



T. C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAKIM DOSTU HASTANELER'İN STANDARTLARININ
BELİRLENMESİ

HAMİYET GÜVEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SEVGİ OKTAY

İSTANBUL-2007



T. C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAKIM DOSTU HASTANELER'İN STANDARTLARININ
BELİRLENMESİ

HAMİYET GÜVEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SEVGİ OKTAY

İSTANBUL-2007

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Hamiyet GÜVEN tarafından hazırlanan **"Bakım Dostu Hastaneler'in Standartlarının Belirlenmesi"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 04.10.2007

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

İmzası

Jüri Üyesi :Prof.Dr. Sevgi OKTAY
:İst. Üni. / Flor. Nigh. Hemş.YO
(Danışman)



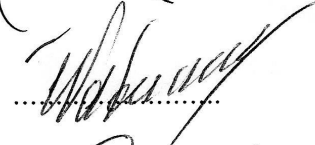
Jüri Üyesi :Prof.Dr. Tayyip ÇALIŞLAR
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



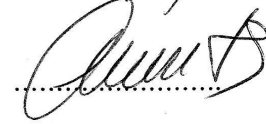
Jüri Üyesi : Prof.Dr. Adnan İŞGÖR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Doç.Dr. Aytolan YILDIRIM
:İst. Üni. / Flor. Nigh. Hemş.YO



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

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



TEŞEKKÜR

Araştırma konusu ile ilgili fikir vererek bu konuda çalışmamı teşvik eden, araştırma sũrecinin her aşamasında yol gũsteren ve yardımcı olan, desteğini ve ilgisini her zaman gũrdũęũm, engin bilgisiyle kişisel gelişimime katkıda bulunan, konuşmalarında moral bulduğum değerli hocam Prof. Dr. Sevgi Oktay'a,

Araştırma sũrecinde çeşitli konularda yardım aldığım, bilgisini ve deneyimlerini paylaşmasından fayda gũrdũęũm değerli hocalarım Prof. Dr. Semra Erdoğan'a ve Prof. Dr. Nursen Nahçivan'a,

Araştırmanın istatistiki yũnu ile ilgili gũrũřũnũ aldığım Sayın Nurten Dayıoğlu'na,

Veri toplama formunun dũzenlenmesine katkıda bulunan Sayın Sibel Gũnũlsũz'e ve ilgili kaynaklara ulaşmama yardımcı olan Sayın Saliha Koç'a,

Yardımlarını ve desteklerini esirgemeyerek her zaman yanımda olan Aileme en içten teřekkũrler

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

I. TEŞEKKÜR.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. KISALTMALAR.....	III
IV. TABLOLAR LİSTESİ	IV
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4. 1. Sağlık Hizmetlerine Özgü Kalite Değerlendirme Mekanizmaları.....	5
4. 1. 1. Akreditasyon Sistemi.....	5
4. 1. 1. 1. JCAHO - ISO Karşılaştırması.....	11
4. 2. Hemşirelik Hizmetlerine Özgü Kalite Değerlendirme Mekanizmaları..	13
4. 2. 1. Hasta Bakım Kalitesinin Güvenliğinin Sağlanması.....	13
4. 2. 2. Mıknatıs (Magnet) Onaylama Programı.....	21
4. 2. 2. 1. Program Değerlendirme Süreci.....	30
4. 2. 2. 2. Süreç Basamakları.....	32
4. 2. 2. 3. Magnet - JCAHO Karşılaştırması.....	36
4. 2. 2. 4. Magnet Onaylama Programının Yararları.....	38
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
6. BULGULAR.....	44
7. TARTIŞMA	87
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
9. EKLER.....	94
10. KAYNAKLAR.....	124
11. ÖZGEÇMİŞ.....	128

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACHCS: Australian Council on Health Care Standart

ANA: American Nurses Association

ANCC: American Nurses Credentialing Center

CCHA: Canada Council on Hospital Accreditation

CEO: Chief Executive Officer

CNO: Chief Nursing Officer

H.Y.O.: Hemşirelik Yüksekokulu

ICN: International Council of Nurses

ISO: International Organization for Standardization

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization

JCI: Joint Commission International

Ö.E.: Öğretim Elemanı

S.Y.O.: Sağlık Yüksekokulu

Y.H.: Yönetici Hemşireler

TEZDE KULLANILAN TABLOLAR

Sayfa No:

