

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KLİNİK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
ÖRGÜTSEL SORUNLARI**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Güneş SÖĞÜT**

İSTANBUL, 2010

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KLİNİK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
ÖRGÜTSEL SORUNLARI**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:  
**Güneş SÖĞÜT**  
Öğrenci No:  
080746024

Danışman:  
Yrd. Doç. Dr. Haluk TANRIVERDİ

İSTANBUL, 2010

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak “Klinik Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Sorunları” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. .../.../2010

Aday: Güneş SÖĞÜT

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

1.2.1.2011

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 080746024 numaralı *Güneş SÖĞÜT*'ün "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*KLİNİK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖRGÜTSEL SORUNLARI*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 01.02.2011 tarih ve 2011/02 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (20) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

*Haluk Tanrıverdi*

DANIŞMAN  
YRD. DOÇ.DR. HALUK TANRIVERDİ

ÜYE  
DOÇ.DR. CEMAL ZEHİR

*Sefer Gümüş*  
ÜYE  
YRD. DOÇ.DR. SEFER GÜMÜŞ

# KLİNİK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖRGÜTSEL SORUNLARI

Tezi Hazırlayan: Güneş SÖĞÜT

## Özet

Bu araştırmanın amacı; klinik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin örgütsel sorunlarını araştırmak ve bu sorunların başta çalışılan kurum olmak üzere bazı değişkenlere göre farklılaşma durumunu incelemektir.

Amaç doğrultusunda hazırlanan anket; İstanbul Anadolu yakasında bulunan dört farklı eğitim araştırma hastanesinde klinik hizmetlerde görev yapan 208 hemşireye uygulanmıştır.

Anket sonuçları bilgisayar ortamında SPSS 17.0 istatistiksel programında analiz edilmiştir. Anket sorularının güvenilirliğini belirlemede Cronbach's Alpha katsayısından, araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistiklerinden, hemşirelerin örgütsel sorunlarının düzeylerinin belirlenmesinde minimum, maksimum aritmetik ortalama standart sapma istatistiklerinden, hemşirelerin örgütsel sorunlarını oluşturan boyutların aralarındaki ilişkilerin belirlenmesinde korelasyon analizinden, hemşirelerin örgütsel sorunlarının demografik özelliklerine göre farklılaşma durumunun incelenmesinde ise; T Testi, Anova ve Tukey testlerinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonucunda; araştırmaya katılan hemşirelerin en çok yaşadıkları örgütsel sorunların eğitim ile ilgili olduğu, en az yaşadıkları örgütsel sorunun ise örgütlemekten kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Yaşadıkları örgütsel sorunların yaşlarına, mesleki deneyimlerine ve çalıştıkları süreye göre farklılaşmadığı, çalıştıkları kuruma, eğitim durumuna, çalıştıkları pozisyona ve işinin gerektirdiği eğitim düzeyi görüşlerine göre farklılaşmalar olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hastaneler, Hemşireler, Hemşirelik Hizmetleri

# **ORGANIZATIONAL PROBLEMS OF THE NURSES WORKING IN CLINICAL SERVICES**

**Presented By: Güneş SÖĞÜT**

## **Abstract**

The purpose of the present study is to investigate the organizational problems of the nurses working in clinical services and look at whether these problems vary depending on primarily the institution and some other variables.

For this purpose, a questionnaire was developed and administered 208 nurses working in clinical services of four research hospitals located in the Anatolian side of İstanbul.

The data obtained from the questionnaire were analyzed through SPSS 17.0 package program. In the evaluation of the reliability of the questionnaire items, Cronbach's Alpha coefficient was used, in determination of the demographic features of the nurses, frequencies and percentages were employed, in the evaluation of the level of the nurses' organizational problems, minimum, maximum and arithmetic mean, standard deviation statistics were drawn on, in the investigation of the relationships between the dimensions constituting the organizational problems of the nurses, correlation analysis was used and finally, t-test, Anova and Tukey were employed to investigate whether the nurses' organizational problems vary depending on their demographic features.

At the end of the study, it was found that the most common problems of the nurses are educational problems, and the least experienced problems are the ones stemming from organization. The problems experienced by the nurses do not significantly vary depending on age, job experience, and term of employment, yet there are some variations based on the position occupied, the institution, educational status and the level of training required by their job.

**Key Words:** Hospitals, Nurse, Nurses Working.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. YÖNETİM VE ORGANİZASYON KAVRAMLARI</b> .....	<b>1</b>
2.1. Yönetim.....	1
2.2. Organizasyon.....	2
2.3. Yönetim Süreçleri .....	3
2.3.1. Planlama.....	3
2.3.2. Örgütleme.....	5
2.3.3. Yönelme (Yürütme) .....	7
2.3.4. Koordinasyon .....	9
2.3.5. Denetleme/Kontrol.....	11
2.3.6. Eğitim.....	13
<b>3. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ</b> .....	<b>17</b>
3.1. Sağlık Tanımı.....	17
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	18
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	19
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	22
3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	22
3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	23
3.4.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler .....	25
3.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	26

<b>4. HASTANELERİN İŞLEYİŞLERİ VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ....</b>	<b>28</b>
4.1. Hastanelerin Tanımı .....	28
4.2. Hastanelerin Amaçları ve İşlevleri.....	29
4.3. Hastane Yönetimi.....	32
4.4. Hastanelerin Örgütlenmesi.....	33
4.4.1. Tıp Hizmetleri Örgütsel Yapısı.....	34
4.4.1.1. Başhekim.....	35
4.4.1.2. Tıbbi Komiteler.....	36
4.4.2. İdari, Mali ve Destek Hizmetleri Örgütlenmesi.....	37
4.4.3. Yardımcı Tıp Hizmetleri .....	39
4.4.4. Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenmesi .....	39
4.4.4.1. Hemşirelik .....	41
4.4.4.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Hemşirelerin Rollerini .....	42
4.4.4.3. Hemşirelerin Fonksiyonları.....	43
4.4.4.4. Hemşirelerin Görevleri.....	44
4.5. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim ve Organizasyondan (Örgütlenme) Kaynaklanan Sorunlara Yönelik Yapılmış Araştırmalar .....	46
<b>5. YÖNTEM.....</b>	<b>49</b>
5.1. Araştırmanın Amacı .....	49
5.2. Araştırmanın Modeli .....	49
5.3. Evren ve Örneklem .....	49
5.4. Veri Toplama Araçları .....	50
5.4.1. Örgütsel Sorunlar Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Çalışması.....	50
5.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	52
5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması.....	53
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>55</b>
6.1. Örneklem Grubuna İlişkin Demografik Özellikler .....	55
6.2. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarına Dair Bulgular .....	57
6.3. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar.....	62



<b>7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>75</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>80</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>86</b>

## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	25
Tablo 2. Örgütsel Sorunlar Ölçeği Faktör Yapısı .....	51
Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	55
Tablo 4. Hemşirelerin Örgütsel Sorunları .....	57
Tablo 5. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarına İlişkin Korelasyon Analizi.....	58
Tablo 6. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Kuruma Göre Dağılımı.....	62
Tablo 7. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Yaşa Göre Dağılımı.....	64
Tablo 8. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	65
Tablo 9. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	67
Tablo 10. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 11. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Mesleki Deneyim Süresine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 12. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının İşinin Gerektirdiği Eğitim Düzeyi Düşüncesine Göre Dağılımı .....	72
Tablo 13. Araştırmanın Hipotezlerinin Kabul ve Red Durumları.....	75

## KISALTMALAR

- s.** : Sayfa  
**vb.** : Ve benzeri  
**vd.** : Ve diğerleri

## 1. GİRİŞ

Bireyin yaşam hakkı, bireye tanınan sağlık hakkı ile anlam kazanabilir. Yaşama hakkının varlığı sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Önemli olan sadece yaşam değil, sağlıklı yaşamdır. Bireyin sağlıklı kalabilmesi, bireyin yaşam hakkı ve sağlık hakkının korunabilmesi ancak etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür. Etkili sağlık hizmetleri ise etkin bir yönetim anlayışı ve sağlık hizmetleri veren personelin iyi yönetilip örgütlenmesi ile gerçekleştirilebilir.

Sağlık hizmetlerinin bel kemiği olarak nitelendirebileceğimiz hemşireler, hastane personelinin büyük bir bölümünü oluşturmakta olup, hizmet sunulan bireylerle daha fazla etkileşim halinde bulunmaktadır. Dolayısıyla, etkin sağlık bakım hizmeti sunulmasında ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir ekip üyesi olarak hastanelerin başarısını etkilemektedir.

Hemşirelik hizmetleri, hem sağlık ekibi içerisindeki rolü, hem de hastanelerin başarısındaki etkileri gereği önemli bir konuma sahiptir. Bu da hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin iyi bir şekilde yönetilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Hastanelerde hemşirelik hizmetleri ile ilgili örgütsel sorunlar bulunduğu, bu sorunlarında hastanın iyileşme sürecini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu düşünceden yola çıkarak bu araştırmanın amacı; klinik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin örgütsel sorunlarını araştırmak ve bu sorunların başta çalışılan kurum olmak üzere bazı değişkenlere göre farklılaşma durumunu incelemektir.

Amaç doğrultusunda çalışmada öncelikle yönetim ve organizasyon kavramları ve yönetim süreçleri açıklanmış, ardından sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarına yer verilerek sağlık hizmetlerinin özelliklerinden ve sınıflandırılmalarından bahsedilmiştir. Takip eden bölümde sağlık hizmeti veren kuruluşlar olarak hastanelerin tanımı yapılmış, amaç ve işlevlerinden bahsedilerek hastane yönetimi ve örgütlenmesine yer verilerek, hastanelerde hemşirelik hizmetleri ayrıntılı şekilde açıklanmıştır.

Buraya kadar teorik olarak anlatılmaya çalışılan konunun daha spesifik hale gelmesi için hemşireler üzerinde gerçekleştirilen araştırmaya ait bilgilerin verildiği yöntem bölümünden sonra araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçların ve bu doğrultuda geliştirilen önerilerle araştırma tamamlanmıştır.

## 2. YÖNETİM VE ORGANİZASYON KAVRAMLARI

### 2.1. Yönetim

Yönetim- management-, örgütlenmiş toplumların yüzyıllar boyunca ilgi duydukları ve üzerinde çalıştıkları bir olgudur. İnsan gücünün ve kapasitesinin bir sınırının olması, işbirliği içinde amaçlara ulaşmayı gerektirmektedir. Çünkü gereksinimleri giderme arayışı; insanı çevresindeki diğer insanlara, örgütlere ve toplumlara yöneltilmektedir. Bununla birlikte insan amaç ve gereksinimlerin sınırlanamaması, işbirliği çabalarının örgütlü bir şekilde gerçekleştirilmesini ve sürekli kılınmasını gerektirmektedir. Bu anlamıyla yönetim, insan doğasının ve yaşamını sürdürme itkisinin bir sonucu olarak gündeme gelmektedir.

Yönetim en yalın ifadeyle, bir amaca ulaşma yolunda girişilen işlerin ve faaliyetlerin toplamıdır (Gürüz ve Gürel, 2006, s. 16- 17).

Yönetim, genelde örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için başlıca planlama, örgütlenme, yöneltme ve denetim süreçleri yoluyla kaynakların eşgüdümlemesi biçiminde tanımlanmaktadır. Yönetim olgusu toplumsal yaşam içinde küçük büyük tüm gruplarda, biçimsel örgüt ya da biçimsel olmayan gruplarda, başkalarını etkilemek ya da başkalarıyla işbirliği yaparak belli amaç/amaçları gerçekleştirmek için yürütülen faaliyetleri anlatmaktadır. Kısaca yönetim, en küçük sosyal birim aileden en büyük siyasal otorite devlete kadar farklı düzeylerde yürütülen faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Palabıyık, 2004, s. 64).

Yönetim, insan ve diğer kaynaklar; bütün bu çeşitlilik ve karışıklığa karşın, yönetimin üzerinde az çok görüş birliğine varılan tanımı “yönetim başkaları vasıtasıyla iş görmektir” şeklinde tanımlama olanağı doğmuştur. Böylece yönetimin, ancak birden fazla kişinin varlığı ile ortaya çıkan ve bu yönü ile ekonomik faaliyetten ayrılan bir grup faaliyeti sosyal faaliyet) olduğu genel kabul görmüştür (Tengilimoğlu Atilla ve Bektaş , 2008, s.77-78).

Yönetim, belirlenmiş amaçlara ulaşmak için insanların örgütlenmesi ve bu amaca doğru işbirliğinin sağlanması iş ve çabalarını kapsamaktadır (Dinçer ve Fidan, 2009, s. 19).

## **2.2. Organizasyon**

Organizasyonlar, insanların çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak için kurulurlar. İnsanların tek başlarına başaramayacakları işler, organizasyonlar sayesinde başarılabilmektedir. Yaşamın her alanında gördüğümüz organizasyonların adı, Yunanca organon, yani uzuv/organ kavramından üretilmiştir. Bu tanımlama bir örgüt içinde geçerlidir. Bir işletmenin yerine getirmek istediği fonksiyonları yerine getiren her parçası onun organıdır. Organizasyon bölümlerden/ organlardan oluşmuş bir sistemdir (Genç, 2008, s. 24).

Organizasyon: Objektif bir çabayı ve bir amacı gerektiren yine bu amacın gerçekleştirilmesi için birden fazla bireyin güç ve faaliyetlerinin koordine edilmesine denir. Organize etme: Belirli bir amaç için bir işi alt bölümler halinde düzenleyen tanımlayan ve koordine eden otoritenin biçimsel yapısının oluşturulmasıdır (MEGEP, 2007, s.3).

İşletme büyüdükçe faaliyetler artmakta, faaliyetleri (işleri) yapmak üzere işletmeye pek çok insan katılmakta, sonuç olarak da işletmede yapılacak pek çok iş ve bu işleri görmek üzere pek çok insan bir araya gelmektedir. İşletmenin amaçlarına uygun bir şekilde kimlerin hangi işlerde görev alacağını ve aralarındaki iş ilişkilerinin belirlenmesine, bütün iktisadi faaliyetlerin düzenlenmesine işletmenin organizasyonu denir. Organizasyon, en az emekle en çok yarar temin etme, yani rasyonellik ilkelerine göre kurulan, insanların ilkel toplumlardan günümüzün modern toplumu haline gelebilmelerinin; yani daha çok ihtiyaçlarını giderebilmek amacıyla daha çok miktarlar da ve çeşitlerde mal ve hizmet üretmelerinin tek nedeni, toplu şekilde veya az sayıda ihtiyaç maddelerini üretebilecek grupların meydana gelmesi ile tek başlarına üretecekleri mal ve hizmetlerden daha çok miktarda daha az emekle mal ve hizmet üretmesidir (Ertürk, 2009, s. 77).

### 2.3. Yönetim Süreçleri

Hiyerarşik konumu ne olursa olsun tüm sağlık kurumları yöneticileri, saptanmış amaçları gerçekleştirmek için çok sayıda faaliyeti yerine getirmektedirler. Yöneticilerin üstlendiği faaliyetler, çeşitli işlevler içinde gruplandırılabilir. Bu işlevler; planlama, örgütlenme, yöneltme ve denetleme işlevleridir. Yöneticiler bu işlevleri belirli bir sıra veya düzen içinde gerçekleştirir. Belirli bir sıra veya düzeni bulunan yönetsel işlevlerin tümüne, yönetim süreci denir. Özetle yönetim süreci, belirli bir amacın gerçekleştirilmesine yönelik planlama, örgütlenme, yöneltme ve denetim işlevlerinin bütünüdür (Kavuncubaşı, 2004).

İşletmelerde hizmetlerin yönetimi ve örgütlenmesi; planlama, örgütlenme, yöneltme (yürütme), koordinasyon, denetleme/kontrol ve eğitim süreçlerinden oluşmaktadır.

#### 2.3.1. Planlama

Plan, bir karar veya kararlar toplamıdır. Bu karar veya kararların özelliği gelecek zaman dilimleri içinde ulaşmak veya gerçekleştirilmek istenen belli nokta veya durumlara işaret ediyor olmalarıdır. Dolayısıyla en genel tanım olarak plan, bugünden, gelecekte nereye ulaşılacak istendiğinin kararlaştırılmasıdır şeklinde açıklanabilir. Böyle bir karar plandır. Dolayısıyla karar vermekle plan yapmak bir anlamda aynı şeyler olmaktadır. Tek farkı, planların birden fazla karar içermesi kararlar toplamı olmasıdır (Koçel, 2005, s.125).

Planlama ise; Belirli bir gelecekte nereye ulaşılacak istendiğinin ve oraya nasıl ulaşılacağına önceden belirlenmesidir. Planlama ile neyin, niçin, nasıl, ne zaman, nerede, kim tarafından hangi kaynak ve maliyetlerle yapılacağı kararlaştırılır (Mucuk, 2008, s.136).

Bir amacı gerçekleştirmek için en iyi hareket şeklini seçme ve geliştirme niteliği taşıyan bilinçli bir faaliyeti de planlama olarak tanımlamak mümkündür. Bu süreç yönetimin bilgi toplama sürecidir. Çünkü bu işleyle, işletmenin amaçlarını ve politikalarını belirleyen bunlara ilişkin strateji ve taktiklerin neler olacağını



kararlaştırmaya yardımcı olan bilgiler toplanır. Bir başka açıdan bakıldığında, planlama işletmede neyin, nasıl, niçin, nerede, ne zaman, ne kadar maliyetle ve kim tarafından yapılacağını önceden kararlaştırmaktır (Mucuk, 2008, s.136).

Planlamanın rgtsel ve genel açıdan iki önemli işlevi bulunmaktadır:

1. Örgütsel amaçları ve hedefleri saptamak ve bu amaç ve hedeflere ulaştıracak yaklaşım ve yöntemleri belirlemek.

2. Planlama rgt faaliyetlerinin hangi yönde gitmekte olduğunu ve hedefe varmak için örgütün uygulanması gereken genel yaklaşımları belirlemektir (nal, 2000, s.149-150).

Plan geniş anlamda tutulacak yol ve davranış biçimi şeklinde tanımlanır. Planlama ise, amaçlar ile bunlara ulaştıracak araçların ve imknların seçimi veya tespiti olarak tanımlanır. Her şeyden önce plan, kararlaştırılmış bir hareket tarzının ifadesidir. Buna göre, plan için başlangıçta bir amacın belirlenmiş olması gereklidir. Bir defa amaç belirlendikten sonra, bu amaca ulaşmak için birbirinden farklı yollar olduğu görülür. Bunlardan hangisinin iyi olduğu konusunda seçenekler arasında araştırma yapılarak tespit edilir ve bu yönde bir tercih yapılır. Böyle bir tercihten sonra, işlerin yapılma sırası, alacağı zaman dilimi, kimin nelerden sorumlu olacağı ve bu amaca varılması için takip edilecek politikalar belirlenir (Gürol ve Turhan, 2004).

İşletme planlamasının bir özelliği de, önem derecesine göre planların bir hiyerarşi içerisinde bulunmasıdır. Planlar hiyerarşisinde, st düzey yöneticilerin sorumluluğu, geniş ve uzun vadeli planlar olurken, işletmenin daha alt düzeyindeki yöneticiler günlük işleyişle ilgili daha kısa vadeli planlar yaparlar (Can, Tuncer ve Ayhan, 1986, s.133).

Planlamanın dinamik nitelikte ve esnek olması gerekir; nk geleceğin neler getireceği önceden tam olarak bilinmez. Planlama bir dereceye kadar gelecekteki koşulların ne olacağına ilişkin tahminlere dayanır. Bu nedenle, planın tahmin edilenden farklı koşullara uyum gösterecek düzeyde esnek olması gerekir (Genç, 2007, s.129).

Planlama sayesinde hemşireler, geleceğe odaklanırlar, uygular ve değerlendirirler. Bundan dolayı yönetici hemşireler, personelini ve maddi kaynakları başarılı bir şekilde hemşirelik kurumunun amaçları doğrultusunda yönetirler. Böylece verimliliği artırırılar, bu da profesyonel uygulamayı, kurumun ve hemşirelik bölümünün uzun dönem hedeflerini yükseltir. Hemşirelikte planlama, hemşireliğin ne yapması gerektiğiyle ilgilenir. Bunun amacı, para ve zaman dahil kıt kaynakların dağıtımındaki etkinliği sağlamak, birimin performansını yönetmektir.

Planlama; teknolojik ilerlemeler, iç ve dış çevresel etkenler, hemşirelik ve sağlık hizmetleri piyasası ve sanayi, hemşirelik ve sağlık hizmetleri ekonomisi, insan ve maddi kaynakların temin edilebilirliği ve üst düzey yönetimdeki kararları içerecektir. Bu durumda, iyi yönetim kadrosu, hemşirelik biriminin başarısını sağlar, onun büyümesine olanak verir, onu yönlendirir ve sonuç olarak bu da ona gelecekte yatırımına dönüş sağlar (Swansburg ve Swansburg, 2002).

