık 3 ya da 4 st hemşire ve personel eczaneye gider, imza karşılığı hemşire ilaçları teslim alır.									
5. Gelen ilaçlar hastalara özel poşetlerinden çıkarılır ve yine hastalara özel dolaplara yerleştirilir.									
6. Yüksek riskli ilaçları sorumlu hemşire eczaneden teslim alır.									
7. Nöbette istem değişikliği /yeni yatış/eksik ilaç varsa tekrar ilaçlar sisteme hemşire tarafından girilir.									
8. İcraçı olan eczane görevlisine sistemden bağlanıp görüşme yapılır.									
9. Eczacı eczaneye geldikten, ilacı hazırladıktan sonra personel ile ilaçlar aldırılır									
10. Eczacı gelemiyorsa/ ilaç farklı bir serviste varsa hemşire o servisin nöbetçi hemşiresi ile görüşür ve ilacı personel ile aldırır									
11. Diğer servisten alınan ilaç eczaneden temin edilerek ertesi gün bu servise teslim edilir.									
12. İstem yapılan ilaç eczane stokunda yoksa hekim aranılır ve dış reçete yapılması sağlanır.									
13. Servisin haftalık sarf malzemesi istenebilir.									
14. Haftalık sarf malzeme eczaneden alınıp geldikten sonra depo düzenine göre depoya yerleştirilir.									
I. AMELİYATA GİDECEK HASTALARA İLİŞKİN HEMŞİRELİK İŞ AKIŞ SÜRECİ									
1. Hasta/yakınları ameliyat ve anestezi sürecine ilişkin bilgilendirilir.									
6. Pre-op Hasta Değerlendirme Formu doldurulur.									
7. Genel/Bölgesel Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu hekim ve hastanın imzalaması sağlanır.									
8. Cerrahi girişime ilişkin bilgilendirilmiş onam formu hastaya/yakınına ve hekime imzalatılır.									
9. Ameliyat öncesi kan/ürünleri kan biriminden gerekli hastalar için istenen miktarda hazırlanır.									
10. Ameliyat öncesi rutin tahliller tamamlanır/kontrol edilir (Laboratuvar testleri, radyoloji tetkikleri, EKG vb).									
11. Hastanın kıyafetleri, metal eşyaları, varsa takma dişi çıkarılarak ameliyat gömleği giydirilir.									
12. Gerekiyorsa ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır/tıraş kontrolü sağlanır.									
13. Ameliyathaneye Hasta Teslim Formu ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta klinikten ayrılmadan önce doldurulur.									
14. Hemşire eşliğinde hasta ve bu evraklar ameliyathaneye teslim edilir.									
15. Ameliyat öncesi, hasta hazırlığında ve hastanın ameliyathaneye teslimi sırasında kimlik doğrulaması transferi gerçekleştiren hemşire tarafından yapılır.									
J. AMELİYATTAN GELEN HASTALARA İLİŞKİN HEMŞİRELİK İŞ AKIŞ SÜRECİ									
1. Hemşiresi ve yardımcı personel hastayı ameliyathaneden teslim almak üzere ameliyathaneye gider.									
2. Anestezi teknisyeni/ameliyathane hemşiresi anestezi şekli, ameliyat sırasında gerçekleşen olağan/olağan dışı durumlar, kullanılan ilaçlar, hastada bulunan drenler, sondalar, kataterler ve hastanın genel durumu hakkında servis hemşiresini bilgilendirir.									
3. Hemşire hastanın kimliğini doğrular.									
4. Hastaya ait tüm formların eksiksiz doldurulup doldurulmadığı ve imzalanıp imzalanmadığı kontrol edilir, hemşire ilgili formlardaki alanlar tamamlanmış bir şekilde hastayı teslim alır.									
5. Hasta hemşire ve servis personeli eşliğinde servis/birimdeki odasına alınır.									
6. Hastanın servise alınması ile birlikte hasta ilk 1 saat içinde 15 dk bir, ikinci saat içinde yarım saate bir, daha sonra bir saate bir ve durumu stabil oluncaya kadar izlenir (yaşam bulguları, aldığı çıkardığı, drenleri, pansumanı, kanama ve ağrı durumu, vd.)									
7. İzlem sonuçları ve hastanın durumunda değişiklik olması halinde hekimi bilgilendirilir.									