Tablo 1 A:	Katılımcıların Eğitim Durumları.....	46
Tablo 1 B:	Katılımcıların Unvanları.....	46
Tablo 1 C:	Katılımcıların Deneyimleri ve Standartlara (Özelliklere) İlişkin Bilgi Durumları.....	47
Tablo 2 A-Tablo 2 G:	Katılımcıların “Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	48-50
Tablo 3 A-Tablo 3 C:	Katılımcıların “Kurumsal Yapı”yı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	50-51
Tablo 4 A-Tablo 4 C:	Katılımcıların “Yönetim Biçimi”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	51-52
Tablo 5 A-Tablo 5 K:	Katılımcıların “Personel Politikaları ve Programları”nı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	52-56
Tablo 6 A-Tablo 6 Ç:	Katılımcıların “Profesyonel Bakım Modelleri”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	57-58
Tablo 7 A-Tablo 7 D:	Katılımcıların “Bakımın Kalitesi”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	58-59
Tablo 8 A-Tablo 8 Ç:	Katılımcıların “Kaliteyi Geliştirme”yi Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	60-61
Tablo 9 A-Tablo 9 D:	Katılımcıların “Danışmanlık ve Kaynaklar”ı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	61-62
Tablo 10 A-Tablo 10 D:	Katılımcıların “Otonomi”yi Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	63-64
Tablo 11 A-Tablo 11 C:	Katılımcıların “Toplum ve Sağlık Kurumu”nu Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	64-65
Tablo 12 A-Tablo 12 E:	Katılımcıların “Eğitimci Olarak Hemşireler”i Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	65-67
Tablo 13 A-Tablo 13 B:	Katılımcıların “Hemşireliğin İmajı”nı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	67-68
Tablo 14 A-Tablo 14 D:	Katılımcıların “Disiplinler Arası İlişkiler”i Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	68-69
Tablo 15 A-Tablo 15 Ç:	Katılımcıların “Profesyonel Gelişim”i Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri.....	70-71
Tablo 16:	Katılımcıların Kurumlarına Göre “Bakım Dostu Hastanelerin Özellikleri” İle İlgili Görüşleri.....	72-74

Tablo 17 A:	Katılımcıların “Bakım Dostu Hastaneler”e İlişkin Sıklıkla Seçilen Özelliklerin Ulaşılabilirliğine Dair Görüşleri.....75-78
Tablo 17 B:	Katılımcıların “Bakım Dostu Hastaneler”e İlişkin Sıklıkla Tercih Ettiği Özelliklerin Toplam Puanlarına Göre Sıralaması.....79-85
Tablo 17 C	“Bakım Dostu Hastanelerin Özelliklerine / Standartlarına Ülkemizdeki Hastanelerin Ulaşılabilirliği”ne Dair Katılımcıların Görüşleri.....86-86

ÖZET

Bir ülkede birey, aile ve toplum sağlığının korunmasında ve yükseltilmesinde hemşirelik hizmetlerinin önemi büyüktür. Hemşirelik hizmetleri hasta ve sağlıklı bireye yönelik olup, bakım, tedavi, eğitim, yönetim, araştırma gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin her bileşeni kendi içinde farklı süreçlerden meydana gelir ve hizmetin niteliği, güvenilirliği bu süreçleri ölçebilecek standartların geliştirilmiş olmasına bağlıdır.

Bu araştırma, “Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetlerinin güvence altında olduğunu gösterecek standartları belirlemek” amacıyla, tanımlayıcı tipte planlanmıştır. 2006 Haziran ve 2007 Haziran ayları arasında gerçekleşmiştir.