### **2.3.2. Örgütlenme**

“Yönetim fonksiyonlarından planlama ilk adımı, örgütlenme ise ikinci adımı oluşturur. Bu açıdan örgütlenmenin temeli planlamada yatmaktadır.” (Efil, 2009, s.141). Örgütlenme, plânda belirlenen amaçlara ve bunlara ulaşmak üzere belirlenen yollara uygun bir örgüt yapısı kurmayı ifade etmektedir. Örgütteki belli bir amacı gerçekleştirmek için önceden belirlenen iş ve mevkilere görevli seçimi iş-gören ve görevler arası çalışma düzenlerinin belirlenmesi örgütlenme çalışmalarını oluşturmaktadır (Dinçer ve Fidan, 2009, s.154).

Organizasyonu oluşturma eylemi (örgütlenme); belirli bir amacı gerçekleştirebilmek için yapılması gereken görev ve faaliyetleri tespit etmek ve bu görev ve faaliyetleri yerine getirecek insanları temin etmek ve yerleştirmek, nihayet bu insanların görevlerini yaparken kullanacakları araç, teknik ve yöntemleri belirlemek demektir. Bu açıdan örgütlenme “beşeri ve maddi faktörlerin işletme amaçlarına etkin ve verimli bir biçimde gerçekleştirilmek üzere düzenlenmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Mucuk, 2008, s.142-143; Dinçer ve Fidan, 2009, s.154). İşletmelerde örgütlenme faaliyeti gerçekten güç ve önemli bir sorundur. Bu konuda bir tarafta teknik-ekonomik, diğer tarafta da ekonomik psikolojik sorunlarla karşı

karşıya kalınmaktadır. Bu nedenle örgütlenme faaliyeti ve bunu başaracak olan organizatörün (örgütleyicinin) işi oldukça güç ve yorucudur. Bu faaliyetin esasları “iş bölümü ve iş birleştirmesi” denilen temeller üzerine dayanmaktadır (Budak ve Budak, 2004, s.324–325).

Örgütlenme fonksiyonu kapsamına giren faaliyetler dört grupta toplanmaktadır. Yapılacak işlerin belirlenmesi ve gruplanması, çalışanların belirlenip atanması, yetki ve sorumlulukları belirlenmesi, yer, araç ve yöntemlerin belirlenmesidir (Önal, 2000, s. 167-178).

- **Görülecek İşlerin Belirlenmesi ve Gruplanması:** Her ne kadar planlama sürecinde amaçlara varmak için izlenecek yollar belirlenmiş olsa da ayrıntılara örgütlenme fonksiyonunun uygulanmasıyla inilmektedir. Bu fonksiyonun uygulanmasında işleri en az emek ve giderle görebilecek biçimde bölmek, sıralamak, düzenlemek gruplandırmak ve iş birimleri haline getirmek gerekmektedir.
- **Çalışanların Belirlenmesi ve Atanması:** İşletmede faaliyetler ayrıntılı olarak belirlenip gruplandırıldıktan sonra, bunların kimler tarafından yapılacağına belirlenmesine gerekir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken belirlenip atanacak işgörenlerin yapacakları işin gereklerini yerine getirebilecek nicelik ve nitelikte olmasıdır. Bunun için de yapılacak işlerin hangi niteliklere sahip işgörelere ihtiyaç gösterdiği belirlenmelidir. Diğer bir ifade ile “adama göre iş” değil, “işe göre adam” ilkesi benimsenmelidir.
- **Yetki ve Sorumlulukların Belirlenmesi:** Belirli iş ve mevkilere atanan kişiler, hangi konularda yetkili olduklarını, sorumluluklarının nelerden meydana geldiğini, işlerini görürlerken kimlerle nasıl ilişki kuracaklarını bilmelidirler. Dolayısıyla önceden, örgütte yer alacak mevkileri, bu mevkilerin yetki ve sorumlulukları ile birbirleriyle olan ilişkilerini açıklıkla gösteren bir örgüt kılavuzunun hazırlanması gereklidir.

- **İşlerin Görüleceği Yer, Araç ve Yöntemlerin Belirlenmesi:** Örgütlenme aşamasının sonuncusu ise, işlerin görüleceği yer, araç gereç ve yöntemlerin belirlenip seçilmesidir. Örgütün çalışabilmesi için hammadde, malzeme, makine, bina, bürolar ve büro gereçleri, atölyeler, haberleşme, temizleme, aydınlatma gibi araç ve olanaklarının sağlanmış olması gereklidir. Bu araçların işin niteliğine göre düzenlenmesi ve işgörenlerle ilişkilerinin kurulması, örgütlendirme fonksiyonunun gereklidir.

Örgütsel yapının yalın, açık ve anlaşılır olabilmesi için öncelikle faaliyetlerin anlamlı ve etkili bir şekilde gruplandırılması gerekir. Sonra söz konusu grupların örgütsel kademe ve pozisyonları haline getirilmesi gerekir. Son olarakta söz konusu pozisyonlara gerekli yerleştirme yapılarak süreç tamamlanmış olur (Genç, 2007, s.151).

### **2.3.3. Yönelme (Yürütme)**

Yönelme veya yürütme, yönetimin, işlemlerin belirlenmesini ve politikaların oluşturulmasını kapsayan işlevidir. Yönelme işlevi kısaca, komutların formüle edilmesi ve dağıtımını olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2004, s.174).

Yürütme uzun ve kısa dönemde işlerin etkin bir biçimde yürütmesiyle ilgili tüm faaliyetleri içeren oldukça karmaşık bir fonksiyondur. Yürütme fonksiyonunda örgütteki insanlarla dinamik olarak karşılaşılır. Çünkü yöneticiler insan ile yürütme aşamasında karşılaşır ve organizasyonun amaçlarına uygun bir biçimde insanlara emirlerini iletirler. Eğer insanlar kendilerine verilen emirlerin gereğini istekli olarak yerine getirirlerse yürütme fonksiyonunun uygulaması başarıya ulaşır (Güney, 2000, s.267).

Bu işlevde iş gören faktörü çok önemli bir yer tutar; çünkü uygulamada yönetici, çalışanlar ile aktif olarak karşı karşıya gelir. Yönetici burada amaçlara ulaşmak için çalışanlarını, verdiği kararlarla yönlendirir. Bu yönlendirme yöneticinin daha çok çalışanlarına neyi, ne zaman ve nasıl yapmaları gerektiğini bildirmesi şeklinde olmaktadır. Bu durum doğal olarak çalışanların faaliyetlerini, belirlenen

amaçlar doğrultusunda etkilemekte ve amaca ulaşmak için üst yönetim tarafından yönlendirilmektedir (Yılmaz, 2004, s.175).

Yöneltme işlevi, bir bakıma örgüt içinde yer alan işgörene, görevlerini en verimli ve etkin biçimde yaptırma amaç edinmiş bulunmaktadır. Bu nedenle de söz konusu işlevin uğraş alanı, insanlar olmaktadır. İnsanları çalıştırmak onlara yazılı veya sözlü emir ve yönergeler vermek, yol göstermek, yürütmekte oldukları işlerle ilgili onlara yetki ve devretmek veya göçermek gerekmektedir (Budak ve Budak, 2004, s.370).

Yürütme fonksiyonu, karar verme, iletmek, eyleme geçmek ve emir vermek olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır.

- **Karar Verme:** Yürütme fonksiyonu daha önce hazırlanan planlar doğrultusunda yöneticileri günlük çalışmalarda belirli kararlara yöneltilir. Bu kararlar uygulamaya dönüktür. Karar tek kişi tarafından verilebildiği gibi grup tarafından da verilebilir. Grup kararı alınsa bile bu kararın uygulama yetkisi yine yöneticiye bırakılır.
- **İletmek:** Yürütme fonksiyonunun ikinci aşamasını alınan kararın iş görenlere iletilmesi oluşturur. Karar uygulamak için alınır. Kararı yönetici alır, iş görenler uygular. Yönetici aldığı kararı uygulanmak üzere iş görenlere iletir. Bu ileti daha çok emir şeklinde işler. Emrin amacı, uygulama süresi, uygulama biçimi ve araçların iş görenlere tam, açık ve anlaşılır biçimde iletilmesi gerekir.
- **Eyleme Geçmek:** Yönetici aldığı kararları iş görenlere iletmekle belirli bir amaç gütmektedir. Bu amaç, iş görenler tarafından yapılacak işlerin verimli ve etkin olmasının sağlanmasıdır. Burada iş görenler eyleme geçer, işin gereklerini yapar, tüm bilgi, yetenek ve uzmanlıklarını kullanır. İş görenlerin işe yönelmeleri yöneticilerin yardım ve katkısıyla sağlanır. Yönetici uygulama aşamasında, iş görenlere yol gösterir, onları eğitir, örnek tutum ve davranışlarda bulunur (Sabuncuoğlu ve Tokol, 2005, s.189).

- **Emir Verme:** Emir, üstlerin astlarından bekledikleri şartlar altında harekete geçmelerini veya eylemlerini yönlendirmelerini ya da durdurmalarını talep etmesidir. Yürütme fonksiyonunun verimliliği ve etkinliği emretme biçimine geniş ölçüde bağlıdır. Emir, demokratik veya otokratik bir biçimde olabilir. Yazılı ya da sözlü olarak verilebilir. Emrin özelliği yöneticilerin, yönetim anlayışı ve felsefeleri, içinde yaşadıkları ve yetiştikleri toplumun kültürüyle benzerlik göstermektedir (Ertürk, 2009, s.139).

Yönelme işlevinin önemi, örgüt üyelerinin işletme amaçlarını tümüyle benimseyip, bunun yanında kendi bireysel amaçlarına öncelik vermelerinden gelir. Yönetici, her biri kişisel amaçları peşinde koşan bu kişileri örgütsel amaçlara yönlendirmek zorundadır. Yönelmenin amacı, birey ve örgütün bütünleşmesini temin ederek bu iki grubun amaçlarına en üst düzeyde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu niteliğiyle yönelme işlevinin konusunu insanlar ve onların davranışları oluşturur.

Sonuçta yönelme işlevi önderlik ve öğretmenlik gibi görevleri de içine alan kapsamlı bir fonksiyon olarak karşımıza çıkar. Korkutma ve cezalandırma ile işgördürme dönemi büyük çapta geçmişte kaldığına göre, emir-komuta yetkisine sahip yöneticilerin astlarına bilgi vermek, yol göstermek, onları olumlu biçimde motive etmek ve inandırmak gibi daha demokratik yöntemlerle yönelmeleri çağdaş yönetim anlayışının bir gereğidir (Şimşek, 2002).

#### **2.3.4. Koordinasyon**

Koordinasyon veya eşgüdüm; bir amaç için bir araya gelmiş insanların belirlenen ya da planlanan amaca ve amaçlara ulaşmak için amaçlar doğrultusunda işbirliği oluşturma ya da uyumlaştırma çabalarına” denilmektedir (Öztek, 2005, s.178). Diğer bir ifade ile koordinasyon, bir örgütün çalışmalarını kolaylaştırmak ve başarı şansını artırmak için bütün eylemler ve bölümler arasında uyumun sağlanmasıdır. Örgütler büyüdükçe bölümler artar, bölümler arası ve eylemler arası koordinasyonun sağlanması önem kazanır ve o derecede zorlaşır. Koordinasyon, insanların çabalarını birleştirmeyi, zaman bakımından ayarlamayı, ortak amaca ulaşmak için faaliyetlerin birbirini izlemesi ve iç içe geçip kenetlenmek suretiyle

birbirlerini tamamlamasını hedef alır. Fayol'a göre koordinasyon bir işletmede yürütülen çalışmalar arasında uyum sağlamaktır (Şimşek ve Çelik, 2009, s.73).

Koordinasyonun başka bir tanımı ise şöyle yapılmıştır; “teknik, ticari, finansal ve benzeri nitelikteki işletme faaliyetlerinin birbirleri ve işletmenin diğer kısımları üzerinde yapacağı etkileri hesaba katmayı gerektirir. Böylece en önemlisi daha az önemliden üstün tutmak, her işin hakkını vermek, araçları amaca, geliri gider, satışları üretime veya üretimi satışlara uydurmaktır” (Mucuk, 2008 s.171).

Koordinasyon yönetim sürecinin tüm aşamalarında örgütte bir denge kurmaya çalışır. Bu denge, fiziksel faktörlerle insan faktörü arasında olabileceği gibi, çeşitli kademeler ve bölümler arasında kurulmaya çalışılır. Bu denge faaliyetine statik koordinasyon denir. Diğer taraftan, uygulama aşamasında örgüte çeşitli bölümlerdeki işler ve kişiler arasında kurulan ilişkilerdeki uyum ve işbirliği, dinamik koordinasyon olarak adlandırılabilir. Buna örnek olarak pazarlama bölümü ile üretim bölümünün ilişkisini verebiliriz.

Koordinasyon yönetsel etkinliğin önkoşulu ve temelidir. Değişik birimlerce gerçekleştirilen yönetsel eylemleri uyumlu biçimde bir araya getirmek ve örgütsel amaçlara doğru yöneltmek, koordinasyon sayesinde mümkün olabilir. Departmanların ve bireysel çabanın amaca ulaşmasını sağlayan yönetsel fonksiyon, koordinasyon fonksiyonudur (Genç, 2007, s.172).

İşlerin doğru bir yöne yöneltilmesi sonradan olabilecek aksaklıkların önceden önlenmesi demektir. Örneğin bir hastane işletmesi ileri teknoloji ürünü tıbbi cihazlar ve bilgili elemanlara sahip olursa olsun bunların koordinasyonunun yapılmadığı takdirde verimsizlik oluşacaktır (Öztürk, 2003, s.315).

Örgütler büyüdükçe koordinasyon önem kazanır. Koordinasyon, kurumun kendi hiyerarşik yapısı içinde bireylerin, departmanların ve tüm örgüt çabalarının sinerji yaratacak tarzda uyumlaştırılmasıdır. Koordinasyon fonksiyonu ancak yöneltme fonksiyonu ile birleştirilirse bir anlam ifade eder. Aksi halde bir otomobilin parçalarının anlamlı bir şekilde bir araya getirilmesi, onu yöneltmedikçe bir anlam

ifade etmediği gibi, koordinasyon fonksiyonu da yöneltme fonksiyonu olmadıkça bir anlam ifade etmez.

Yöneticiler koordinasyon fonksiyonunu yerine getirirken bazı ilkelere uymaları gerekir. Diğer bir ifadeyle koordinasyonun kolaylıkla sağlanabilmesi için bazı somut ilkelerin yerine getirilmesi gerekir. Koordinasyonun ilkeleri şeklinde ifade edilebilen bu ilkeler şöyle sayılabilir: Örgüt yapısında sadeleştirme yapmak, örgütsel hizmet ve politikalarda birlik temin etmek, etkin haberleşme sistemi kurmak, tüm örgütsel unsurların, örgütsel amaçları etkin bir şekilde gerçekleştirebilmek için, çalışanların motive edilmesi gerekir (Genç, 2007, s.172).

İşletmede personelin gönüllü işbirliği sağlandığı takdirde, hem yönetime katılma gerçekleştirilmiş ve hem de bir taşla üç olmasa bile iki kuş vurulmuş olur. Çünkü işbirliğini sağlamak yönetimde başarılı olmaya giden yolda ilk adımdır. Ancak, verimli bir işbirliği, ahenkli bir ekip kurulabildiği takdirde gerçekleşebilir. Çünkü yönetimde başarı aynı zamanda bir ekip işidir. Ekibi olan veya ekip kuran yöneticiler daha başarılıdırlar. Çağdaş yönetim, grup çabasıyla işi başarma sanatı ve bilimidir

### **2.3.5. Denetleme/Kontrol**

“İşletmede belirlenen standartlara uyulup uyulmadığının saptanması işlemine kontrol (Denetleme) denir. Daha geniş bir ifade ile kontrol, işletme amaçlarını yerine getirilmesi için öngörülen planların gerçekleştirilmesinde görevli olan personelin verim ve başarılarının ölçülmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması işlemleridir. H. Fayol kontrolü "Bir örgütte, planlara, yönergelere ve kurallara uygunluğu sağlamak amacıyla tespitler yapılması, zayıf ve hatalı yönlerin düzeltilmesi" şeklinde tanımlamaktadır (Genç, 2007, s.176).

Kontrol fonksiyonu; genel olarak görülen işlerin amaçlara, konulan usul, prosedür ve standartlara uygun olarak yapılıp yapılmadığını belirlemek ve gerektiğinde düzeltmeler yaparak işlerin amaç ve planlara uygun olarak yürütülmesini sağlamaya yönelik faaliyetlerin tümünü kapsar. Geleneksel geribildirim (feedback) niteliğinde kontrol teknikleri, modern ileri bildirim



(feedforward) niteliğinde kontrol teknikleri ve eşzamanlı (corcurrent) kontrol teknikleri işletmelerde kullanılan temel kontrol teknikleridir. Kontrol etme her ne kadar diğer yönetim fonksiyonlarından sonra gelse de hızlı değişen koşullar ve teknolojiler bu işlevin diğer yönetim fonksiyonlarının her safhasında yer almasını ve etkili olarak uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Nitekim çağdaş yönetim yaklaşımları içerisinde kabul edilen ve birçok işletmede uygulanan Toplam Kalite yönetimi (TKY) aslında sürekli kontrol ve geliştirmeye dayanan bir yönetim uygulamasıdır (Ülgen ve Mirze, 2007, s.24).

İyi bir kontrol, örgüt etkinliğinin hem sonucu, hem de başlangıç noktasıdır. Bu nedenle, üretim olanaklarının optimum değerini saptayabilen, işletmenin iç piyasa değerini arttıran, ihracat gücü yaratan bir denetim anlayışını benimsemesi, yaşamsal amaçları doğrultusunda gerekli ve zorunlu bir adımdır.

Kontrolün amaçları aşağıdaki gibi sayılabilir (Genç, 2007, s.176):

- Performans standartları oluşturmak
- Performansı ölçmek
- Planlarla gerçek sonuçları kıyaslamak
- Gerekli olan yerlerde düzeltici faaliyetlerde bulunmak

Yönetim sürecinin kusursuz oluşması ve işletmenin amaçlarından sapmaması için denetleme sürecine gereklilik vardır. Denetim süreci ise, yönetimin her tür eylem ve işlemlerine ilişkin bilgilerin anında toplanması ile olanaklıdır. Yönetimin işletme amaçlarından sapmasını önleme ise, işletmenin ürün ve hizmetinin niteliğine ve niceliğine ilişkin bilgilerin her gerektiğinde elde edilmesine bağlıdır. Bu yüzden denetleme süreci olmadan yönetimin iyi çalışması mümkün değildir.

Kontrol, mevcut faaliyetleri sapmalar varsa düzeltmek amacıyla, önceden belirlenen standartlarla karşılaştırma süreci olduğuna göre, bu süreç belli aşamalarla gerçekleştirilir (Tokat ve Şerbetçi, 2001, s.190-191).

- **Standartların Belirlenmesi:** Sonuçların değerlendirilmesi için işletme amaçları çerçevesinde varılmak istenen belli ölçüler saptanır. Bu ölçüler, plan

çerçevesinde çeşitli basamaklar düzeyinde ve çeşitli işlemlere göre ayrıntılarıyla belirlenir. Belirlenecek standartlar, yerine göre fiziksel standart, sermaye standardı ve gelir standardı şeklinde düzenlenebilir.

- **Gerçekleşen Durumun Saptanması:** Denetim eyleminde gerçekleşmiş durumun ne olduğu saptanamazsa, daha önce belirlenmiş standartlarla herhangi bir karşılaştırma yapma olanağı olmaz. Denetim faaliyetinin sonucunda ulaşılan durum ve elde edilen sonuçlar saptanır. Bu saptamayı yapmak gözlemle, çözümlenmeyle, değerlendirmeyle ve yorumla gerçekleştirilebilir.
- **Standartlarla Gerçekleşen Sonuçların Karşılaştırılması:** Bu aşamada, standartlara ulaşma derecesi saptanır. Standartlarla gerçekleşen durumun uyumlu olması planlanan amaçlara ulaşıldığını gösterir. İşletmenin belirlenen standartlara ulaşmaması ya da standartları aşması durumu ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Burada önemli olan, standartların çok iyi araştırılıp bu araştırma sonuçlarına göre belirlenmesidir.
- **Saptamalar Nedeniyle Düzeltici Tedbirlerin Alınması:** Denetimin bu son safhasında yapılacak iş saptamaları nedeniyle gerekli düzeltici tedbirlerin alınmasıdır. Gerçekçi standartlara göre ortaya konmuş saptamaların nedenlerini bulmak çok önemlidir. Düzeltici tedbirler, standartlara ulaşamadığı durumlar için geçerlidir.