8. Hekim tarafından order edilen ameliyat sonrası tedavi planı hemşire tarafından uygulanır, ilacın etkileri ve yan etkileri takip edilir.																				
9. Hastanın tüm tedavi, takip ve bakım kayıtları Hemşire Gözlem Formuna kayıt edilir.																				
10. Hasta/yakınları ameliyat sonrası gerekli beslenme, mobilizasyon, analjezik uygulama zamanları ve yapılacak tüm işlemler konusunda bilgilendirilir.																				
11. Ziyaretçi kısıtlaması yapılır.																				

L. FİZİKİ ORTAMIN YALINLAŞMASI	Var	Yok	Gerekli	Gereksiz	Yeri uygun	Yeri uygun değil	Uzak	İyileştirilmeli	İyileştirme Önerileriniz
Hasta odası:									
Birinci Hasta yatağı									
İkinci Hasta yatağı									
Yatak kabloları									
Yatak başı pendant içeriği:									
Üzerine tablo (resim)									
Oksijen giriş									
Aspirasyon giriş									
Hava girişi									
Elektrik prizleri									
Hemşire çağrı zili ve kablosu									
Hasta etajeri									
Hasta masası									
Refakatçi koltuğu									
Hasta tuvaleti									
Hasta odası mutfak lavabosu									
Hasta odası dolapları									
Perdeler									
Kalorifer petekleri									
Hemşire Bankosu:									
Bankonun konumu/yeri									
Bankonun Şekli									
Üzerindeki bilgisayar									
Üzerindeki sabit telefon									
Üzerindeki telsiz telefon									
Üzerindeki yazıcı									
Altındaki çekmeceler									
Hasta dosyalarının konulduğu bölüm									
Hemşire Giyinme Odası:									
Bir bölüm mutfak									
Kıyafet dolapları									
Askılık									
Buzdolabı									
Masa									
Kanepe									
Hemşire Odası:									
Servisteki konumu									
Hemşire bankosuna mesafesi									
İlaçlar ve insülinler için buzdolabı									
Televizyon									
Birinci kanepe									
İkinci kanepe									
Bilgisayar									
Bilgisayar masası									

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI


Sayı : 24237859-75
Konu: Etik Kurul onay belgesi

27/01/2017

Sayın; Doç.Dr.Havva ÖZTÜRK
Hemşirelik Esasları ve Yönetim ABD.

“Hemşirelik Faaliyetlerini Kapsayan Süreçlerin Yalınlaştırılmasına İlişkin Hemşire Görüşlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2016/191 protokol numaralı tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 5403

Faks: +90(462)325 2270

Elektronik A.Ş. www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şerafettin YILMAZ
e posta
serafettinyilmaz@ktu.edu.tr

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

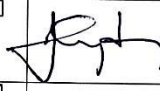
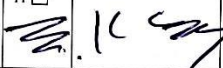
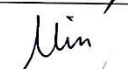

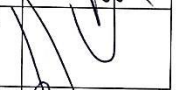



BAŞURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Hemşirelik Faaliyetlerini Kapsayan Süreçlerin Yalınlaştırılmasına İlişkin Hemşire Görüşlerinin Değerlendirilmesi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2016/ 191		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Havva ÖZTÜRK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları ve Yönetim		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Çiğdem TORUN		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 3	Tarih: 23/01/2017
	Doç.Dr.Havva ÖZTÜRK'ün sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Çiğdem TORUN'a ait "Hemşirelik Faaliyetlerini Kapsayan Süreçlerin Yalınlaştırılmasına İlişkin Hemşire Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2016/191 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

T.C. Kimlik No : 13669621486
Soyadı, Adı : TORUN KILIÇ, Çiğdem
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 15. 11. 1991
Medeni hali : Evli
Telefon : 0 462 377 89 88
E-posta : cigdemtorun08@hotmail.com
Yazışma adresi : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Üniversite Mah. Farabi Cad. No: 88

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2014
Lise	Artvin Kazım Karabekir Anadolu Lisesi	2010

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Araştırma Görevlisi	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017-
Hemşire	Artvin Devlet Hastanesi	2016-2017
Hemşire	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-2016
Hemşire	Samsun Medikal Park Hastanesi	2014-2015

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Hemşirelikte Yönetim

BİLDİRİLER

Öztürk H, Torun Kılıç Ç, Özkol Kılınç Kadriye, Bayrak B, Kurt Y. Lisansüstü Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime İlişkin Sorunlarının Belirlenmesi. Uluslararası Karadeniz Hemşirelik Eğitimi Kongresi 12-13 Ekim 2017, Samsun (Poster Bildiri)