Araştırmada iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm katılımcının bireysel özelliklerine yönelik bir bilgi formu şeklindedir. İkinci bölüm için “Magnet Hastaneler”in tayininde Amerikan Hemşireleri Kredilendirme Merkezinin gözettiği 14 ana başlık (Mıknatıs Güçler) altında toplanmış 70 standart ifadesi alınmış ve dilimize çevrilmiştir. Hemşirelik Yüksekokulları ve Sağlık Yüksekokullarında yönetim dersi veren 30 hemşire öğretim elemanının ve akreditasyon deneyimi olan hastanelerimizin 20 hemşire yöneticisinin katıldığı bu araştırma sonucunda, uluslar arası standartlara Türk hemşireliğinin ulaşabilmesi konusunda yönetici hemşirelerin her özellikte daha umutlu olduğu ve hepsini yakın yıllarda ulaşılabilir gördüğü; öğretim elemanlarının ise daha sınırlayıcı olduğu saptanmıştır. “Bakım Dostu Hastane” kavramı katılımcılar tarafından kabul görmüş, konu olumlu bulunmuştur. Magnet özelliklerinin tümü “Bakım Dostu Hastane” özellikleri olarak ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, Türk Hemşireler Derneği’nin koordinatörlüğünde, son günlerde yeniden gözden geçirilecek “Hemşirelik Standartları”nın oluşturulmasında ve “Bakım Dostu Hastane”lerin özelliklerinin saptanmasında uluslar arası hemşirelik standartlarından yararlanılabileceği kanısına varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Standartları, Hastane Standartları, Akreditasyon, Magnet Standartları.

“DETERMINING THE STANDARDS OF CARE-FRIENDLY HOSPITALS”

SUMMARY

Nursing services are very important for maintaining and improving the individual, family and social health within a country. Nursing services comprises care, medical treatment (cure), management and research, and directly involves the patient as well as the healthy person. All components of nursing services are divided into different processes and the quality of the service depends on the measurability of the nursing standards set up for these processes.

This research has been planned as a descriptive study and with the purpose of “determining the standards which prove that Nursing Services within the health institutions in Turkey are under guarantee”. The research has been commenced between June 2006 and June 2007.

An questionnaire form of two sections has been used for the research. The first section was used to identify personal information of the person filling the questionnaire. The second section was containing 70 standard items which were translated from The scale/ accreditation manual of American Nursing Accreditation Center; this Center has used 14 main subjects/headgear (Magnet Strength) to identify “Magnet Hospitals”. The research has been done among 30 nurses who were responsible of nursing management courses in nursing colleges and health colleges and 20 nurse managers with accreditation experience from the hospitals. It has been proven that nurse managers have been more optimistic about Turkish nursing reaching the international standards, more than academic personnel. “Care-Friendly Hospital” idea has been well accepted by all participants and the subject was positively received. All magnet standards have been accepted as the features for the “Care- Friendly Hospitals” too.

As a result, under the coordination of Turkish Nurses Association, “Nursing Standards” which will be re-evaluated nowadays and setting the features for the “Care-Friendly Hospitals”, has been confirmed that all can make use of international nursing standards.

Key words: Nursing, Nursing Standards, Hospital Standards, Accreditation, Magnet Standards.

GİRİŞ

Sağlık kavramı, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasını ifade eder. Bu nedenle sağlık alanında sunulan hizmetler geniş kapsamlı, nitelikli ve ölçülebilir olmalıdır. Sağlık hizmetleri doğrudan insan sağlığı ve hayatı ile ilgili hizmetlerdir. Hatalı adımlar insan hayatının kalitesinde düşme, hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Dolayısıyla sağlık sisteminde hizmeti üretirken ilk seferde kusursuzu üretmeyi amaç edinen, kaliteli bir sistem oluşturma zorunluluğu vardır (24).

Sağlık bakımında kalite, günün bilgileri ışığında verilen bakımın hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesi olarak tanımlanabilir (31). Aynı zamanda hemşirelik hizmetlerinin birey, aile ve toplumun gereksinimlerini karşılayabilme derecesi olarak ta ifade edilebilir (35).

Değişen toplum ihtiyaçları sağlık sektöründe kalite çalışmaları için bir itici güç olmaktadır. Bireylerin satın alma gücünün artışı ve kaliteli bakım alma isteğinin yaygınlaşması üretilen hizmetin kalitesini artırma zorunluluğu getirmektedir. Son yıllarda kaliteli bakım alma toplumun isteği olmuştur (24).

Günümüzde sağlık bakımında kalitenin geliştirilmesine uluslar arası ilgi artmıştır. Birçok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini ülke çapında gözden geçirmektedir. Bu çalışmalar doğrultusunda birçok ülkede akreditasyon sistemi kurulmakta ve geliştirilmektedir (25). Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmak için profesyonel standartların geliştirilmesi anahtar rol oynar. Ayrıca klinik araştırmalar, değerlendirmeler, prosedürler ve bakım planları, disiplin içi, disiplinler arası ve kurumlar arası iletişimde ve görüş birliği oluşturma da son derece önemlidir. Ancak, ne yazık ki ülkemizde bilgi, dökümantasyon ve veri oluşturma çalışmalarında önemli eksikler bulunmaktadır (3).