### 2.3.6. Eğitim

Bir işletmenin yetiştirme planının gövdesini hizmet içi faaliyetler oluşturmaktadır. Birçok işletmeler hizmet öncesi eğitime ihtiyaç duymayabilirler. Fakat hemen hemen her örgüt işgörenlerini hizmet içinde eğitmeye gereklilik duymaktadır. Bu yüzden işgören eğitimi dendiğinde genellikle hizmet içi eğitim akla gelmektedir. Hizmet içi eğitim işgörenlerin işten doyumlarını artırabilmekte ve morallerini yükseltebilmektedir. İşten doyum, işgörenlerin örgüte bağlanmalarını sağlamaktadır. Hizmet içi eğitim işte kazaları azaltmakta, üstlerin astlarını denetleme işlerini hafifletmektedir. Hizmet içi eğitimin etkin olduğu örgütlerde, yönetsel

kararlar daha nitelikli olmakta, zamanında alınmakta ve uygulamayı kolaylaştıracak esnekliğe kavuşmaktadır (Ergül, 2006, s.62).

Eğitiminin amaçlarını maddeler halinde özetleyecek olursak;

- Eğitilenlere sorun çözüme, iletişim ve ekip çalışmasını geliştirme gibi yeni beceriler kazandırmak,
- Teknolojinin getirdiği gelişmeleri öğretmek, personelin çalıştıkları alanlarda bilgilerini yenilemek,
- Personeli daha üst görevlere hazırlamak,
- Yeni personelin kuruma, iş arkadaşlarına ve işine uyumunu sağlamak,
- Kurumda disiplini sağlayarak personel arasındaki anlaşmazlıkları ve devamsızlıkları önlemek,
- Personeli motive etmek ve moralini yükseltmek,
- İş kazalarını azaltmak ve iş güvenliğini sağlamak,
- Personel arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamak,
- Personelin sorun çözüme becerisini geliştirerek, gerektiğinde kendi kararlarını verebilmesi için teşvik etmek, sorumluluk duygusunu geliştirmek,
- İşletme kültürünü güçlendirmek,
- Personelin işine karşı olumlu davranışlar geliştirmesini ve görevini daha etkin yapmasını sağlamak,
- Yetenekli personelin ilgisini çekerek, işletmede kalması için teşvik etmek,
- Personeli grup çalışmasına yöneltmek,
- Üretim ve hizmet kalitesini ve miktarını arttırmak sayılabilir (Şencan ve Erdoğan, 2001).

Hizmet içi eğitim, kurumsal ve kişisel yararlar olmak üzere verimliliğe iki çeşit katkıda bulunur.

**Kurumsal Yararlar:** Çalışanlara verilecek hizmet içi eğitim, işverenler için kısa vadede bir maliyet unsuru iken; bu eğitim sayesinde sağlanacak yararlar orta ve uzun vadede işletmeler için daha belirleyici olacaktır. Hizmet içi eğitimin sağladığı kurumsal yararlar Sims tarafından aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Öztürk, Sancak, 2007, s.766-767):

- Hizmet içi eğitim kurumların kazancını ve karını artırır,
- Kurumun her düzeyinde işe ilişkin bilgi ve beceriler gelişir,
- Kurum ortamında moral artar,
- İşgörenlerin kurumsal amaçları tanınması ve benimsemesi kolaylaşır,
- Ast- üst ilişkileri gelişir,
- Kurum içinde açıklık ve güven gelişir,
- Kurumsal gelişme sağlanır,
- İş yönergelerinin hazırlanması sağlanır,
- Kurumsal politikanın anlaşılması ve izlenmesi sağlanır,
- Kurumsal kararların ve sorun çözme sürecinin etkinliği artar,
- Liderlik becerileri, güdülenme, sadakat, kuruma karşı olumlu tutumlar gelişir,
- İşçi ve işgören ilişkilerinde gelişme gözlenir,
- Üretim araçlarının kötü kullanımı ve kuruma karşı savurganlıkta azalma meydana gelir,
- Kurumda iletişim ve gelişmeye uygun bir hava oluşur,
- İşgörenlerin değişime uyum sağlaması kolaylaşır,
- Stres ve gerilimin azaltılması ve çatışmaların çözümlenmesine yardım eder,
- Firmaya esneklik kazandırır. Bu durum sayesinde, üretimin niteliği ve verimlilikte artış gözlenir,
- Kurumsal saygınlık artar, iyi bir imaj edinilmesine yardım eder

**Bireysel Yararlar:** Herhangi bir işe girmeden önce alınan mesleki ve/veya genel eğitimin niteliği, kişinin işsiz kalması durumunda veya başka olumsuzluklar karşısında önem arz etmektedir. Kurumlarda hizmet içi eğitim; genellikle kişiye işiyle ilgili bilgi, beceri ve tutumlar kazandırmak amacıyla yapıldığından mesleki eğitim niteliği taşır. Hizmet içi eğitimin kurumda çalışan kişilere sağladığı yararlar şunlardır (Öztürk ve Sancak, 2007, s.767-768):

- İşgörenlerin daha sağlıklı karar vermesi ve etkili sorun çözme becerilerinin gelişmesine yardımcı olur,
- Güdüsel değişkenler olan başarı, gelişme, sorumluluk alma ve ilerleme düşüncesinin gelişmesine yol açar,

- Kendini geliştirme ve kendine güveni teşvik eder,
- İşgörenlerin stres, gerilim, engelleme ve çatışmalarla mücadele gücünü artırır,
- İş doyumunu ve tanınmayı artırır,
- Kişinin etkileşim ve iletişim becerilerini artırırken, kendine yönelik yaklaşımını da geliştirir,
- Kişisel ihtiyaçların doyurulmasını sağlar,
- Kişiyi kendi geleceğini belirleme ve gelişme için ortam hazırlar,
- İşgörenlerin yazma, konuşma ve dinleme yeteneklerini geliştirir,
- Yeni görevlere geçme ya da yükselme korkusunu ortadan kaldırır.

### 3. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Araştırmanın bu bölümünde tüm insanlar için önemli olan sağlık kavramından ve sağlık hizmetlerinden bahsedilmektedir.

#### 3.1. Sağlığın Tanımı

Toplum var olduğundan bu yana hayatta kalmak için savaşılmaktadır. Gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı budur. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların ikinci amacı ise sağlıklı olarak hayatın sürdürülmesidir. Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır. “Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur” (Sophia Witter, 2002, s.4). Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Sağlığın vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir.

Kişilere göre sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilirken kişiler kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak kabul etmezler (Öztek 2001, 294).

Sağlık kavramı göreceli bir kavram olduğundan tanımlanması da değişiklik göstermektedir. Genel olarak sağlık, hasta ya da sakat olmama durumu olarak tanımlansa da en geçerli tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kuruluş anayasasında kullanılan sağlık tanımıdır. Buna göre “sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhca ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” denilmektedir (Temür ve Bakırcı, 2008, s. 262).

İnsan hakları Evrensel Bildirisinde yer alan hükme göre, sağlık doğuştan kazanılan bir insanlık hakkıdır ve sağlığın korunması için her insanın tıbbi bakım hakkı vardır. Sağlık hakkı temel insan haklarından biridir ve sağlıklı yaşamın sağlanamadığı durumda insan haklarından da söz edilemez (Özsemceri, 2004, s.86).

### 3.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir (Öztek 2001, s. 294).

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve karmaşık bir hizmetler zinciridir. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel öneme sahiptir. Geniş bir faaliyet yelpazesini kapsayan sağlık hizmetleri çok sektörlü ve çeşitli kamu kuruluşu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilir. Sağlıklı bir toplum bireylerin hastalık halinin giderilmesi ve hastalanma olasılıklarının azaltılmasıyla kazanılabilir (Çıraklı ve Sayım, 2009).

Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir (Keçe, 2010).

Sağlık hizmetleri, 12-01-1961 tarihli ve 261 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın 2. maddesinde insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyetlerini kaybetmiş olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. Kısaca bireylerin ruhi ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunması olarak ifade edilebilir. “Toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim

faktörü olarak yararlanılmasını sağlamak” sağlık hizmetlerinin esas amacıdır (Şakar, 1999, s.10).

### 3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık ve sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden ayrı olarak bir takım özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri belirli bir kesime hitap etmeyip bütün insanları kapsar. Sağlık hizmetlerinin faaliyet alanları temel olarak toplumun sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmektir. Bu nedenle de sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır. Toplum tabanlı sağlık hizmetleri bir mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörleri ile benzerlikler göstermesine rağmen bazı yönleriyle diğer hizmet sektörlerinden ayrılır. Sağlık hizmetleri kutsal bir nitelik taşıırken, bu hizmetin yerine getirilmesiyle elde edilen fayda, herhangi bir hizmet sonucu elde edilen herhangi bir faydayla mukayese edilemez (Saltık,1995, s. 38).

- Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır (Özsarı 2000, s. 21-22; Işık ve diğerleri, 1997, s.31-34).

- Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman-nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez ve belirlenmesi zordur. Sağlık hizmetlerinin tüketimi, genellikle hastalık ya da hastalık belirtisinin oluşması durumunda başlamaktadır. Örneğin sağlıklı bir insanın kaza geçirmesi sonucu, sağlık hizmetine acilen ihtiyaç duyulabilir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine olan talebin kim tarafından gerçekleştirileceği ve bu talebin ne miktarda olacağını da önceden kestirmek mümkün değildir. Bulaşıcı ve salgın hastalıkların aniden ortaya çıkması sağlık hizmet talebi ve tüketiminde patlamaya yol açarken kimlerin bu salgından etkileneceğini dolayısıyla talebin kimler tarafından gerçekleştirileceğini bilmek imkansızdır (Tokalaş, 2006, s 14).



- Hastalanıldığında, kişinin bedensel ve zihinsel olarak bütün temel fonksiyonları zayıflar (Sophia, 2002, s.3). Sağlık koşullarındaki bozulma kişinin sosyal ve iş hayatını temelden etkilemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin ertelenmesi söz konusu olamaz. Özellikle kişinin sağlık durumundaki bozulma, kişiye ağrı acı veren, sağlığını tehlikeye düşüren durum ise, sağlık hizmetlerinin talebinin acilen karşılanması gerekir.
- Sağlık koşullarında meydana gelen kötüleşme çok ciddi sonuçlar doğurup kişinin ölümüne dahi yol açabilir (Tokalaş,2006,15). Erken ölüm toplum için yitiktir, insan en pahalı yatırımdır (Işık ve diğerleri,1997, s.65) . Hayatının bir bölümünü toplumsal bir katma değer üretebilmek için eğitimle geçiren bir insanın gereken toplumsal üretimi yapmadan ölümü, üretim de kullanılan bir makinenin ekonomik ömrü dolmadan devre dışı kalmasına benzetilebilir (Saltık,1995, s.69).
- Sağlık hizmetlerinin kendisine özgü yapısından kaynaklanan kar amacından çok sosyal amaç taşıması. Sağlık hizmetlerini elde etmenin maddi değer ile ölçülmemesi gerektiği düşüncesi nedeniyle hizmetlerin sosyal bir amaçla sunulması gerekmektedir. Sağlık sektöründe fayda, maliyet ve karlılık gibi piyasadaki temel kavramlar daha farklı bir açıyla düşünülmektedir (Tokat, 2000, s. 3-7).

Sağlık hizmetlerinin sunulması sonucunda ortaya çıkan değer parasal olarak ölçülmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin çıktıları çok uzun vadede görülmeye devam edebilir. Sağlık hizmetlerinin verilmesini takiben bireylerin ve toplumun sağlık düzeyi yükselir. Sağlıklı bir toplumun çalışma süresi üretkenliği ve verimliliği artar. Tüm bu sonuçların parasal bir değer olarak ifade edilmesi imkansızdır. Örneğin, bebek ölüm oranının binde 10'dan binde 5'e düşürülmesi için yapılan harcamalara karşılık "kazancımız ne kadar, ne kadar kar edildi?" şeklinde bir hesaplama yapma imkanı yoktur. Sağlık alanında yapılan harcamalarla geri kazanılan, korunan ya da geliştirilen sağlık hizmetleri bir yatırımdır. Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar uzun dönemde topluma geri dönmekte ve bu kazanım için ayrıca bir faaliyette bulunmaya gerek yoktur (Tokalaş, 2006, s.15).

- Sağlık hizmetleri tüketicisinin bilgi yetersizliği.
- Tüketicinin sağlık hizmetleri için harcadığı paradan rasyonel fayda sağlayabilmesi için bu hizmetler ve bunların sunumu hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekir.
- Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirsizliği, sağlık hizmetleri talebi devamlılık göstermediği gibi talebin ne zaman ortaya çıkacağı ve yoğunluğu konusunda öngörümde bulunulamaz. Böyle bir durumda hizmeti arz ve talep edenler için sorun teşkil edebilir. Özellikle talep edenler açısından hastalığın tedavisi için önceden kaynak yaratma gereği ortaya çıkar. Bu nedenle muhtemel belirsizlik durumlarında sorunları çözmek için sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir (Tokat, 2000, s. 3-7).
- Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması, mal ikamesi kavramı normal bir pazarda, bir mal ya da hizmetin yerine aynı amaçla başka bir malın ya da hizmetin kullanılması özelliğidir. Ancak sağlık hizmetlerinde doktorun önerdiği sağlık hizmetinin ikamesi çoğu durumda ya yoktur ya da oldukça sınırlıdır ve tüketici bu hizmeti almak zorundadır (Tokat, 2000, s. 7).
- Sağlık hizmetlerine ihtiyaç olması durumunda bu alınması gereken hizmetin yerini başka bir hizmetle doldurma şansı yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılan en önemli özelliklerden biri de budur. Diğer mal ve hizmetleri ikame edebilirken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık problemine göre belirlendiğinden ikame edilemez. Sağlığını kaybeden kişinin onu geri kazanabilmek için uygulanacak tedaviyi kabul etmekten başka şansı yoktur. Sunulan sağlık hizmeti konusunda karar verme yetkisi olmadığından tercih de söz konusu olamaz (Tokalaş 2006,15). Sağlık hizmetlerinde talebi, hizmeti kullanan yani örneğin tedavi edici hizmetlerde hasta belirlemez. Sağlık hizmeti türemiş taleptir. Sağlık hizmetinin gerek olduğu durumlarda bu hizmetlerin kapsamını ve boyutunu hizmetini tıp bilimi doğrultusunda hizmeti sunan kişiler belirler (Işık, 1998, s. 65).

### **3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Dünya Sağlık Teşkilatı, sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yaralanarak toplumun gereksinme ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamış ve sağlık hizmetlerini üç grupta incelemiştir. Bunlar ([aksay.org/files/sedat08.doc](http://aksay.org/files/sedat08.doc))

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri

#### **3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir" (Altay, 2007, s.34).

İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara tütün alkol gibi zararlı alışkanlıklardan koruması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak fertlerin hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir (Temür ve Bakırcı, 2008, s. 263).

Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflenir. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası

en yüksek olan sağlık hizmetidir. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu hizmetler kişilerde hastalığın doğrudan tedavisi ile ilgili değildir (Gümüş, 2005, s.64).

Koruyucu sağlık hizmetleri de bireye ve topluma yönelik ve de çevreye yönelik olmak üzere iki alt kısımda incelenebilir.

**Bireye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ise; ferdi hijyen, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, bağışıklama, erken teşhis, aile planlaması, sağlık eğitimi v.b. hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetlerden kişiyeye yönelik olanları doğrudan sağlık ekibinin görevi iken, sağlık ekibi çevreye yönelik hizmetlerde daha çok denetleyip yol gösterici bir hizmet görür.

**Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Çevreye yönelik olarak; tabiatın ve çevrenin korunması, bunun için çevre ve hava kirlenmesi ile mücadele, çöp v.b. atıkların yok edilmesi, gürültüden korunma, radyasyondan korunma, vektör denetimi, besin hijyeni, kanalizasyon ve kanalizasyon atıklarının arıtılması, kaliteli, yeterli ve kullanılabilir içme ve kullanama suyu kaynaklarının temini hizmetleri sayılmaktadır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999, s.2).

### **3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkanlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyacı nedeni ile tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır Altay,

2007, s.35). Hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetlerdir (Temür ve Bakırcı, 2008, s. 263).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak sınıflandırılmaktadır.

**Birinci basamak tedavi hizmetleri:** Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Buralar, hasta veya sağlam olsun bütün kişilerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır ve buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerin en yakın kuruluşlardır ve yataklı tedavi kuruluşlarının önünde birer filtre görevi görür (Öztek, 2001, s.297). Sağlık Ocakları, Dispanserler, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunlar ülkemiz sağlık sisteminde sevk zincirinin işlememesine neden olmakta ve temel işlevleri klinik, hasta bakım hizmetleri sunumu olması gereken hastaneleri, ayaktan tedavi hizmetlerini de yoğun olarak üretme işlevi ile karşı karşıya bırakılmaktadır.

Birinci basamağın üniversitelerdeki ayağı olan sağlık ve rehberlik merkezlerinin asıl görevi hastalık olduktan sonra tedavi etmek değil, hastalık meydana gelmeden insanların ruh ve beden sağlığını koruyucu önlemler almak, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir (Vaizoğlu, 2005, s.25).

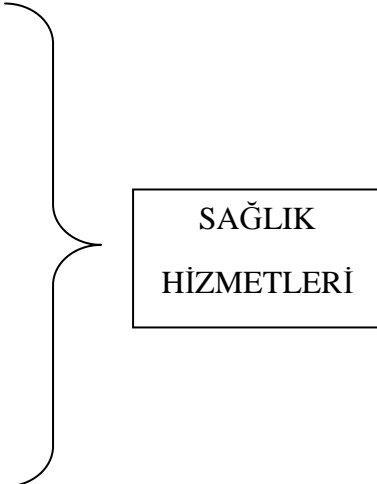
**İkinci basamak tedavi hizmetleri:** Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

**Üçüncü basamak tedavi hizmetleri:** Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir (Kısa, 2002, s.32).

Kanser hastaneleri, diyaliz merkezleri, meslek hastalıkları hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

**Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

SAĞLIK BAKANLIĞI	
ÜÇÜNCÜ BASAMAK	Üniversite Hastaneleri Araştırma Hastaneleri Eğitim Hastaneleri
İKİNCİ BASAMAK	Devlet Hastaneleri Özel Hastaneleri Askeri Hastaneleri
BİRİNCİ BASAMAK	Sağlık Ocağı- sağlık Evi AÇS-AP Merkezi Özel- Kamu İşyeri Hekimliği Özel Muayenehaneler Bağımsız kuruluşlar



SAĞLIK  
HİZMETLERİ

Kaynak: Soyer, 2007, s.47.

### 3.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir (Karaege, 2001, s.26).

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların sakat kalmalarına yol açan ve/veya çalışma güçlerini motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları ve böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için gerekli olan en temel hizmet özelliğine sahiptir. Beşeri sermaye, insana ait niteliklerin değeri olarak ifade edilmekte olup; sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özellikler ile bire bir ilişkilidir (Altay, 2007, s.35).

Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon olmak üzere, bedence ya da ruhsal olarak sakat kalmış olanların bağımlı olmadan kendi kendilerine yeterli olarak

yaşayabilmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir (Temür ve Bakırcı, 2008, s. 263).

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir (Keçe, 2010.). Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması gibi hizmetlerdir.
- **Sosyal Rehabilitasyon:** Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma, işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar (Keçe, 2010).

#### 3.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığı geliştirme, yaşamın uzunluğunu ve kalitesini arttırmak amacıyla fiziksel ve emosyonel iyilik halini daha da geliştirici yöntemlerin uygulanması olarak tarif edilebilir (Görpelioğlu, 2009, s.37).

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion); Kişilerin optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır. Optimal sağlık ise; fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve entellektüel açıdan tam iyilik halidir ve yaşam tarzı değişiklikleri, farkındalığın sağlanması, davranışın değiştirilmesi ve sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturulması gibi faaliyetler aracılığıyla sağlanabilir. Bunlar içerisinde de en büyük ve kalıcı etkiyi sağlığı destekleyici çevreler sağlamaktadır. Sağlık eğitimi ise, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlar (Yardım ve diğerleri, 2009).

Sağlığın Geliştirilmesi stratejilerinde beş ana prensip mevcuttur (Yardım ve diğerleri, 2009):

- **Sağlığın geliştirilmesi mevcut şartlara bağlıdır:** Sağlığın geliştirilmesi hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde, toplumdaki temel değişimlerden etkilenmektedir. Bazı etkiler daha ön plana çıkmışlardır, örneğin yoksulluk, şiddet ve ruh sağlığı, HIV/AIDS gibi yeni hastalıklara karşılık verebilme ve küreselleşme gibi yeni sosyal etkilerin sağlık üzerine bariz etkileri olmuştur.
- **Sağlığın geliştirilmesi DSÖ' nün sağlık tanımının üç boyutunu bütünlemektedir:** Sağlığın geliştirilmesi; sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal boyutlarını hedef almaktadır. Pek çok ülke ve toplum için kültürel yapı içerisinde dördüncü bir boyut olan manevi/ ruhani boyutunu da içermektedir.
- **Sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler:** Hükümetler vatandaşlarının sağlığını korumak, devamını sağlamak ve iyileştirmekle yükümlüdürler ve politika geliştirirken ya da hizmet sunarken sağlığı ana bileşen olarak kapsamak zorundadırlar. Hükümetlerin ya da sistemlerin zayıf olduğu ve kamu hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde, gönüllü kuruluşlar ve özel sektör de halkın sağlığına katkıda bulunur.
- **Sağlığın geliştirilmesi sağlığı toplum adına savunur:** Sağlığın geliştirilmesi toplumun bütününe sosyal ve ekonomik gelişim açısından fayda sağlamaktadır. Bu açıdan bakılınca sağlık toplum yararına ve modern vatandaşlığın temel bileşenidir.
- **Sağlığa katılım sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur:** Sağlık eğitimi ve sağlık okur-yazarlığının (health literacy) artırılması, toplumu oluşturan bireylerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere bilgilendirilmesidir.



## 4. HASTANELERİN İŞLEYİŞLERİ VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

Araştırmanın bu bölümünde hastanelerin tanımı, amaç ve işlevleri açıklanmakta, işleyişinde önemli olan yönetiminden ve örgütlenmesinden bahsedilerek, hastanelerdeki hemşirelik hizmetlerine yer verilmektedir.

### 4.1. Hastanelerin Tanımı

Hastaneler sağlık problemi olan kişilerin ayaktan ve/veya yatırılarak şifa bulunan sağlık kurumlarıdır. Hastaneler sağlık ocak, verem sava dispanserleri vb.. sağlık kurumlarına oranla gelimi ve alanında uzmanlaşmış sağlık personelinin bulunduğu kurumlardır (Küçükilhan ve Lamba, 2007, s.113).

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), hastaneleri, "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilen sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımın yer aldığı Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde ise hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" şeklinde tanımlanmıştır (Sayıştay Başkanlığı, 2005, s.11).

Topluma sağlık hizmeti üretmeyi amaçlayan hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi ve bakımı; halk sağlığının iyileştirilmesi gibi amaçlarla, hekim, hemşire, eczacı ve diğer sağlık personelinin; ayrıca idari, mali ve teknik hizmetler gören personelin bir araya getirilip organize edildiği kurumlardır. Hastane, sağlık hizmetlerine uygun yetiştirilmiş tıbbi, hemşirelik, idari ve teknik personel tarafından yeni tıbbi bilgi ve tekniklerin beceriyle uygulanması suretiyle sağlık hizmeti sunulan, modern yönetim ve organizasyon ilkelerine göre sevk ve idare edilen karmaşık bir organizasyon olarak tanımlanabilir (Özdemir, 2009).

Hastaneler, sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten günümüzün en karmaşık işletmeleri yapısal, teknolojik ve çevresel özellikleri nedeniyle en yüksek uzmanlaşmaya sahip birer örgüt ve toplumsal örgütlerin en eski örneklerinden birini

oluşturan organizasyonlardır. Hastanelerin özellikleri kapsamında; karmaşık yapıda açık dinamik sisteme sahip olmaları, matriks organizasyon yapıları, kesintisiz hizmet veren organizasyon yapıları, personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması ve farklı rol ve ilişki özellikleri yer almaktadır (Aslan, 2003).

Hastane; yeterli nitelik ve nicelik hizmetleri en düşük maliyetle üreten ve bu hizmetleri, rahatlık ve beşeri fonksiyonu sağlanmış kurumlarda, hastaların tedavisinde, acıların dindirilmesi ve ifşalarında kullanılarak, onların tekrar ekonomik ve toplumsal hayattaki yerlerini almalarına imkan sağlayan kurumdur.

Hastaneler sistem yaklaşımıyla da ele alınıp tanımlanabilir. Hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (Çamcı, 2007, s.149).

#### **4.2. Hastanelerin Amaçları ve İşlevleri**

Birer hizmet organizasyonlarından olan hastaneler; birer hizmet organizasyonudur. Personelin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan ve günün 24 saati hizmet vermekte olan bu kurumlar karmaşık yapıda, açık, dinamik bir sistem olup matris yapıda faaliyet göstermektedir. Bu özellikleriyle hastaneler, diğer organizasyonlardan farklılığını ortaya koymaktadır (Kavuncubaşı, 2004).

Bazı hastaneler, sadece tedavi ve bakım hizmetleri üretirken bazıları da bununla birlikte her türlü tıbbi personelin eğitim ve yetiştirilmesi görevlerini yürütmektedir. Geniş bir amaçlar dizisini gerçekleştirmeye çalışan çağımızın karmaşık hastane organizasyonları, poliklinikler gibi sadece tedavi ve bakım görevini yürüten basit hastanelere oranla daha etkin ve verimli olmaktadır. Nitekim başarılı hastanelerin çoğu, tedavi, araştırma, eğitim, halk sağlığının korunması gibi çeşitli amaçları üstlenmekte; diğerlerine göre daha kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunmaktadır. Başlangıçta, hasta ve yaralı insanları tedavi etmeyi amaç edinen küçük ve basit bir sağlık hizmet birimi olan hastaneler, insan ihtiyaçlarının değişerek artmasına paralel olarak teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte insan sağlığının korunmasına yardımcı olan ve insanların sağlıklı, huzurlu ve mutlu yaşamalarına

katkıda bulunan bugünkü dev hastane organizasyonları haline gelmiştir. Bazı hastaneler, sadece tedavi ve bakım hizmetleri üretirken bazıları da bununla birlikte her türlü tıbbi personelin eğitim ve yetiştirilmesi görevlerini yürütmektedir. Geniş bir amaçlar dizisini gerçekleştirmeye çalışan çağımızın karmaşık hastane organizasyonları, poliklinikler gibi sadece tedavi ve bakım görevini yürüten basit hastanelere oranla daha etkin ve verimli olmaktadır. Nitekim başarılı hastanelerin çoğu, tedavi, araştırma, eğitim, halk sağlığının korunması gibi çeşitli amaçları üstlenmekte; diğerlerine göre daha kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunmaktadır (Özdemir, 2009).

Hastanelerin amaçlarından en önemlisi, hasta beklentilerinin karşılanmasıdır. Hastanelerin hasta ve yaralıları tedavi etme yanında birey ve toplum sağlığına olan etkisi de teşhis ve tedavi kadar önemlidir. Bu nedenle hastaneler, kârlılığın değil, sosyal sorumluluk amacının baskın olduğu işletmelerdir.

Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerin işlevlerini; hasta bakımı, toplum sağlığı hizmetleri, eğitim, tıbbi araştırma ve varlığını sürdürebilme şeklinde gruplandırmaktadır (Bahadır, 2010, s.35).

Buradan yola çıkarak hastanelerin dört temel işlevi bulunduğunu söyleyebiliriz:

- **Tıbbi Bakım İşlevi:** Günümüzde hastaneler, her türlü alt sistemleri, organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulunan hizmet işletmesi olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici tıbbi fonksiyonları yerine getiren sağlık merkezleridir.
- **Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri:** Günümüzde hızla gelişmekte olan koruyucu tıp hizmetlerini kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele almak mümkündür. Kişiye yönelik koruyucu tıp hizmetleri; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, dengeli beslenme, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi kişiye yönelik hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu tıp hizmetlerinin amacı ise, çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek insan sağlığını koruyabilmektir (Bahadır, 2010, s.35).

- Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol oynamaktadırlar (örn; sigara bırakma, dengeli beslenme, gebe ve bebek bakımı seansları) ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine etkide bulunmaktadır. (Kavuncubaşı, 2004).
- **Eğitim:** Hastanelerde hastane personellerine, hastalara ve hasta yakınlarına yönelik eğitim faaliyetleri yürütülür. Özellikle tıp personelinin eğitimi, hastanelerin eğitim hastaneleri” olarak sınıflandırılmasına yol açacak derecede önemlidir (Bahadır, 2010, s.35). Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi (intörnlük, tıpta uzmanlık) hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2004).
- **Araştırma:** Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak klinik içinde ve dışında gerçekleştirilen her türlü araştırma faaliyetini kapsar. Hastanelerde laboratuvarlar ve ameliyathaneler tıp araştırmalarının en yaygın olarak yer aldığı bölümlerdir (Bahadır, 2010, s.35). Hastaneler, tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı merkezler olma yanında, bu tür araştırmalara sponsorluk da yapmaktadır (Kavuncubaşı, 2004).

Hastaneler, amaçları bakımından da kâr amacı güden diğer işletmelerden farklı bir konuma sahiptir. İster kamu kuruluşu olsun, ister özel sektöre ait olsun hastaneler temelde toplumsal hizmet verirler. Sosyal sorumluluk yönlerinin ağır basması nedeniyle hastaneler hep mercek altında olan kuruluşlardır. Hastanelerin amaç ve görevleri arasında sadece hasta tedavi etmek değil; eğitim, toplumsal bilinçlendirme ve araştırma gibi işlevler de yer alır. Sonuç olarak böylesine karmaşık yapıya sahip hastanelerin yönetiminde pek çok disiplinden yararlanmak gerekir. (Bahadır, 2010, s.35).

### 4.3. Hastane Yönetimi

Hastane yönetimi, hastanelerin çok ileri düzeyde uzmanlaşmış işlevlerinden kaynaklanan karmaşık bir örgüt yapısına sahip olması nedeniyle diğer örgütlerin yönetiminden farklılıklar göstermektedir (Özgener ve Küçük, 2008, s.342). Hastaneler, hizmetleri etkinlikle yerine getirebilmek için etkin bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi genel yönetimin bir çeşididir. Yönetimin bütün fonksiyonlarını kapsar. İnsan gücünü ve maddi imkânları hastanenin amaçlarına en uygun şekilde kullanma tekniğidir. Hastane yönetimi; başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdür, hastane müdür yardımcısı, başhemşireden oluşan yönetici gruptur. Hastane yönetimi beşeri ve maddi kaynakları planlamak, organize etmek, koordine ve kontrol etmek için önceden tespit edilen hedeflere yöneltmek ve ulaşmak için çaba gösterir (Şaşmaz, 2001, s.73).

Hastanelerde yönetim hizmetlerinin yerine getirilmesine, hastane yöneticiliği denir. Hastanelerin işletilmesinde para, zaman, yer, malzeme ve insan gücünün bilinçli, hünerli kullanılarak optimum sağlık hizmetlerinin üretilmesi fonksiyonunun icra edilmesidir (Ak, 1990, s. 95). Diğer bir tanımla, toplumun sağlığını korumak, insan hayatı ile ilgili sorun teşkil edecek, milli ekonomiye ve insan gücüne tesir eden hastalıkların tedavisi, sosyal yardım tesisi ve teşkillerin kurulması, gerekli mevzuatın hazırlanması, sağlık sorunları için plan ve programların düzenlenmesi, hizmet çeşitlerine göre araştırmalar yaparak ihtiyaç nispetinde personel yetiştirilmesi ve dolayısıyla sağlığın elde edilmesi faaliyetlerinin yönetimidir. Hastane yöneticisi hastane yönetim fonksiyonlarını yerine getiren, amaçlarını gerçekleştirmek için gerekli girdileri kontrolünde bulunduran, hastane hizmetlerinin yürütülmesini sağlayan gerekli yetki ve sorumluluğunu taşıyan kişidir (Şaşmaz, 2001, s.71). Hastanenin yönetimi gerçekleştiren hastane yöneticilerinin özellikleri de diğer işletme yöneticilerinden farklılıklar göstermektedir. Farklı olan en önemli özelliği, bu mesleğin mesleki eğitimini görmüş ile yönetim konusunda hiçbir ders ve eğitim almamış hekimlerce ortaklaşa yürütülmesidir. Günümüzde hastane yöneticiliği tıp formasyonundan tamamen ayrılmıştır.

Hastane yönetimi, tıbbi yönetim ve genel yönetim olmak üzere iki alt işleve ayrılmaktadır. Tıbbi yönetim bölümü, hasta bakım ve tedavi hizmetlerini sunan servis ve polikliniklerin yönetimi ile hemşirelik ve tıbbi personel yönetimini kapsamaktadır. Genel Yönetim ise diğer organizasyonlardaki yönetim işlevlerinin yanısıra büro yönetimi, mali yönetim, personel yönetimi ve hasta bakımına yardımcı olan diyet, yiyecek-içecek, ev idaresi, arşiv, çamaşırhane gibi destek hizmet birimlerini ihtiva etmektedir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerin işlevlerini; hasta bakımı, toplum sağlığı hizmetleri, eğitim, tıbbi araştırma ve varlığını sürdürebilme şeklinde gruplandırmaktadır (Özgener ve Küçük, 2008, s.342).

#### **4.4. Hastanelerin Örgütlenmesi**

Kökene itibariyle tarihin en eski örgütlerden biri olan hastanelerin gerek kişisel, gerekse toplumsal yaşantımızdaki yeri ve önemi giderek artmaktadır. Çünkü hem hastanelere olan talep artmakta, hem de hastanelerde verilen hizmetlerin maliyeti nisbi olarak daha çok yükselmektedir. Başka deyişle, bugün hastaneler, hizmet üreten kurumlar içinde işletme ve sermaye maliyetleri en yüksek kurumlardan biridir. Dolayısıyla, sürekli artan talebin karşılanabilmesi ve maliyeti çok yüksek olan bu hizmetlerden azami ölçüde yararlanılabilmesi için hastanelerin verimli ve etkin faaliyet göstermeleri gerekmektedir.

İyi bir hastane organizasyonunun oluşturulabilmesi için, önce bu organizasyona esas teşkil eden hizmetlerin (faaliyetlerin, işlevlerin) yakından bilinmesi, sınıflandırılması ve genellikle bu hizmetlerin yürütülüş biçimine bağlı olan organizasyonel farklılıkların saptanması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, hastanelerde yürütülen hizmetlerin dört grupta toplandığı görülmektedir. Bunlar; hasta ve yaralıların tedavisi; eğitim faaliyetleri araştırma geliştirme faaliyetleri ile koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastanelerin birer hizmet örgütü olması; karmaşık yapıda, açık, dinamik sistemler oluşu; matriks yapıda faaliyet göstermeleri; günün 24 saatinde hizmet verilmesi ve personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması ise hastanelerin örgütsel farklılıklarıdır (Seçim, 2009).

Hastane örgüt yapısı; hastanede görev, yetki ve sorumlulukların hiyerarşik (kademeli) dağılımı anlamına gelmektedir. Örgüt yapısı, hastanenin temel yönetim organlarını ve bu yönetim organlarının otorite ilişkilerini yansıtmaktadır. Genel olarak bir hastane örgütlerinde üç temel yönetim organı bulunmaktadır. Bu organlar şunlardır:

- Yönetim kurulu,
- Tıp hizmetleri örgütlenmesi
- Hastane idari örgütlenmesi

Hastane yönetim kurulunun temel görevi, hastanenin genel politika ve stratejilerini saptamaktır. Tıp hizmetleri örgütlenmesi , hastanenin tıbbi hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Hastane yönetimi ise hastane yönetim kurulunun belirlediği strateji ve politikalara bağlı olarak hastanenin idari, mali, ve teknik faaliyetlerini yönlendirmektedir. Bu üç yönetim organı, birbirinden bağımsız çalışmaktadır. Yönetim kurulu, tıp hizmetleri örgütlenmesi ve hastane yönetimi arasında işbirliği ve eş güdümü sağlamak üzere ortak toplantı komitesi oluşturulmaktadır. Ortak toplantı komitesinde yönetim kurulundan, tıp hizmetleri organizasyonundan ve hastane yönetiminden seçilen üyeler yer almaktadır (Kavuncubaşı , 2007, s.86).

#### **4.4.1. Tıp Hizmetleri Örgütsel Yapısı**

Tıp hizmetlerinin örgütsel yapısı, faaliyetlerin planlanması, koordinasyonu ve denetimi için çeşitli organlar oluşturulmuştur. Bu organlar başhekimlik ile o'na bağlı komitelerdir. Hizmetlerin yürütülmesinde ise ihtisas dallarına göre örgütlenme esas alınmıştır. Dâhiliye, Hariciye, Üroloji, Kulak Burun Boğaz hastalıkları klinikleri gibi. Kliniklerde, tıbbi hizmetlerin örgütlenmesinden ve yürütülmesinden sorumlu klinik şefleri bulunmaktadır (Ak, 1990, s.43).

Tıp hizmetlerinin örgütsel yapısında, yer alacak organlar, görevleri bu organlara tayin edilecek görevlilerde aranacak nitelikler, görev süreleri, hekimlerin hastane içindeki hakları ve sorumlulukları, tıbbi komitelerin türleri, kimlerden

oluşturulduğu ve toplantı zamanları gibi hususlar hastane tıbbı iç tüzüğünde ayrıntılarıyla belirlenmektedir. Bu iç tüzük, mesul müdür, başhekim ve hekimlerden oluşan bir komisyon tarafından hazırlanmaktadır.

Tıp hizmetleri örgütsel yapısı, içinde yer alan en önemli organ başhekimliktir. Hastanenin özelliğine göre değişmekle birlikte, çok çeşitli komiteler de tıp hizmetleri organizasyonu içinde yer almaktadır (Kavuncubaşı, 2004, s.111). Tıp hizmetleri organizasyonu, başhekimlik ve tıp hizmetlerinin organize edilmesi, yürütülmesi ve denetlenmesiyle ilişkili çeşitli organ ve komitelerden oluşmaktadır.

#### **4.4.1.1. Başhekim**

Başhekimlik, tıp hizmetlerinin yürütülmesinden ve denetiminden sorumlu organ olarak tanımlanmaktadır. Tıp hizmetlerinin yönetimi konusunda deneyimli bir hekim olan başhekim, bu sorumluluğuna ilişkin görevlerinin bir kısmını, tıbbi komitelere devrederek yerine getirmektedir. Bu yüzden tıp hizmetleri ile ilgili komitelerin hastane iç tüzüğünde belirtilen esaslara göre oluşturulması ve faaliyetlerin düzenlenmesi başhekimin en önemli görevlerinden biri olmaktadır (Kavuncubaşı, 2004, s.112). Hastanelerde başhekimin başlıca görevleri şu şekilde sıralanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.112):

- Hastane yönetimi, hemşirelik hizmetleri ve diğer hizmet birimleri ile tıp personeli arasında eşgüdümü sağlamak,
- Tıp personelinin düzenli yürütülen hastane değerlendirme toplantılarında temsil edilmesini sağlamak,
- Hizmet kalitesi ile ilgili tüzük, kural ve düzenlemelerin, eşitlik ilkesine göre uygulanmasını sağlamak,
- Servis şefleri ve komite önderleri ile işbirliği yaparak, tıbbi komitelere girecek üyelerin belirlenmesini sağlamak,
- Tıbbi toplantılar düzenlemek ve ilgililerin toplantılara katılımını sağlamak,
- Ortak toplantı komitesinin toplantılarına katılmak ve görüş bildirmek,
- Hizmet kalitesini yükseltmek ve uyumlu çalışma ilişkilerini geliştirmek için hastane yönetimi ile düzenli alışverişte bulunmak.



Başhekim gerek hizmetin yürütülmesinde, gerek personel ve hastalarla ilişkilerinde hekimlerin bu kurallara uygun davranmalarını takip etme sorumluluğunu taşımaktadırlar. Başhekimin diğer görevleri, tıp ve yardımcı tıp hizmetleri arasında koordinasyonu ve iletişimi sağlamak, tıp ve yardımcı tıp personelinin işyeri ve çalışma disiplinine uygun davranmalarını sağlamaktır (Seçim, 2009).

#### **4.4.1.2. Tıbbi Komiteler**

Komite, bir kurumda, bir kısım yönetsel faaliyetleri gerçekleştirmek için bir organize temelde kollektif olarak işlev gören insanların oluşturduğu bir grup olarak tanımlanabilir. Komitenin önde gelen karakteristiği, otoritenin özel garantisi içerisinde söz konusu temel üzerinde gerçekleştirilen grup tartışmalarıdır (Kavuncubaşı, 2004, s.113).

Hastane ve diğer sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Tıbbi otorite (mesleki otorite) yapısı ve yönetsel otorite yapısının bir arada bulunmasının yarattığı sorunları gidermek için özel hastanelerde komitelere gereksinme duyulur. Özel hastanelerde kurulan başlıca tıbbi komiteler, Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesi, Tıbbi Soruşturma Komitesi, Tıbbi Kayıt Komitesi, Doku ve Ameliyat Komitesi, Enfeksiyon Komitesidir.

Tıbbi komiteler, hastane genelinde tıbbi hizmetlerin planlanması, koordinasyon ve denetimi amacıyla oluşturulmuş komitelerdir. Bu komiteler;

- Tıp hizmetleri yönetim kurulu:
- Tıbbi soruşturma komitesi
- Koordinasyon komitesi
- Doku komitesi Kullanım komitesi
- Sağlık standartlarını gözden geçirme komitesi
- Enfeksiyon
- Eczane ve ilaç komiteleridir.

#### 4.4.2. İdari, Mali ve Destek Hizmetleri Örgütlenmesi

Hastanelerde tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik hizmetleri dışında kalan hizmetlerin mali ve destek hizmetler olarak, hastane müdürlüğünün sorumluluğunda organize edilmesi öngörülmüştür. Bu bölüm içinde yer alan birimler, muhasebe, ev idaresi hizmetleri, teknik hizmetler, personel servisi, tedarik hizmetleri, istatistik ve tıbbi dokümantasyon diyetetik hizmetler ile sosyal hizmetlerdir. Mali ve destek hizmetler bölümünün sorumlusu olan idari işler müdürü, hastane idareciliğinde master veya doktora derecesine sahip, en az beş yıllık tecrübesi olan bir idarecidir. Bölümüyle ilgili görevleri şunlardır (Kavuncubaşı, 2007, s. 99-100).

- Hastane faaliyetlerinin aksamadan yürütülebilmesi için gerekli olan mali ve destek hizmetlerin planlanması,
- Bu hizmetlerle ilgili amaç ve politikaların tayini ve hastane bütçesinin hazırlanması;
- Mali ve destek hizmetlerle ilgili kayıtların eksiksiz olarak tutulması;
- Mali ve destek hizmetlerde verimliliği ve etkinliği artırıcı tedbirler alınması;
- Bölüm personelinin hizmet-içi eğitim programlarının hazırlanması;
- Bölüm personelinin işyeri ve çalışma disiplinine uygun davranmalarının temini.

İdari işler Müdürünün diğer bir önemli görevi de hastane konseyinin sekreteryaya hizmetlerinin yürütülmesi ile hastanenin dışarıda temsilidir. İdari işler müdürlüğüne bağlı birimlerin görevleri aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir (Seçim, 2009).

**Muhasebe Servisi:** Hastane bütçesinin hazırlanması; mali işlerin yürütülmesinde takip edilecek politikaların, kural ve yöntemlerin tespiti veya tespit edilmiş kural ve yöntemlere göre mali işlerin yürütülmesi; hastanenin mali durumuyla ilgili kayıtların tam ve doğru olarak tutulmasını ve istenen bilgilerin zamanında teminini sağlayan bir muhasebe sisteminin geliştirilmesi hastanenin faaliyetleri ve mali durumuyla ilgili finansal raporların hazırlanması, hastanede maliyetlerin düşürülmesi için çalışmalar yapılması görevlerini yürütmektedir.

**Ev İdaresi Hizmetleri Birimi:** Hastane ve çevresinin hijyen kurallarına uygun olarak temiz ve bakımlı tutulması. Hastaların ve personelin kullandığı çamaşırların ve giysilerin temizlenmesi ve sterilize edilmesi, hastanede sivil savunma tedbirlerinin alınması görevlerini yürütmektedir. Bu birime bağlı alt birimler çamaşırhane, ütühane, terzihane, sivil savunma birimi ile ev idaresi hizmetleri personelidir.

**Teknik Hizmetler Servisi:** Mekân olarak hastane binasının ve bina içindeki her tür tesisatın faal halde bulundurulmasını sağlamak üzere bakım-onarım hizmetlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. Teknik hizmetler içinde elektrik santrali ve kazan dairesi, biomedikal mühendislik, bakım-onarımı ve bahçe ve park yeri tanzim birimleri bulunmaktadır.

**Personel Servisi:** hastane personelinin özlük işlerinin takibi, kayıtlarının tutulması ve personelle ilgili bilgilerin SSYM İdari işler şube müdürlüğüne ulaştırılması görevlerini yürütmektedir.

**Tedarik Servisi.** Hastane faaliyetlerinin yürütülebilmesi için gerekli olan malzeme, cihaz, eşya ve hizmetlerin satın alınma veya kiralanmasıyla ilgili tüm işlemleri yürütmek üzere oluşturulmuştur.

**İstatistik ve Tıbbi Dokümantasyon Servisi:** Tıbbi istatistik ve dokümanların toplanması, arşivlenmesi ve SSYM'ne gönderilmesi işlemlerini yürüten bir birimdir.

**Diyetetik Hizmetler Birimi:** Hastalara ve hastane personeline normal ve diyet yemeklerinin planlanması, hazırlanması ve dağıtımı, hastaların diyet ve beslenme konularında eğitimi ve tedavi hizmetlerini destekleyen diyet rejimleri konusunda araştırmalar yapılması faaliyetlerini yürütmektedir.

**Sosyal Hizmetler Servisi:** Hastanın tedavisini ve iyileşmesini etkileyen, hastayla ilgili sosyal ekonomik ve psikolojik faktörlerin incelenerek tedavi hizmetlerinde yardımcı olunması: hasta taburcu olduktan sonra ihtiyacı olan hastalar için maddi ve manevi yardım sağlanması, bu amaçla yardımsever kuruluşların

desteğinin sağlanması ve bu faaliyetlere esas olmak üzere hasta takip programlarının hızlanması görevlerini üstlenmiştir.

#### **4.4.3. Yardımcı Tıp Hizmetleri**

Yardımcı tıp hizmetleri, hastaların teşhis ve tedavi faaliyetlerinde hekimlere yardımcı olur. Yardımcı tıp hizmetlerinin örgütlenmesi ilgili servisin uzmanının sorumluluğunda yapılmaktadır. İş yükleri ve personel sayıları giderek arttığından, bu birimler ayrı bir organizasyonu gerektirecek kadar büyümüşlerdir. Bu nedenle özel hastanelerde bu hizmet dallarında tam gün çalışan uzmanlar istihdam edilmeye başlanmıştır (Uçar, 2007, s.60).

Laboratuvarlar, radyoloji birimi, fizik tedavi birimi, eczane ve tıbbi teknik birimler yardımcı tıp hizmetleri birimlerin başında gelmektedir. Her bir bölümün başında yönetici olarak, mümkün olduğu kadar her bölümle ilgili uzman ve ilgili alanda öğrenim görmüş kişi bulunmaktadır. Bu birim yöneticilerinin başlıca görevleri şunlardır (Kavuncubaşı, 2007, s.101).

- Birimlere ilişkin hizmetlerin planlanması ve organizasyonun sağlanması
- Birimle ilgili kurulun arşiv sisteminin günlük koşullara göre geliştirilmesi ve kayıtların muntazam tutulması,
- Günün teknolojik koşullarına uygun hizmet üretiminin sağlanması
- Birimde çalışan personelin sürekli eğitimlerinin sağlanmasıdır

#### **4.4.4. Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenmesi**

Hastanede hekimlerden ayrı bir hizmet grubu olan hemşireler, Türkiye'deki uygulamaya göre doğrudan doğruya hastane müdürlüğüne bağlı olarak, hekimlerle uyum ve işbirliği içinde çalışmak durumundadır. Hekim ve hemşire arasındaki yönetim ilişkisi, diğer işletme organizasyonlarındaki ast-üst ilişkisi gibi değildir. Hemşire, hekimin bir ast elemanı gibi çalışmakta; ama hekim ise hemşirenin amiri sayılmamaktadır. Hemşireler, hastane müdürü adına yetkili ve sorumlu bulunan "başhemşire" ye bağlı olarak hastane hizmetlerini yapmaktadır. Hastanın tedavisinde ilaçların kullanımının sağlanması, denetimin yapılması ve tedavi işlemlerinin uyumu

ile görevli olan hemşireler, gece ve gündüz, hastaların ihtiyaçlarıyla da ilgilenmektedir. Klinik içinde bütün acil vakalarla ilgilenmenin yanında, temizlik, yemek dağıtımı ve malzeme ihtiyaçlarının tesbiti gibi pek çok faaliyetin koordinasyonunu da üstlenmektedir. Bunlara ek olarak, hastane teşhis ve tedavi hizmetlerinde hasta kabul ve taburcu işlemlerinin yapılması da hemşirelere kalmaktadır (zdemir, 2009).

#### 4.4.4.1. Hemşirelik

Günümüzde; teknoloji, sağlık bilimlerindeki gelişmeler, ekonomi, kentleşme, endüstrileşme ve yaşam biçimleri gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu tüm toplumlarda, bireylerin sağlık bakım gereksinimleri günden güne değişiklik göstermektedir. Sağlık bakımı, insanın temel haklarından biri olmasına karşın dünyada tüm insanların sağlık bakım gereksinimlerinin istendik düzeyde olmadığı bilinen bir gerçektir. Temel sağlık hizmetlerinin başarısı, sağlık bakım sistemindeki değişikliklerin hastanın bakım standardını arttıracak şekilde kullanılmasına ve bakım verecek hemşire ve diğer sağlık personelinin iyi yetiştirilmesine bağlıdır.

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefleyen bir meslektir. Hemşirelik, bir toplum hizmeti olarak uzun yıllar varlığını korumuş, insanların sağlığını geliştirmek ve hastanın bakımını sağlamak isteği ile ortaya çıkmıştır. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiştir (Karadağ ve Uçan, 2006, s.43).

Hemşirelik sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır ve hemşireler de sağlıklı/hasta birey için çalışan sağlık ekibinin temel taşlarından birisidir. Hemşire; eğitimiyle, kişiliğiyle, teorik bilgi ve uygulama becerisiyle, karar verme yeteneğiyle, hemşirelik hizmetlerini planlayarak uygulayabilen, ekip çalışmasını başarıyla yürütebilen, sağlık ekibi üyeleriyle uyum içinde çalışabilen sorumlu insan gücüdür (Tosun, 2010).

Hemşirelik mesleği insan sağlığını geliştirmeye yönelik bir disiplindir. Hemşire, bireyi ele alırken, onun fizyolojik, psikolojik yönleri kadar, bütünlüğünü oluşturan ailesi, grubu ve ait olduğu toplumu da dikkate almak ve sosyal ilişkilerini irdelemek durumundadır (Birol, 2004, s.13 ).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşirelik mesleğini “Bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirmeye, rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu” olarak tanımlamıştır.

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu ise 1981’de hemşireliği şöyle tanımlamıştır ; “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanmasından, örgütlenmesinden, uygulanmasından, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir.” (Biol, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü hemşireyi, “Temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde toplumun da katkısını alarak hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişi” olarak tanımlamıştır (WHO, 2010).

Hemşirelik, insanı sağlık ve hastalık durumunda, doğumundan ölümüne kadar geçen sürede anlamaya temellenmiştir. Hemşirelik her ülkede toplumsal sistemin bir parçasıdır. Bugün hemşirelik bir bilim ve sanat olarak kabul edilmektedir. Mutlak bir bilim ya da mutlak bir sanat değil ama her ikisinin birleşmesinden oluşan bir uğraştır. Ancak hemşireliğin bir meslek olarak da bir boyutu vardır. Bu, onun altruistik değerler boyutudur. Bu bedensel, akılsal ve toplumsal açıdan yardım isteyen kişilere kendini adamadır. Hemşirelik bir sanat olarak, hemşirenin yeterli bakım verebilmesi için teknik açıdan beceri geliştirmesini içerir. Bilim olarak ise, hemşirelik bakım ilkelerinin dayandığı, üzerine temellendiği biyolojik ve sosyal bilimleri kavraması anlamına gelir (Velioğlu, 1994, s.4 ).

#### **4.4.4.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Hemşirelerin Rollerini**

Hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir.

Hemşirelik hem sağlık sisteminin hem de kamuoyunun tamamlayıcı bir parçası olarak görülmektedir. Bu alanlarda hemşireler daima halkla doğrudan bağlantı oluşturmaktadırlar ve oluşturmaya devam edeceklerdir. Gözlemlere ve hemşirelik araştırmalarına göre, hemşirelerin iş merkezli çalıştıkları, sadece rutinlere yöneldikleri ve bağımsız fonksiyonlarını ortaya koymadıkları ve doktorun yardımcısı olarak görüldükleri belirlenmiştir. Oysa hemşire mesleki bilgi ve becerisini gösterecek bağımsız fonksiyonlarını ortaya koymazsa toplumun gözünde kendisini kanıtlayamaz. Bir hemşire hastası için yararlı olacağını düşündüğü ve yeteneği içinde olan faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgür, yani otonomi sahibi olmalıdır. Hemşireler hizmet, eğitim, danışma ve araştırma görevlerini tam olarak yerine getirebildikleri zaman profesyonel niteliklerini ortaya koyma ve benimsetme şansını elde edebileceklerdir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006, s.24).

#### **4.4.4.3. Hemşirelerin Fonksiyonları**

Geçmişte hemşirelerin rolleri bakım ve rahatlatma fonksiyonlarından oluşmaktaydı. Günümüzde ise hemşirenin rolü öncelikli olarak sağlığın korunması, yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıkların tanı, tedavi ve bakımına odaklanmaktadır. Cimete ve Aksayan'ın (2000) belirttiğine göre, ülkemizde hemşirelik eğitimi, çağdaş ülkelerde olduğu gibi verilmekte ancak hizmet alanında (hastane, sağlık ocakları v.b) hemşirelerin rol ve işlevleri yasal olarak tanımlanmadığı için, çeşitli karışıklık ve güçlükler yaşanmaktadır. Bunun sonucunda da; hemşirenin rol ve işlevleri çalıştığı kurumun politikasına göre değişmektedir. Bazı kuruluşlarda hemşireler eğitimlerinde öğrendikleri rol ve işlevleri gereği gibi yerine getirebilirken, bazı kuruluşlarda kurumun politikasına göre çalışmaktadırlar. Kuramsal olarak incelendiğinde, hemşirenin rolleri; bakım verici, eğitici, danışmanlık, hastanın ve ailenin savunucusu, karar alıcı, koordine edici, rehabilite edici, rahatlatıcı, iletişimci, araştırmacı ve yönetici gibi oldukça kapsamlı işlevleri içermektedir. Hemşireliğin uzmanlık alanlarından biri olan "çocuk hemşireliği" ise; bu rol ve işlevlere ek olarak, çocuk ve aileyi bakımın merkezine alan, yenidoğan döneminden başlayarak, ergenlik döneminin sonuna kadar tüm gelişim dönemlerini kapsayacak biçimde ve birinci, ikinci, üçüncü düzeyde sağlık bakımı vermekten sorumlu bir alandır (Yüzer ve diğerleri, 2008, s.19- 20).



#### 4.4.4.4. Hemşirelerin Görevleri

Hastane ve sağlık ocağındaki hemşirenin görev, yetki ve sorumluluğu genel çerçevede şöyledir (Çamcı, 2007, s.157):

- Tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak,
- Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirtmek,
- Hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmektir.

Hemşireler sabah çalışmasına, kurumun hasta odalarının ve hastaların genel temizliğini yaptırmakla başlarlar. Hastaların hal ve hatırlarını sorar, derecelerini alır, nabız ve teneffüslerini sayar, derece kâğıtlarına teneffüslerini çizerler. Hemşirelerin görev ve işlevlerini aşağıdaki şekilde sınıflandırmışta (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi, 2005, s.33-34);

- Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olumluşturucu gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.
- Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dahilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar. Sık sık kontrolü icap eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

- Hastalara iyi muamele etmek, onların dertlerini dinlemek, teselliye muhtaç olanları ve ameliyat heyecanı içinde bulunanları teselli ve teskin etmek, sağlık eğitimi konusunda bilgi vermek hemşirelerin esas görevleridir. Uzmanlarca analizine lüzum görülen materyali hastalardan alır ve laboratuvara gönderirler. Serviste yemek dağıtımını, hastaların yemek yemeklerini gözetler, kendisi yemek yiyemeyecek durumda olan hastaların bizzat yemeğini yedirirler. Banyo yapacakları yardımcı hizmetli ile banyoya gönderirler, gidemeyenlerin yataklarında temizliğini yaptırırlar.
- Servis acil dolabında bulunan ilaçları servis şefi, uzmanı veya nöbetçi tabibinin direktifi ile ve onun sorumluluğu altında hastalara uygular. Sarfiyatını özel sarf defterine kaydeder. Eczaneden alınan bu ilaçların sarfı, bu defter üzerinde yapılır. Hastalara bu dolaptan verilen ilaçlar anında tabelalarına renkli kalemle yazılır. Ertesi günü bu ilaçlar eczaneden tabela ile alınarak yerine konur.
- Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç ve sair malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya ve bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiği zaman hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybından sorumludurlar.
- Kendilerine teslim edilen eşya, ilaç ve malzemeyi servislerde veya servis ambarlarında özel dolaplarda saklarlar. Bu dolapların düzenli ve tasnifli olması, ilaçların üzerinde etiketlerinin bulunması, güve, karınca ve sair böceklerden, sıcaktan, soğuktan ve ışıktan korunması hususunda gerekli tedbirleri alırlar.
- Servislerin genel hizmetlerinin ve temizliklerinin yolunda gitmesini kontrol eder ve sağlar. Hastaların yatak, çamaşır ve vücut temizliklerine dikkat eder, gördükleri noksanları giderir ve giderirler.

- Ameliyathane hemşireleri, ameliyathane teknisyeninin bulunmadığı yerlerde onun görev ve yetkilerini üzerlerine alırlar. Ayrıca sorumlu görevlisi bulunmadığı hallerde sterilizatör ve otaklavların bakım ve işletilmesi ile de yükümlüdürler.
- Laboratuvar hemşireleri, uzmanların gözlemciliği altında gerekli tahlilleri ve muayeneleri yapmak ve neticelerini deftere kaydetmekle yükümlüdürler. Tahlil raporlarını uzmana imzalattıktan sonra ait olduğu servislere göndermek görevleridir. Laboratuvarlara ait alet ve cihazları kullandıktan sonra temiz ve her zaman kullanıma hazır bir halde bulundurmaktan sorumludurlar.
- Hastaların sosyal ve ruhsal durumları ve beslenmeleri ile ilgili olarak fizyoterapist, sosyal hizmet, diyet uzmanları ve psikologlarla işbirliği yapar ve bunların servislerdeki çalışmalarını kolaylaştırır.
- Annelere, doğumdan evvel ve sonraki bakımları ile çocukların bakımları hakkında bilgi vermek ve bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olma yolları hakkında anneleri aydınlatmakla yükümlüdürler

#### **4.5. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim ve Organizasyondan (Örgütlenme) Kaynaklanan Sorunlara Yönelik Yapılmış Araştırmalar**

Apaydın (2007), Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Organizasyonel Sorunlar Ve Çözüm Önerileri başlıklı çalışmasını üç farklı statüye sahip (üniversite, bakanlık ve özel) hastanelerde, hemşirelik hizmetlerinde yönetimsel ve organizasyonel sorunları belirlemek ve çözüm önerileri geliştirmek amacı ile karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen, hemşire ve yönetici hemşirelere uygulanmak üzere iki anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde, Yüzdellik, Aritmetik Ortalama, Oneway Anova, Tukey HSD ve Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalaması 27,083,70, yönetici hemşirelerin yaş ortalaması 32,935,18' dir. Hemşirelerin %41.0' i (n=281), yönetici hemşirelerin ise %37.7' si (n=54) lisans ve lisans üstü mezundur. Hemşirelerin çalışma süresi ortalama

3,382,78, yönetici hemşirelerin çalışma süresi ortalama 7,814,64 yıldır. Yönetici hemşirelerin yöneticilik deneyimi ortalama 5,124,43 yıldır. Yönetici hemşirelerin %53.2' si (n=76) yönetim ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır. Araştırmada elde edilen bulgular ışığında belirlenen yönetsel ve organizasyonel sorunların başlıcaları; hemşire sayısının ve maddi kaynakların yetersiz oluşu, görev ve sorumlulukların belirsizliği, otokrat yönetim anlayışının hakim olması, otonomi eksikliği, motivasyon ve iş doyumunun azlığı, iş yükü ve sorumlulukların fazla olması, ekip çalışmasının olmayışı ve eğitim faaliyetlerinin yetersizliğidir. Çalışmada bu 14 sorunlara yönelik çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Kutlu (2009) “Devlet Hastanelerindeki Müdürlük Hizmetlerinin Yönetim Organizasyon Sorunları Ve Çözüm Önerileri: Kütahya Devlet Hastanelerinde Örnek Uygulama” başlıklı çalışmasının amacı, aynı zamanda birer işletme olan hastanelerin idari, mali ve destek hizmetlerinden sorumlu olan Hastane Müdürlük hizmetleri içerisindeki personelin yönetimini incelemek ve özellikle adı geçen örgütün pek çok etkinliğini gerçekleştirildiği ve odak noktası olan Hastane Müdürünün, Hastane Müdür Yardımcılarının ve diğer çalışanların çalışma şartları ve yönetsel sorunlarını ortaya koymaktır. Bu amaçla, çalışma alanı olarak Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyetini sürdüren Devlet Hastaneleri seçilmiştir.

Çalışma literatür taramasıyla ve ilgili mevzuatın incelenmesi ile başlanmış anket yöntemiyle veri sağlanmıştır. Anketlerin bir bütünlük içinde değerlendirilmesi sonucunda, Hastane Müdürlük Hizmetinde çalışan personellerin yönetim ve organizasyon sorunları ayrıntılı olarak tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; Hastanelerde Tıp, yardımcı tıp hizmetlerinin dışında Hastane Baştabipliğine bağlı olarak idari, mali ve destek faaliyetlerini gösteren Müdürlük Hizmetlerinin Yönetim ve organizasyon sorunları ortaya konulmuş, bu sorunlara yönelik çözüm önerileri de bulunmuştur.

Kahraman (2007), “Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Personelini Yönetirken Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Karşı Alınan Önlemler” başlıklı araştırmasında; personel yönetim sürecinin nasıl olduğu, yönetici hemşirelerin hemşirelik hizmetleri personelini yönetirken yaşadıkları sorunları ve bu sorunlarla nasıl başa çıktıklarını ve ayrıca yönetici hemşirelerin yaşadığı sorunları etkileyen etmenlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı tasarımda

gerçekleştirmiştir. Araştırma İstanbul ili kamu ve özel hastanelerde görevli tüm yönetici hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada araştırmacı tarafından gerçekleştirilen soru formu kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular; Yönetici hemşirelerin yaşadıkları en önemli sorunlar, hemşirelerin devir hızının fazla olması (%39,7), yeterli sayıda hemşire bulunamaması (%40,6), hemşirelerin yükselme olanaklarının olmaması (%67,6), düşük ücretlenmenin yapılması (%67,7), çok yoğun ve fazla saat çalıştırmaları (%78,5), iş sağlığı ve güvenliklerinin izlenmemesi (%63,5), ve yasal haklarının bilinmemesi (%26,0), şeklinde belirlenmiştir.

Bu sorunlara karşı alınan önlemlerin ise; hemşire sayısına servis sorumlu hemşirelerin karar vermesi (%69,3), terfi sisteminin iyileştirilmesi (%61,2), hemşirelere ek ödeme olanağı sağlanması (%24,7), hemşirelere yasal haklarının öğretilmesi (%32,9), olduğu saptanmıştır.

## **5. YÖNTEM**

Araştırmanın bu bölümünde hemşireler üzerinde gerçekleştirilen araştırmanın amacına, modeline, evren ve örnekleme yer verilerek, veri toplama araçları ve verilerin analizine dair bilgiler açıklanmıştır.

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma klinik hizmetlerde görev yapan hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlar ve bu sorunların çalıştıkları kuruma ve bazı demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunu araştırmak amacıyla yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Modeli**

Araştırma tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan bir araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilemez. Bilmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir (Karasar, 2009, s.77).

### **5.3. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu yakasında eğitim araştırma hastanelerinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmayı genelledebileceğimiz evren için ulaşılması ve uygulanması açısından üç farklı eğitim araştırma hastanesi örneklem olarak seçilmiştir. Seçilen Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi ve Yavuz Sultan Selim Hastanesi’nde çalışan 206 hemşirelerin %10 örnekleme hatasına göre evreni temsil ettiği kabul edilmiştir.

## 5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır. Anket içerisinde örgüt sorunları ölçen 23 önermeden oluşan bir ölçek ve 9 demografik soru bulunmaktadır.

Katılımcılara sorulan sorular, anketin cevaplandırılmasını kolaylaştırmak, araştırmacının verileri daha hızlı değerlendirmesini sağlamak amacıyla kapalı uçludur. Araştırmada kullanılan Likert Ölçeği, kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir. Anketi yanıtlayan kişilere verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzu kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre;

(5) kesinlikle katılıyorum

(4) katılıyorum

(3) kararsızım

(2) katılmıyorum

(1) kesinlikle katılmıyorum şeklinde bir ölçek kullanılmıştır.

Hemşirelerin örgütsel sorunlarını ölçen ölçekte olumlu önermeler bulunmaktadır. Bu önermeler olumsuz hale getirilmek için veriler kodlanırken ters çevrilerek kodlanmış, böylelikle ölçekteki tüm önermeler olumsuz sorunlar haline dönüştürülmüştür.

Ölçek sonuçları 5.00-1.00=4.00 puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek düzeyi aralıkları belirlenmiştir. Buna göre; 1.00-1.79 puan aralığı, “çok düşük”, 1.80-2.59 “düşük”, 2.60-3.39 “orta”, 3.40-4.19 “yüksek” ve 4.20-5.00 arası “çok yüksek” olarak değerlendirilmektedir.

### 5.4.1. Örgütsel Sorunlar Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Çalışması

Örgütsel Sorunlar ölçeğindeki 23 maddenin genel güvenilirliği 0,873 olarak bulunmuştur. Yapılan KMO ve Barlett analizi sonucunda KMO değerinin 0,834 olarak Barlett değerinin ise 0,05 den küçük olduğu ve faktör analizinin yapılabilir olduğu görülmüştür. Faktör analizi sonucunda toplam varyansı %65,44 olan 6 faktör oluşmuştur.

**Tablo 2. Örgütsel Sorunlar Ölçeği Faktör Yapısı**

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach's Alpha
<b>Planlama</b>	Kliniğimizde yeterli sayıda hemşire bulunmadığından yoğun iş yükü nedeniyle hastalara gerektiği gibi hizmet veremiyorum.	0,816	17,409	0,865
	İşimizi yaparken gerekli olacak malzeme araç ve gereç planlanmıştır, yeterli düzeyde bulunmaktadır.	0,805		
	İş kazalarına ve meslek hastalıklarına yönelik gerekli önlemler alınmıştır.	0,794		
	Çalışma yerimdeki fiziki ortam verimli ve etkili çalışılacak şekilde planlanmıştır.	0,689		
	İşlerin nasıl yapılacağına dair kurallar ve prosedürler belirlenmediği için sıkıntı yaşıyorum.	0,621		
<b>Yönelme (yürütme)</b>	Alet ve cihazların kullanma talimatının bulunmaması sorunlara yol açıyor.	0,520	12,944	0,802
	Yönetici hemşireler işimizi doğru yapmamız için gerekli rehberlik hizmetlerini vermektedirler.	0,759		
	Benden beklenen işlerin, iş hedeflerinin ve iş kalitesinin belirlenmesine aktif olarak katılıyorum.	0,695		
	İşimizi iyi yaptığımızda yönetici hemşireler tarafından takdir ediliyoruz.	0,679		
	İşimi nasıl yapacağıma karar vermede yeterince özgürüm.	0,632		
<b>Denetleme/kontrol</b>	Çalıştığım birimde yaptığım işle ilgili sahip olmam gereken bilgi, yetenek, tecrübe ve sorumluluk bilgileri belirlenmiştir.	0,501	10,407	0,763
	Yönetici hemşirelerle karşılıklı beklentiler konusunda paylaşımlarda bulunuyoruz.	0,459		
	Hemşirelik hizmetleri ile ilgili enfeksiyon, kalite, eğitim vb. gibi komiteler etkin bir şekilde faaliyet göstermektedir.	0,780		
	Hasta tedavi ve bakım kalitesine dair prosedürlerin uygulanıp uygulanmadığı sürekli kontrol edilmektedir.	0,774		
	Hasta memnuniyeti anketleri değerlendirilerek olumsuzlukların giderilmesine yönelik uygulamalar yapılmaktadır.	0,661		
<b>Örgütlenme</b>	Sicil raporumuz doğru ve adil değerlendirilmektedir.	0,542	8,899	0,612
	Kimden emir alacağım ve kime karşı sorumlu olduğum net bir şekilde belirlenmiştir.	0,786		
	Çalıştığım birimde görevimin dışında iş verilmesi benden beklenen işlerin süresini olumsuz etkilemektedir.	0,673		
	Eğitimime uygun bir pozisyonda hizmet vermekteyim	0,567		
<b>Eğitim</b>	Hizmet içi eğitim konuları belirlenirken hemşirelerin görüşleri alınmamaktadır.	0,794	8,488	0,650



	Yapılan göreve uygun olarak yeterli düzeyde hizmet içi eğitim alınmaktadır	0,715		
	Tedavi ve bakım hizmetlerinin aksamasına neden olan ekip içi iletişim sorunları yaşıyorum	0,760	7,293	0,616
<b>Koordinasyon</b>	Birimlerin birbirleriyle uyum içinde çalışmaması nedeniyle sorunlar yaşıyorum	0,655		
Toplam Varyans %65,44				

Planlama boyutunu oluşturan 6 maddenin güvenilirliği 0,865 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %17,4 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Yönetme (yürütme) boyutunu oluşturan 6 maddenin güvenilirliği 0,802 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %12,9 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Denetleme/ kontrol boyutunu oluşturan 4 maddenin güvenilirliği 0,763 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %10,4 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Örgütlenme boyutunu oluşturan 3 maddenin güvenilirliği 0,612 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %8,9 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Eğitim boyutunu oluşturan 2 maddenin güvenilirliği 0,650 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %8,5 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Koordinasyon boyutunu oluşturan 2 maddenin güvenilirliği 0,616 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %7,3 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür.

### 5.5. Araştırmanın Hipotezleri

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin Örgütsel sorunları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin Örgütsel sorunları arasında anlamlı bir ilişki vardır(Kabul).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, kuruma göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, kuruma göre değişim göstermektedir(Kabul).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, yaşlarına göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, yaşlarına göre değişim göstermektedir (Red).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, eğitim durumuna göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, eğitim durumuna göre değişim göstermektedir (Kabul).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, kurumda çalışma süresine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, kurumda çalışma süresine göre değişim göstermektedir (Red).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, bulunduğu pozisyonda çalışma süresine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, bulunduğu pozisyonda çalışma süresine göre değişim göstermektedir (Kabul).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, mesleki deneyim süresine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, mesleki deneyim süresine göre değişim göstermektedir (Red).

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre değişim göstermektedir (Kabul).

## **5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik Paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda

parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanılmıştır.

Ölçekler arası ilişkileri saptamak için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde, sırasıyla araştırma evrenindeki örneklem grubunun demografik özellikleri ve ölçeklere ilişkin bulgular ile bunların yorumlarına yer verilmiştir.

### 6.1. Örneklem Grubuna İlişkin Demografik Özellikler

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Frekans	Yüzde (%)
Kurum	Kartal eğitim	113	54,9
	Fatih Sultan Mehmet	41	19,9
	Yavuz Selim	52	25,2
	Toplam	206	100,0
Klinik	Enfeksiyon	3	1,5
	Dahili birim	22	10,7
	Cerrahi birim	35	17,0
	Göğüs hastalıkları	8	3,9
	Ortopedi	25	12,1
	Kadın doğum	7	3,4
	Yoğun bakım	11	5,3
	Diğer	95	46,1
	Toplam	206	100,0
	Kurumdaki görev	Başhemşire/hemşirelik hizmetl. müdürü	1
Servis sorm. hemş.		18	8,7
Gece sorumlusu		1	0,5
Hemşire		186	90,3
Toplam	206	100,0	
Yaş	18-24	29	14,1
	25-30	80	38,8
	31-36	69	33,5
	37-44	23	11,2
	44+	5	2,4
	Toplam	206	100,0
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	66	32,0
	Ön lisans	51	24,8
	Lisans	80	38,8
	Yüksek lisans	8	3,9
	Doktora	1	0,5
Toplam	206	100,0	

<b>Kurumda çalışma süresi</b>	<b>0-3</b>	89	43,2
	<b>3-6</b>	44	21,4
	<b>6-10</b>	26	12,6
	<b>10-15</b>	24	11,7
	<b>15-20</b>	8	3,9
	<b>20+</b>	15	7,3
	<b>Toplam</b>	206	100,0
<b>Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi</b>	<b>0-3</b>	69	33,5
	<b>3-6</b>	69	33,5
	<b>6-10</b>	26	12,6
	<b>10-15</b>	27	13,1
	<b>15-20</b>	7	3,4
	<b>20+</b>	8	3,9
	<b>Toplam</b>	206	100,0
<b>Mesleki deneyim süresi</b>	<b>0-3</b>	39	18,9
	<b>3-6</b>	51	24,8
	<b>6-10</b>	35	17,0
	<b>10-15</b>	43	20,9
	<b>15-20</b>	17	8,3
	<b>20+</b>	21	10,2
	<b>Toplam</b>	206	100,0
<b>İşinizin gerektirdiği eğitim düzeyi ne olmalıdır.</b>	<b>Sağlık meslek lisesi</b>	31	15,0
	<b>Ön lisans</b>	16	7,8
	<b>Lisans</b>	115	55,8
	<b>Yüksek lisans</b>	35	17,0
	<b>Doktora</b>	9	4,4
	<b>Toplam</b>	206	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin 113'ü (% 54,9) Kartal Eğitim, 41'i (% 19,9) Fatih Sultan Mehmet, 52'si (% 25,2) Yavuz Selim Hastanesinde çalışmaktadır. 3'ü (% 1,5) enfeksiyon, 22'si (% 10,7) dahili birim, 35'i (% 17,0) cerrahi birim, 8'i (% 3,9) göğüs hastalıkları, 25'i (% 12,1) ortopedi, 7'si (% 3,4) kadın doğum, 11'i (% 5,3) yoğun bakım, 95'i (% 46,1) diğer kliniklerde görevlidir. 1'i (% 0,5) başhemşire/hemşirelik hizmetleri müdürü, 18'i (% 8,7) servis sorumlu hemşire, 1'i (% 0,5) gece sorumlusu, 186'sı (% 90,3) hemşire görevindedir. 29'u (% 14,1) 18-24, 80'i (% 38,8) 25-30, 69'u (% 33,5) 31-36, 23'ü (% 11,2) 37-44, 5'i (% 2,4) 44 ve üstü yaş grubundadır. 66'sı (% 32,0) sağlık meslek lisesi, 51'i (% 24,8) ön lisans, 80'i (% 38,8) lisans, 8'i (% 3,9) yüksek lisans, 1'i (% 0,5) doktora mezunudur. 89'u (% 43,2)

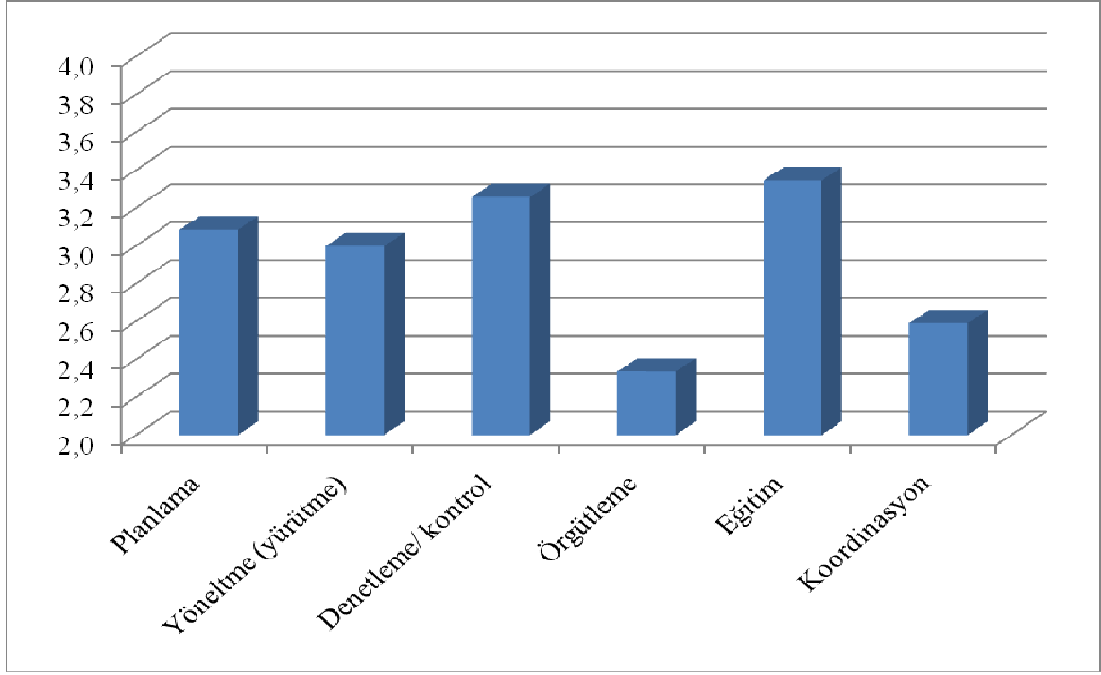
0-3, 44'ü (% 21,4) 3-6, 26'sı (% 12,6) 6-10, 24'ü (% 11,7) 10-15, 8'i (% 3,9) 15-20, 15'i (% 7,3) 20 yıl ve üstü kurumda çalışma süresine sahiptir. 69'u (% 33,5) 0-3, 69'u (% 33,5) 3-6, 26'sı (% 12,6) 6-10, 27'si (% 13,1) 10-15, 7'si (% 3,4) 15-20, 8'i (% 3,9) 20 yıl ve üstü bulunduğu pozisyonda çalışma süresine sahiptir. 39'u (% 18,9) 0-3, 51'i (% 24,8) 3-6, 35'i (% 17,0) 6-10, 43'ü (% 20,9) 10-15, 17'si (% 8,3) 15-20, 21'i (% 10,2) 20 yıl ve üstü mesleki deneyime sahiptir. 31'i (% 15,0) işinin gerektirdiği eğitim seviyesine sağlık meslek lisesi, 16'sı (% 7,8) işinin gerektirdiği eğitim seviyesine ön lisans, 115'i (% 55,8) işinin gerektirdiği eğitim seviyesine lisans, 35'i (% 17,0) işinin gerektirdiği eğitim seviyesine yüksek lisans, 9'u (% 4,4) işinin gerektirdiği eğitim seviyesine doktora yanıtını vermiştir.

## 6.2. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarına Dair Bulgular

**Tablo 4. Hemşirelerin Örgütsel Sorunları**

	N	Ort.	S.s	Min.	Max.
Planlama	206	3,085	0,784	1,333	5,000
Yönelme (yürütme)	206	2,998	0,707	1,000	4,667
Denetleme/ kontrol	206	3,257	0,748	1,000	5,000
Örgütlenme	206	2,335	0,745	1,000	4,667
Eğitim	206	3,345	0,888	1,000	5,000
Koordinasyon	206	2,590	0,772	1,000	5,000

Araştırmaya katılan hemşirelerin planlama sorunları ortalaması 3,085; Yönelme (yürütme) sorunları ortalaması 2,998; Denetleme/ kontrol sorunları ortalaması 3,257; Örgütlenme sorunları ortalaması 2,335; Eğitim sorunları ortalaması 3,345; Koordinasyon sorunları ortalaması 2,590 olarak bulunmuştur.



**Şekil 1. Hemşirelerin Örgütsel Sorunları**

**Hipotez:**

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin Örgütsel sorunları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin Örgütsel sorunları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**Tablo 5. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarına İlişkin Korelasyon Analizi**

		N	r	p
Yöneltilme (yürütme)	Planlama	206	0,578	<b>0,000</b>
Denetleme/ kontrol	Planlama	206	0,550	<b>0,000</b>
Örgütlenme	Planlama	206	-0,018	0,800
Eğitim	Planlama	206	0,452	<b>0,000</b>
Koordinasyon	Planlama	206	0,096	0,170
Denetleme/ kontrol	Yöneltilme (yürütme)	206	0,401	<b>0,000</b>
Örgütlenme	Yöneltilme (yürütme)	206	0,049	0,486
Eğitim	Yöneltilme (yürütme)	206	0,413	<b>0,000</b>
Koordinasyon	Yöneltilme (yürütme)	206	0,300	<b>0,000</b>
Örgütlenme	Denetleme/ kontrol	206	-0,136	0,051
Eğitim	Denetleme/ kontrol	206	0,397	<b>0,000</b>
Koordinasyon	Denetleme/ kontrol	206	0,179	<b>0,010</b>
Eğitim	Örgütlenme	206	0,095	0,174
Koordinasyon	Örgütlenme	206	0,468	<b>0,000</b>
Koordinasyon	Eğitim	206	0,209	<b>0,003</b>

Araştırmaya katılan hemşirelerin yöneltme (yürütme) sorunları ile planlama sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %57,8 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,578$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre yöneltme (yürütme) sorunları puanı arttıķa planlama sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin denetleme/ kontrol sorunları ile planlama sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %55,0 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,550$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre denetleme/ kontrol sorunları puanı arttıķa planlama sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin örgütleme sorunları ile planlama sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel aēıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,018$ ;  $p=0,800>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eēitim sorunları ile planlama sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %45,2 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,452$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre eēitim sorunları puanı arttıķa planlama sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin koordinasyon sorunları ile planlama sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel aēıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=0,096$ ;  $p=0,170>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin denetleme/ kontrol sorunları ile yöneltme (yürütme) sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %40,1 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,401$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre denetleme/ kontrol sorunları puanı arttıķa yöneltme (yürütme) sorunları puanı da artmaktadır.



Araştırmaya katılan hemşirelerin örgütlenme sorunları ile yönetme (yürütme) sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=0,049$ ;  $p=0,486>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim sorunları ile yönetme (yürütme) sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %41,3 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,413$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre eğitim sorunları puanı arttıkça yönetme (yürütme) sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin koordinasyon sorunları ile yönetme (yürütme) sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %30,0 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,300$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre koordinasyon sorunları puanı arttıkça yönetme (yürütme) sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin örgütlenme sorunları ile denetleme/ kontrol sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,136$ ;  $p=0,051>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim sorunları ile denetleme/ kontrol sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,7 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,397$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre eğitim sorunları puanı arttıkça denetleme/ kontrol sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin koordinasyon sorunları ile denetleme/ kontrol sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %17,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,179$ ;  $p=0,010<0,05$ ). Buna göre koordinasyon sorunları puanı arttıkça denetleme/ kontrol sorunları puanı da artmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim sorunları ile örgütlenme sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek

üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=0,095$ ;  $p=0,174>0,05$ ).

Koordinasyon sorunları ile örgütlenme sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %46,8 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,468$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre koordinasyon sorunları puanı arttıkça örgütlenme sorunları puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin koordinasyon sorunları ile eğitim sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %20,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,209$ ;  $p=0,003<0,05$ ). Buna göre koordinasyon sorunları puanı arttıkça eğitim sorunları puanı da artmaktadır.

### 6.3. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar

#### Hipotez:

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, kuruma göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, kuruma göre değişim göstermektedir.

**Tablo 6. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Kuruma Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	Kartal Eğitim	113	2,878	0,742		
	Fatih Sultan Mehmet	41	2,984	0,764	19,033	<b>0,000</b>
	Yavuz Selim	52	3,615	0,641		
Yöneltilme (yürütme)	Kartal Eğitim	113	2,866	0,683		
	Fatih Sultan Mehmet	41	2,931	0,714	8,854	<b>0,000</b>
	Yavuz Selim	52	3,340	0,653		
Denetleme/ kontrol	Kartal Eğitim	113	3,131	0,766		
	Fatih Sultan Mehmet	41	3,329	0,593	4,162	<b>0,017</b>
	Yavuz Selim	52	3,476	0,772		
Örgütlenme	Kartal Eğitim	113	2,463	0,708		
	Fatih Sultan Mehmet	41	2,049	0,669	5,013	<b>0,008</b>
	Yavuz Selim	52	2,282	0,823		
Eğitim	Kartal Eğitim	113	3,243	0,816		
	Fatih Sultan Mehmet	41	3,366	1,025	2,136	0,121
	Yavuz Selim	52	3,548	0,903		
Koordinasyon	Kartal Eğitim	113	2,659	0,754		
	Fatih Sultan Mehmet	41	2,451	0,579	1,197	0,304
	Yavuz Selim	52	2,548	0,925		

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Planlama sorunlarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=19,033; p=0,000<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi

sonucunda Yavuz Selim Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin Planlama sorunları, Kartal Eğitim Hastanesinde ve Fatih Sultan Mehmet Hastanesinde çalışan hemşirelerin Planlama sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Yönelme (yürütme) sorunlarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=8,854$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda Yavuz Selim Hastanesinde çalışan hemşirelerin Yönelme (yürütme) sorunları, Kartal Eğitim Hastanesinde ve Fatih Sultan Mehmet hastanesinde çalışan hemşirelerin Yönelme (yürütme) sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunlarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,162$ ;  $p=0,017<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda yavuz selim hastanesinde çalışan hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunları, Kartal Eğitim Hastanesinde çalışan hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Örgütlenme sorunlarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,013$ ;  $p=0,008<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda Kartal Eğitim Hastanesinde çalışan hemşirelerin Örgütlenme sorunları, Fatih Sultan Mehmet Hastanesinde çalışan hemşirelerin Örgütlenme sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Eğitim sorunlarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek

yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=2,136$ ;  $p=0,121>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Koordinasyon sorunlarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=1,197$ ;  $p=0,304>0,05$ ).

**Hipotez:**

$H_0$ : Hemşirelerin örgütsel sorunları, yaşlarına göre değişim göstermemektedir.

$H_1$ : Hemşirelerin örgütsel sorunları, yaşlarına göre değişim göstermektedir.

**Tablo 7. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Yaşa Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	18-24	29	2,994	0,676	0,202	0,895
	25-30	80	3,119	0,892		
	31-36	69	3,071	0,701		
	37 ve üstü	28	3,119	0,780		
Yöneltilme (yürütme)	18-24	29	2,862	0,809	0,489	0,690
	25-30	80	2,994	0,725		
	31-36	69	3,048	0,649		
	37 ve üstü	28	3,030	0,703		
Denetleme/ kontrol	18-24	29	3,362	0,604	0,900	0,442
	25-30	80	3,316	0,748		
	31-36	69	3,214	0,790		
	37 ve üstü	28	3,089	0,776		
Örgütlenme	18-24	29	2,241	0,734	0,818	0,485
	25-30	80	2,354	0,648		
	31-36	69	2,280	0,826		
	37 ve üstü	28	2,512	0,814		
Eğitim	18-24	29	3,259	1,014	0,160	0,923
	25-30	80	3,331	0,871		
	31-36	69	3,391	0,861		
	37 ve üstü	28	3,357	0,901		
Koordinasyon	18-24	29	2,448	0,557	0,629	0,597
	25-30	80	2,669	0,771		
	31-36	69	2,565	0,809		
	37 ve üstü	28	2,571	0,879		

Araştırmaya katılan Hemşirelerin örgütsel sorunları yaşa göre değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ).

### Hipotez:

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, eğitim durumuna göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, eğitim durumuna göre değişim göstermektedir.

**Tablo 8. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	Sağlık meslek lisesi	66	3,183	0,726	1,906	0,130
	Ön lisans	51	3,216	0,796		
	Lisans	80	2,946	0,794		
	Yüksek lisans ve doktora	9	2,870	0,916		
Yönetme (yürütme)	Sağlık meslek lisesi	66	3,172	0,658	2,965	<b>0,033</b>
	Ön lisans	51	3,042	0,784		
	Lisans	80	2,831	0,636		
	Yüksek lisans ve doktora	9	2,963	0,964		
Denetleme/ kontrol	Sağlık meslek lisesi	66	3,265	0,745	1,102	0,349
	Ön lisans	51	3,157	0,851		
	Lisans	80	3,272	0,659		
	Yüksek lisans ve doktora	9	3,639	0,876		
Örgütlenme	Sağlık meslek lisesi	66	2,364	0,711	3,029	<b>0,031</b>
	Ön lisans	51	2,379	0,833		
	Lisans	80	2,213	0,667		
	Yüksek lisans ve doktora	9	2,963	0,889		
Eğitim	Sağlık meslek lisesi	66	3,568	0,769	4,284	<b>0,006</b>
	Ön lisans	51	3,480	0,905		
	Lisans	80	3,088	0,871		
	Yüksek lisans ve doktora	9	3,222	1,253		
Koordinasyon	Sağlık meslek lisesi	66	2,598	0,771	0,142	0,935
	Ön lisans	51	2,627	0,818		
	Lisans	80	2,550	0,745		
	Yüksek lisans ve doktora	9	2,667	0,866		

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Planlama sorunlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $F=1,906$ ;  $p=0,130>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Yöneltilme (yürütme) sorunlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $F=2,965$ ;  $p=0,033<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin Planlama sorunları, lisans mezunu olan hemşirelerin Planlama sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $F=1,102$ ;  $p=0,349>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Örgütlenme sorunlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $F=3,029$ ;  $p=0,031<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda lisans mezunu olan hemşirelerin Örgütlenme sorunları, yüksek lisans ve doktora mezunu olan hemşirelerin Örgütlenme sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Eğitim sorunlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $F=4,284$ ;  $p=0,006<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin Eğitim sorunları, lisans mezunu olan hemşirelerin Eğitim sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Koordinasyon sorunlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=0,142$ ;  $p=0,935>0,05$ ).

**Hipotez:**

$H_0$ : Hemşirelerin örgütsel sorunları, kurumda çalışma süresine göre değişim göstermemektedir.

$H_1$ : Hemşirelerin örgütsel sorunları, kurumda çalışma süresine göre değişim göstermektedir.

**Tablo 9. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	0-3	89	3,006	0,780	1,046	0,385
	3-6	44	3,270	0,849		
	6-10	26	3,147	0,778		
	10-15	24	2,958	0,673		
	15 yıl ve üstü	23	3,101	0,776		
Yönetme (yürütme)	0-3	89	2,936	0,750	0,392	0,814
	3-6	44	3,091	0,769		
	6-10	26	3,019	0,548		
	10-15	24	3,049	0,599		
	15 yıl ve üstü	23	2,986	0,712		
Denetleme/ kontrol	0-3	89	3,331	0,668	1,198	0,313
	3-6	44	3,324	0,865		
	6-10	26	3,192	0,701		
	10-15	24	3,198	0,824		
	15 yıl ve üstü	23	2,978	0,757		
Örgütlenme	0-3	89	2,184	0,615	1,810	0,128
	3-6	44	2,409	0,794		
	6-10	26	2,397	0,811		
	10-15	24	2,528	0,856		
	15 yıl ve üstü	23	2,507	0,858		
Eğitim	0-3	89	3,275	0,869	1,039	0,388
	3-6	44	3,295	0,960		
	6-10	26	3,423	0,966		
	10-15	24	3,667	0,670		
	15 yıl ve üstü	23	3,283	0,915		
Koordinasyon	0-3	89	2,534	0,702	0,341	0,850
	3-6	44	2,670	0,915		
	6-10	26	2,558	0,668		
	10-15	24	2,688	0,845		
	15 yıl ve üstü	23	2,587	0,807		



Araştırmaya katılan Hemşirelerin örgütsel sorunları kurumda çalışma süresine göre değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ).

### Hipotez:

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, bulunduğu pozisyonda çalışma süresine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, bulunduğu pozisyonda çalışma süresine göre değişim göstermektedir.

**Tablo 10. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Süresine Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	0-3	69	2,920	0,740	2,350	0,056
	3-6	69	3,268	0,825		
	6-10	26	3,218	0,868		
	10-15	27	3,052	0,752		
	15 yıl ve üstü	15	2,833	0,488		
Yönetme (yürütme)	0-3	69	2,901	0,783	1,217	0,305
	3-6	69	3,082	0,729		
	6-10	26	3,154	0,641		
	10-15	27	3,000	0,543		
	15 yıl ve üstü	15	2,789	0,562		
Denetleme/ kontrol	0-3	69	3,254	0,654	2,986	<b>0,020</b>
	3-6	69	3,431	0,770		
	6-10	26	3,308	0,776		
	10-15	27	3,000	0,815		
	15 yıl ve üstü	15	2,850	0,680		
Örgütlenme	0-3	69	2,145	0,694	1,896	0,113
	3-6	69	2,454	0,725		
	6-10	26	2,385	0,787		
	10-15	27	2,358	0,784		
	15 yıl ve üstü	15	2,533	0,834		
Eğitim	0-3	69	3,188	0,920	1,529	0,195
	3-6	69	3,449	0,836		
	6-10	26	3,346	1,084		
	10-15	27	3,593	0,636		
	15 yıl ve üstü	15	3,133	0,915		
Koordinasyon	0-3	69	2,457	0,695	1,800	0,130
	3-6	69	2,775	0,868		
	6-10	26	2,538	0,706		
	10-15	27	2,611	0,789		
	15 yıl ve üstü	15	2,400	0,604		

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Planlama sorunlarının bulunduğu pozisyonda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=2,350$ ;  $p=0,056>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Yönetme (yürütme) sorunlarının bulunduğu pozisyonda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=1,217$ ;  $p=0,305>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunlarının bulunduğu pozisyonda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $F=2,986$ ;  $p=0,020<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda; bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 3-6 yıl olan hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunları, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 10-15 ve 15 yıl ve üstü olan hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Örgütlenme sorunlarının bulunduğu pozisyonda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=1,896$ ;  $p=0,113>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Eğitim sorunlarının bulunduğu pozisyonda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=1,529$ ;  $p=0,195>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Koordinasyon sorunlarının bulunduğu pozisyonda çalışma sũresi değişkenine gũre anlamlı bir farklılık gũsterip gũstermediđini belirlemek amacıyla yapılan tek yũnlũ varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=1,800$ ;  $p=0,130>0,05$ ).

**Hipotez:**

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, mesleki deneyim süresine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, mesleki deneyim süresine göre değişim göstermektedir.

**Tablo 11. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının Mesleki Deneyim Süresine Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	0-3	39	2,889	0,741	1,108	0,357
	3-6	51	3,033	0,808		
	6-10	35	3,300	0,824		
	10-15	43	3,118	0,798		
	15-20	17	3,088	0,638		
	20+	21	3,151	0,797		
Yönetme (yürütme)	0-3	39	2,868	0,864	0,844	0,520
	3-6	51	2,928	0,619		
	6-10	35	3,119	0,817		
	10-15	43	3,023	0,587		
	15-20	17	3,196	0,501		
	20+	21	3,000	0,766		
Denetleme/ kontrol	0-3	39	3,365	0,656	1,477	0,199
	3-6	51	3,211	0,695		
	6-10	35	3,421	0,730		
	10-15	43	3,099	0,833		
	15-20	17	3,456	0,792		
	20+	21	3,060	0,798		
Örgütlenme	0-3	39	2,188	0,679	0,779	0,566
	3-6	51	2,288	0,686		
	6-10	35	2,448	0,775		
	10-15	43	2,310	0,747		
	15-20	17	2,451	0,816		
	20+	21	2,492	0,898		
Eğitim	0-3	39	3,256	0,924	2,024	0,077
	3-6	51	3,206	0,890		
	6-10	35	3,257	1,039		
	10-15	43	3,709	0,537		
	15-20	17	3,176	0,999		
	20+	21	3,381	0,921		
Koordinasyon	0-3	39	2,436	0,630	0,727	0,604
	3-6	51	2,588	0,719		
	6-10	35	2,686	0,884		
	10-15	43	2,674	0,786		
	15-20	17	2,706	0,920		
	20+	21	2,452	0,805		

Araştırmaya katılan Hemşirelerin örgütsel sorunları mesleki deneyim süresine göre değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ).

**Hipotez:**

H<sub>0</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre değişim göstermemektedir.

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin örgütsel sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre değişim göstermektedir.

**Tablo 12. Hemşirelerin Örgütsel Sorunlarının İşinin Gerektirdiği Eğitim Düzeyi Düşüncesine Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Planlama	Sağlık meslek lisesi	31	3,478	0,846	7,457	<b>0,000</b>
	Ön lisans	16	3,354	0,900		
	Lisans	115	2,873	0,713		
	Yüksek lisans ve ya doktora	44	3,265	0,712		
Yönetme (yürütme)	Sağlık meslek lisesi	31	3,419	0,791	7,925	<b>0,000</b>
	Ön lisans	16	3,156	0,695		
	Lisans	115	2,810	0,681		
	Yüksek lisans ve ya doktora	44	3,136	0,548		
Denetleme/kontrol	Sağlık meslek lisesi	31	3,234	0,824	3,355	<b>0,020</b>
	Ön lisans	16	3,547	0,666		
	Lisans	115	3,135	0,763		
	Yüksek lisans ve ya doktora	44	3,489	0,605		
Örgütlenme	Sağlık meslek lisesi	31	2,409	0,792	2,190	0,090
	Ön lisans	16	2,750	0,890		
	Lisans	115	2,299	0,723		
	Yüksek lisans ve ya doktora	44	2,227	0,681		
Eğitim	Sağlık meslek lisesi	31	3,452	1,028	0,606	0,612
	Ön lisans	16	3,500	0,707		
	Lisans	115	3,274	0,872		
	Yüksek lisans ve ya doktora	44	3,398	0,893		
Koordinasyon	Sağlık meslek lisesi	31	2,726	0,805	1,398	0,245
	Ön lisans	16	2,875	0,719		
	Lisans	115	2,517	0,740		
	Yüksek lisans ve ya doktora	44	2,580	0,835		

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Planlama sorunlarının işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7,457$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda; işinin gerektirdiği eğitim düzeyinin lisans olduğunu düşünen hemşirelerin Planlama sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyinin sağlık meslek lisesi ve yüksek lisans ve ya doktora olduğunu düşünen hemşirelerin Planlama sorunlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Yönelme (yürütme) sorunlarının işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7,925$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda; işinin gerektirdiği eğitim düzeyinin lisans olduğunu düşünen hemşirelerin Yönelme (yürütme) sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyinin sağlık meslek lisesi ve yüksek lisans ve ya doktora olduğunu düşünen hemşirelerin Yönelme (yürütme) sorunlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemşirelerin Denetleme/ kontrol sorunlarının işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,355$ ;  $p=0,020<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Tukey analizi sonucunda; işinin gerektirdiği eğitim düzeyinin ön lisans olduğunu düşünen hemşirelerin Denetleme (kontrol) sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyinin sağlık meslek lisesi ve lisans olduğunu düşünen hemşirelerin Denetleme (kontrol) sorunlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan Hemřirelerin Örgütlenme sorunlarının işinin gerektirdiği eğitim düzeyi dūřüncesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=2,190$ ;  $p=0,090>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemřirelerin Eđitim sorunlarının işinin gerektirdiği eğitim düzeyi dūřüncesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=0,606$ ;  $p=0,612>0,05$ ).

Araştırmaya katılan Hemřirelerin Koordinasyon sorunlarının işinin gerektirdiği eğitim düzeyi dūřüncesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır( $F=1,398$ ;  $p=0,245>0,05$ ).

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Klinik hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlar ve bu sorunların çalıştıkları kurum ve bazı değişkenlere göre farklılaşma durumunun incelendiği araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

Araştırmaya katılan hemşirelerin en çok yaşadıkları örgütsel sorunların eğitim ile ilgili olduğu, en az yaşadıkları örgütsel sorunun ise örgütlemekten kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. 5 üzerinden yapılan değerlendirmede hemşireler yaşadıkları örgütsel sorunlara ilişkin olarak verdikleri yanıtların ortalaması şöyle gerçekleşmiştir: planlamaya ilişkin örgütsel sorunların ortalama puanı; 3,085, yönetmeden kaynaklanan sorunların ortalama puanı; 2,998, denetlemekten kaynaklanan örgütsel sorunların ortalama puanı; 3,257, örgütlemekten kaynaklanan örgütsel sorunların ortalama puanı;2,335, eğitimden kaynaklanan örgütsel sorunların ortalama puanı; 3,345 ve koordinasyondan kaynaklanan örgütsel sorunların ortalama puanı;2,590'dır. Çıkan sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde; hemşirelerin örgütsel anlamda ciddi sorunlarla karşı karşıya oldukları ifade edilebilir.

Hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlara ilişkin araştırmanın başında belirtilen hipotezlerin kabul ve red durumlarını içeren tablo aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 13. Araştırmanın Hipotezlerinin Kabul ve Red Durumları**

<b>Hipotezler</b>	<b>Kabul/Red</b>
Hemşirelerin Örgütsel sorunları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
Hemşirelerin örgütsel sorunları, kuruma göre değişim göstermektedir.	Kabul
Hemşirelerin örgütsel sorunları, yaşlarına göre değişim göstermektedir.	Red
Hemşirelerin örgütsel sorunları, eğitim durumuna göre değişim göstermektedir.	Kabul
Hemşirelerin örgütsel sorunları, kurumda çalışma süresine göre değişim göstermektedir.	Red
Hemşirelerin örgütsel sorunları, bulunduğu pozisyonda çalışma süresine göre değişim göstermektedir.	Kabul
Hemşirelerin örgütsel sorunları, mesleki deneyim süresine göre değişim göstermektedir.	Red
Hemşirelerin örgütsel sorunları, işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre değişim göstermektedir.	Kabul



Tablo 13’de görüldüğü üzere araştırmada belirlenen 8 hipotezin 5’i kabul edilmiş, 4’ü reddedilmiştir. Hipotezlere ilişkin ayrıntılı sonuçlara aşağıda yer verilmektedir.

Araştırmada hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlara ilişkin boyutların birbirleriyle aralarındaki ilişki korelasyon analizi yardımıyla incelenmiştir. Buradaki amaç örgütlerdeki yönetim süreçlerinin birbirleriyle bağlantılı olmasından dolayı bir boyuta ilişkin sorunun diğer bir boyuta da yansıyacağı düşüncesidir. Nitekim ulaşılan sonuç bu görüşü desteklemektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin planlamayla ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar yöneltme, denetleme ve eğitimle ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar ile istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde olduğu sonucu ortaya konulmuştur. Buna göre; planlamadan kaynaklanan örgütsel sorunları artan hemşirelerin; yöneltme, denetleme ve eğitim ile ilgili de örgütsel sorunları artmaktadır.

Araştırmamızın bu sonucu Önal’ın (2009) devlet hastanelerindeki müdürlük hizmetlerinin yönetim organizasyon sorunlarını araştırdığı araştırmasının sonuçlarıyla örtüşmektedir. Söz konusu araştırmada da yönetim organizasyonla ilgili bir boyuta ilişkin sorunun diğer boyutu da etkilediği ve o boyutta da sorun yaşanmasına nende olduğunu saptamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yöneltmeyle ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar denetleme, eğitim ve koordinasyonla ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar ile istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde olduğu sonucu ortaya konulmuştur. Buna göre; yöneltmeden kaynaklanan örgütsel sorunları artan hemşirelerin; denetleme, eğitim ve koordinasyon ile ilgili de örgütsel sorunları artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin denetlemeyle ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar, eğitim ve koordinasyonla ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar ile istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde olduğu sonucu ortaya konulmuştur. Buna göre; denetlemeden kaynaklanan örgütsel sorunları artan hemşirelerin; eğitim ve koordinasyon ile ilgili de örgütsel sorunları artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin örgütlenme ve eğitim ile ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar, koordinasyonla ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar ile istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde olduğu sonucu ortaya konulmuştur. Buna göre; örgütlenmeden ve eğitimden kaynaklanan örgütsel sorunları artan hemşirelerin; koordinasyon ile ilgili de örgütsel sorunları artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları eğitim ve koordinasyonla ilgili sorunlar çalıştıkları kuruma göre istatistiksel olarak farklılaşmazken, planlama, yöneltme, denetleme ve örgütlenme boyutlarında yaşanan sorunlar çalışılan kuruma göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı sonuca varılmıştır. Buna göre; Yavuz Selim Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin planlama, yöneltme ve denetlemeden kaynaklanan örgütsel sorunları Kartal Eğitim Hastanesi'nde ve Fatih Sultan Mehmet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerden daha fazladır. Kartal Eğitim Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin de Örgütlenme sorunları diğer hastanelerde görev yapan hemşirelerden fazladır.

Apaydın (2007) hemşirelik hizmetlerinde yönetsel ve organizasyonel sorunları araştırdığı araştırmasında da hemşirelik hizmetlerinde yaşanan örgütsel sorunların kurumlara göre farklılık gösterdiğini saptamıştır. Ancak sözü geçen araştırmada tüm boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar kaydedilmiştir. Farklılığın neden kaynaklandığı sorgulandığında ise Apaydın (2007) araştırmasında örneklem olarak bakanlık, üniversite ve özel hastanede çalışan hemşireleri aldığı, farklılığın nedeninin örneklem farklılığından kaynaklanabileceği kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlar yaşlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile farklı yaşlardaki hemşirelerin yaşadığı örgütsel sorunlar birbirlerine benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları planlama, denetleme ve koordinasyonla ilgili sorunlar eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak farklılaşmazken, yöneltme, örgütlenme ve eğitim boyutlarında yaşanan sorunlar hemşirelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı

sonunca varılmıştır. Buna göre; farklı eğitim düzeyindeki hemşireleri planlama, denetleme ve koordinasyonla ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar birbirlerine benzerlik gösterirken, Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan hemşirelerin Planlama ve eğitim ile ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar, lisans mezunu olan hemşirelerden daha fazla, lisans mezunu hemşirelerin de örgütlenmeden kaynaklanan örgütsel sorunları yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerden daha fazladır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlar kurumlarında çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile kurumlarında farklı çalışma sürelerine sahip hemşirelerin yaşadığı örgütsel sorunlar birbirlerine benzerlik göstermektedir

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlardan denetleme dışında kalan sorunlar pozisyonlarında çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır. Buna göre aynı pozisyonda farklı çalışma sürelerine sahip hemşirelerin denetlemeden kaynaklanan örgütsel sorunlar dışında yaşadıkları sorunlar birbirlerine benzerlik gösterirken, 3-6 yıl aynı pozisyonda çalışan hemşirelerin denetleme ile ilgili örgütsel sorunları 10-15 ve 15 yıl üzeri aynı pozisyonda çalışan hemşirelerden fazladır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlar mesleki deneyimlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile farklı deneyim sürelerine sahip hemşirelerin yaşadığı örgütsel sorunlar birbirlerine benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunlardan örgütlenme, eğitim ve koordinasyondan kaynaklanan sorunlar; işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı, planlama, yöneltme ve denetme ile ilgili yaşadıkları örgütsel sorunların ise işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Buna göre; işinin gerektirdiği eğitim düzeyi düşüncesi farklı olan hemşirelerin yaşadıkları örgütlenme, eğitim ve koordinasyondan kaynaklanan örgütsel sorunlar birbirlerine benzerlik gösterirken, işinin gerektirdiği eğitim

düzeyinin lisans olduğunu düşünen hemşirelerin planlama, yöneltme ve denetleme ile ilgili yaşadıkları örgütsel sorunlar diğer düşüncedeki hemşirelerden düşüktür.

*Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:*

- Hastanelerde minimum düzeyde örgütsel sorunla karşılaşmak için; hastane yöneticilerinin tıp kökenli doktorlar yerine, sağlık yönetimi alanında eğitim almış bireyler tarafından yönetilmesi önerilmektedir.
- Hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesinde oldukça önemli rol ve görevleri bulunan yönetici hemşirelerin yönetimle ilgili hizmet içi eğitimlere ve seminerlere tabi tutulması gerekir.
- Hemşirelerin yaşadıkları örgütsel sorunların neden kaynaklandığına dair kurum içerisinde belirli aralıklarla anketler düzenlenmeli ve bu anket sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- İş analizleri, iş tanımları yapılarak görev, yetki ve sorumluluklar açık ve net bir şekilde belirlenmelidir.
- Hemşirelerin görev yerleri belirlenirken bilgi, beceri ve eğitimi dikkate alınmalıdır.
- Yönetim, çalışanlarıyla arasında karşılıklı saygı ve güven duygusu yaratmaya çalışılmalıdır. Örgüt çalışanları için uygun olan iş doyumunu sağlayacak yöntemleri uygulaması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

- Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbaacılık.
- Aldemir C., Ataol A. ve Budak G. (2001). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 4. Baskı. İzmir. Barış Yayınları.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Apaydın, K. (2007). *Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Arcak, R. ve Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Aslan, Ş. (2003). *Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bahadır, Ö. (2010). *Hastanelerde Halkla İlişkiler Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bingöl, D. (2003). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 5. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- Biol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: Etki Matbaacılık.
- Budak, G. ve Budak, G. (2004). *İşletme Yönetimi*. İzmir: Hayat Yayıncılık.
- Can, H., Akgün A. ve Kavuncubaşı Ş. (2001). *Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi*. 4. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Can, H., Tuncer, D. ve Ayhan, Y. (1986). *Genel İşletmecilik Bilgileri*. Ankara: Tipo Matbaacılık.
- Çamcı, M. (2007). *Sağlık Yönetimi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çevikbaş R. (2002). *Hizmet İçi Eğitim ve Türk Merkezi Yönetimindeki Uygulaması*. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım.

- Çıraklı, Z. L. ve Sayım, F. (2009). *Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi*. Uluslar arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi'nde sunulan Bildiri, Antalya-Türkiye.
- Dinçer, Ö. ve Fidan, Y. (2009). *İşletme Yönetimine Giriş*. 7. Baskı. İstanbul: Alfa Yayıncılık.
- Efil, İ. (2009). *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul: Alfa Akademi Basım Yayım Dağıtım.
- Ertürk, M. (2009). *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*. 4. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Genç, N. (2007). *Yönetim ve Organizasyon Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar*. Genişletilmiş 3. Baskı. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Genç, N. (2008). *Meslek Yüksek Okulları İçin Yönetim ve Organizasyon* 2. Baskı. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Görpelioğlu, S.(2009). Sağlıkın Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Rolü. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, Tanıtım Sayısı, 36-41.
- Gül H. (2000). Türkiye'de Kamu Yönetiminde Hizmet İçi Eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (3).
- Gümüş, Ö. (2005). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güney, S. (2000). *Yönetim ve Organizasyon El Kitabı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Gürol, M. ve Turhan, M. (2004). *Yönetim Fonksiyonları Bağlamında Uzaktan Eğitim Yönetimi*. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6-9 Temmuz, Malatya.
- Gürüz, D. ve Gürel, E. (2006). *Yönetim ve Organizasyon*,
- Işık, A. (1998). *Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Işık, A. ve diğerleri (1997). *Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi*. Ankara.

- Karadağ, G. ve Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 42- 51.
- Karaege, Ö. (2001). *Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kavuncubaşı, Ş. (2004). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2007). Hastane Organizasyon Yapısı. *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Keçe, F. (2010). Sağlık Hizmetleri. 11.10.2010, [www.eskisehir.saglik.gov.tr/egitim/sunum/saglik\\_hizmetleri.ppt](http://www.eskisehir.saglik.gov.tr/egitim/sunum/saglik_hizmetleri.ppt)
- Kısa, A. (2002). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemi. *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir.
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. 8. Baskı. İstanbul: Arıkan Basım Yayım.
- Küçükilhan, M. ve Lamba, M. (2007). Üniversite Hastanelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar (Hasta Hakları Örnek Olayı). Afyon Kocatepe Üniversitesi, *İ.İ.B.F. Dergisi*, IX (11), 11- 138.
- MEGEP, (2007). *Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri*, Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı, [http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/halkla\\_iliskiler/moduller/organizasyon\\_hizmet\\_alanlari.pdf](http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/halkla_iliskiler/moduller/organizasyon_hizmet_alanlari.pdf)
- Mucuk, İ. (2008). *Modern İşletmecilik*. Gözden Geçirilmiş 16. Baskı. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Önal, G. (2000). *Temel İşletmecilik Bilgisi*. Üçüncü Baskı. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Önal, K. (2009). *Devlet Hastanelerindeki Müdürlük Hizmetlerinin Yönetim Organizasyon Sorunları ve Çözüm Önerileri: Kütahya Devlet Hastanelerinde Örnek Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Özdemir, M. (2009). Türkiye’de Hastaneler İçin Yeni Organizasyon Modeli İhtiyacı. 08.12.2009, <http://mahmutozdemir.com/mahmutozdemir/2007/03/01/turkiyede-hastaneler-icin-yeni-organizasyon-modeli-ihtiyaci/>

- Özgener, Ş. ve Küçük, F. (2008). Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 341-358.
- Özsarı, H. (2009). Sağlık hizmetlerinin Özellikleri. <http://www.saglikpaneli.com>
- Özsemerci, K. (2004). Sağlık Yardımlarının Adaletli Sunulması: Tedavi Yönetmeliklerinin Karşılaştırılması. *Sayıştay Dergisi*, 52, 85-99.
- Öztek, Z. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1, ( 39).
- Öztürk, M.N. (2003). Hizmet içi Eğitim Uygulamaları, Üniversite, Sanayi ve Endüstri İşbirliği, Elektrik, Elektronik, Bilgisayar Mühendislikleri Eğitimi. *1. Sempozyumu*, [http://www.emo.org.tr/ekler/4e36c5ff5f6a180\\_ek.doc](http://www.emo.org.tr/ekler/4e36c5ff5f6a180_ek.doc).
- Palabıyık, H. (2004). Yönetimden Yönetişime Geçiş ve Ötesi Üzerine Kavramsal Açıklamalar. *Amme İdaresi Dergisi, TODAİE*, 37 ( 1) 63- 85.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Tokol, T. (2005). *İşletme*. 6. Baskı. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. [aksay.org/files/sedat08.doc](http://aksay.org/files/sedat08.doc).
- Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. *Toplum ve Hekim*,10 (68), 38.
- Sayıştay Başkanlığı (2005). Performans Denetimi Raporu. *Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi*, s.11-77. <http://www.sayistay.gov.tr>.
- Seçim, H. (2010). Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim ve Organizasyon Modeli Önerisi. 02.01.2010, <http://www.merih.net/m1/hastmod3.htm>.
- Soyer, A. (2007). AKP’ nin Sağlık Raporu. İstanbul: Evrensel Yayın.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Swansburg, R.C. ve Swansburg R.S. (2002). *Introduction To Management And Lidership For Nurse Managers*. Third Edition. By Jones And Bartlett Publishers.
- Şakar, A.Y. (1999). *Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. İstanbul: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayın.



- Şaşmaz, N. (2001). *Hastane Yöneticiliğinin Başarısında Halkla İlişkilerin Rolü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şencan H. ve Erdoğan N. (2001). *İşletmelerde Eğitim İhtiyacının Analizi*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Şimşek Ş. (2002). *Yönetim ve Organizasyon*. 7. Baskı. Konya: Günay Ofset.
- Şimşek, M. ve Çelik, A. (2009). *Yönetim ve Organizasyon*. Konya: Eğitim Akademi Yayınları.
- Temür, Y. ve Bakırcı, F. (2008). Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir Vza Uygulaması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, X (3), 61- 82.
- Tengilimoğlu, D., Atilla, A. ve Bektaş, M. (2008). *İşletme Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tokat, B. ve Şerbetçi, D. (2001). *İşletmecilik Bilgisi*. İstanbul: Avcı Ofset.
- Tokat, M. (2000). *Sağlık Ekonomisi*. Eskişehir: A. Ü. AÖF. Ya.
- Tosun, N. (2010). Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü. 01.07.2010, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/102.pdf>
- Uçar, F. (2007). *Kamu ve Özel Hastanelerin Sağlık Personeline Yönelik Bir Uygulama*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
- Ülgen, H. ve Mirze S.K. (2007). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. 4. Baskı. İstanbul: Arıkan Yayıncılık
- Vaizoğlu, S.A. ve diğerleri (2005). Bir Üniversitenin İki Sağlık Merkezine Başvuranların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. (4), 25-35
- Velioğlu, P.(1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*. İstanbul: Alaş Ofset.
- WHO (2010). 29.09.2010, <http://www.euro.who.int>.
- Witter, S. (2002). *Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transitional Countries*. Centre For Health Economics University of York.

Yardıml, N., L Gögen, S. ve Mollahalilođlu, S. (2009). Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dñnyadave Tñrkiye'de Mevcut Durum. *İstanbul Tıp Fakñltesi Dergisi*, 72 (1), 29-35.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yñnetmeliđi (2005). İlk Yayım Tarihi 13 Ocak 1983 Tarih ve 17927 Sayılı Resmi Gazete'de Yayım lanmıştır. Yñnetmelikte Yapılan Deđiřikliđin Yayım Tarihi 05 Mayıs 2005 Tarih ve 25806 Sayılı Resmi Gazete'de Yayım lanmıştır.

Yılmaz, M. (2004). Bir Örgüt Olarak Bilgi Merkezlerinde Yñnetim ve Yñnetici. *Tñrk Kñtñphaneciliđi Dergisi*, 18 (2), 163–184.

Yñzer, S., Alıcı, D. ve Yiđit, R. (2008). Pediatri Hemřirelerinin Rollerini Ve Fonksiyonları Ölçeđinin Uygulanmasının Geliştirilmesi: Gñvenirliđi ve Geçerliliđi. *Atatñrk Ûniversitesi Hemşirelik Yñksekokulu Dergisi*, 11(4), 19- 29.

## **EKLER**

Anket Formu

Klinik Hemşireliği Hizmetlerinde Örgütsel Sorunların İncelenmesi

Değerli meslektaşım,

Bu araştırma Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi için Yard. Doç. Dr.Haluk TANRIVERDİ danışmanlığında yapılmaktadır. İsim belirtmenize gerek yoktur. Amaç klinik hemşireliği hizmetlerinde örgütsel sorunların incelenmesi ve bunlara ilişkin çözüm yollarını araştırıp ilişkilerin iyileştirilmesidir. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Güneş SÖĞÜT

Yard.Doç.Dr.Haluk TANRIVERDİ

B Ü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı  
Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

B Ü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı  
Hastane ve Sağlık Kur. Öğr. Üyesi

## **DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER**

**1.Çalıştığınız kurumun adı nedir? .....**

**2. Çalıştığınız klinik adı nedir?**

- a) Enfeksiyon Hastalıkları b) Dahili birimler c) Cerrahi Birimler  
d) Göğüs Hastalıkları e) Ortopedi ve Travmatoloji f) Kadın Doğum ve  
Hastalıkları h) Çocuk Hastalıkları ı)Yoğun Bakım..... i)  
Diğer(lütfen belirtiniz) .....

**3.Kurumdaki göreviniz nedir?**

- a) Başhemşire / Hemşirelik Hizmetleri Müdürü b) Başhemşire Yardımcısı /  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Yardımcısı c) Servis Sorumlusu Hemşire d)  
Gece Sorumlusu e) Hemşire

**4. Yaşınız nedir?**

- a) 18-24 b) 25-30 c) 31-36 d) 37-44 e) 44 üstü

**5.Eğitim Durumunuz nedir? (lütfen noktalı alanları doldurunuz)**

- a) Sağlık Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans..... d) Yüksek  
Lisans..... e) Doktora.....

**6.Çalıştığınız kurumda çalışma yılınız ne kadar ?**

- a) 0-3 b) 3-6 c) 6-10 d) 10-15 e) 15-20 f) 20 ve üzeri

**7.Bulduğunuz pozisyonda çalışma süreniz ne kadar?**

- a) 0-3 b) 3-6 c) 6-10 d) 10-15 e) 15-20 f) 20 ve üzeri

## 8. Mesleki deneyiminiz ne kadar?

- a) 0-3 b) 3-6 c) 6-10 d) 10-15 e) 15-20 f) 20 ve üzeri

## 9.İşinizin gerektirdiği eğitim düzeyi ne olmalıdır.

- a) Sağlık meslek lisesi b) Ön lisans c) Lisans d) Yüksek lisans e) Doktora

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hemşirelik hizmetleri ile ilgili enfeksiyon, kalite, eğitim vb. gibi komiteler etkin bir şekilde faaliyet göstermektedir.					
Hasta tedavi ve bakım kalitesine dair prosedürlerin uygulanıp uygulanmadığı sürekli kontrol edilmektedir.					
Hasta memnuniyeti anketleri değerlendirilerek olumsuzlukların giderilmesine yönelik uygulamalar yapılmaktadır.					
Sicil raporumuz doğru ve adil değerlendirilmektedir.					
Kimden emir alacağım ve kime karşı sorumlu olduğum net bir şekilde belirlenmiştir.					
Çalıştığım birimde görevimin dışında iş verilmesi benden beklenen işlerin süresini olumsuz etkilemektedir.					
Eğitimime uygun bir pozisyonda hizmet vermekteyim					
Hizmet içi eğitim konuları belirlenirken hemşirelerin görüşleri alınmamaktadır.					
Yapılan göreve uygun olarak yeterli düzeyde hizmet içi eğitim alınmaktadır					
Tedavi ve bakım hizmetlerinin aksamasına neden olan ekip içi iletişim sorunları yaşıyorum					
Birimlerin birbirleriyle uyum içinde çalışmaması nedeniyle sorunlar yaşıyorum					
Kliniğimizde yeterli sayıda hemşire bulunmadığından yoğun iş yükü nedeniyle hastalara gerektiği gibi hizmet veremiyorum.					
İşimizi yaparken gerekli olacak malzeme araç ve gereç planlanmıştır, yeterli düzeyde bulunmaktadır.					
İş kazalarına ve meslek hastalıklarına yönelik gerekli önlemler alınmıştır.					
Çalışma yerimdeki fiziki ortam verimli ve etkili çalışılacak şekilde planlanmıştır.					
İşlerin nasıl yapılacağına dair kurallar ve prosedürler belirlenmediği için sıkıntı yaşıyorum.					
Alet ve cihazların kullanma talimatının bulunmaması sorunlara yol açıyor.					
Yönetici hemşireler işimizi doğru yapmamız için gerekli rehberlik hizmetlerini vermektedirler.					

Benden beklenen işlerin, iş hedeflerinin ve iş kalitesinin belirlenmesine aktif olarak katılıyorum.					
İşimizi iyi yaptığımızda yönetici hemşireler tarafından takdir ediliyoruz.					
İşimi nasıl yapacağıma karar vermede yeterince özgürüm.					
Çalıştığım birimde yaptığım işle ilgili sahip olmam gereken bilgi, yetenek, tecrübe ve sorumluluk bilgileri belirlenmiştir.					
Yönetici hemşirelerle karşılıklı beklentiler konusunda paylaşımlarda bulunuyoruz.					

## ÖZGEÇMİŞ

02.03.1981 tarih Çıldır doğumluyum. İlkokulu Yalova Müfettiş Hamdi Girgin İlköğretim Okulu'nda, Ortaokulu Yalova Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda bitirdim. Liseyi 1996-1998 yılları arasında Yalova Fatih Sultan Mehmet Lisesi'nde bitirdim. Lisans Eğitimimi 1999-2003 yılları arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nde tamamladım.

2008-2009 eğitim-öğretim döneminde Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 'Hastane ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği' bölümünde yüksek lisans eğitimime başladım.

Şu anda Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktayım.

**Aday:.....**