Standartlar kaliteyi tanımlar, kuralları, durumları, hasta yada personel ile ilgili hareketleri ve sistemleri belirler (4). Bugün artık her alanda olduğu gibi sağlık alanında ve hemşirelik hizmetlerinde de standardizasyonun gerekliliği açıkça ortadadır. Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışma günlük yaşamın bir parçası olmuşken bizde önemi yeni anlaşılmaya başlanmıştır. Sağlık sistemi içinde sürekli hizmet veren bir grup olan hemşirelerin verdikleri hizmetin kalitesini arttırmak için hizmet standardizasyonu yapılması şarttır (36).

Hemşirelik hizmetlerinin niteliğine göre sağlık hizmetleri değer kazanır yada yargılanır. Hemşireliğin topluma karşı görevlerini etkin yerine getirebilmesi; hemşirenin işlevlerini, hizmetin standartlarını ve niteliklerini açık seçik olarak saptaması ve bunu tüm ilgililere yeterli ölçüde duyurması sonucunda mümkün olabilir (28).

Hemşirelik hizmetlerinde standartları saptamak meslek sahiplerinin sorumluluğundadır. Hemşirelik ile ilgili kararların mesleki formasyonu olmayan kişi ve kuruluşlarca alınması, hemşirelik bakımına olumsuz olarak yansır (35).

Hemşirelik uygulamaları bireyin sağlığının sürdürülmesinin yanı sıra hastaya gerekli bakımda optimum sonuca ulaşabilmek için uygulanan hemşirelik standartlarını içerir. Standartların belirlenmesi, hemşirelik hizmetlerinin daha nitelikli ve güvenilir olması, hizmetin kontrol ve değerlendirilmesi, insan gücü ve diğer kaynakların daha iyi kullanılması, kuruma ekonomik kazanç sağlanması, çalışanların iş doyumunun artması için gereklidir.

Günümüzde sağlık kuruluşları uluslararası kurumlar aracılığı ile uluslararası standartlar rehberliğinde kalite güvenliğini belgeleme çabasıdadır (21).

Ülkemizde bakımla ilgili kontrol, denetleme ve değerlendirmelerin yeterince yapılmadığını görüyoruz. Bakımın kalitesini artırma ve güvenceye almada yeni uygulama projeleri hazırlanmalıdır (40).

Yine sistemli kontroller olmadığı için hasta tepkileri, hizmetlerin tekrarı, yanlış kullanımı ve niteliksiz bakım ortaya çıkmaktadır. Kaliteli hizmet sunumu için hükümetler tarafından belirtilen hasta bakım ölçütlerinin uygulanması ile hemşirelik kuruluşları tarafından belirtilen hemşirelik standartlarının uygulanması gerekmektedir (17). Bu durumda bakımın niteliğinin güvenceye alınmasında ülkemizin yapısına uygun hemşirelik bakım standartlarına gereksinim vardır. Bunun için uluslar arası standartlar ülkemizin özel koşullarına göre uyarlanabilir ve kaynak israfı önlenir (25).

Mükemmel bir hasta bakımı sunmada rehber alınacak standartların belirlenmesi, bakımın kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesinde yararlı sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bu bilgiler ışığında “Bakım Dostu Hastane” kavramının hayat bulacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın amacı, Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetlerinin güvence altında olduğunu gösterecek standartları belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

4. 1. Sağlık Hizmetlerine Özgü Kalite Değerlendirme Mekanizmaları

4. 1. 1. Akreditasyon Sistemi

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelmektedir. Bir ürünün müşterinin tatmin olabilmesi için algıladığının, beklentilerine eşit ya da fazla olması gerekmektedir. Bu sağlanabilirse rekabet üstünlüğü yakalanabilir (29).

Daha genel bir ifade ile hastane hizmetlerinde kalite, “hastaların istek ve ihtiyaçlarının, hastane kaynaklarının verimli kullanılarak minimum bir harcama ile gerçekleştirilmesi” olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmeti alanlar, yüksek kaliteli sağlık hizmetinin nitelik, maliyet ve süre açısından en iyi özelliklere sahip olmasını isterler. Hizmeti veren profesyonellerin amaçları da bilgilerini arttırmak ve sonuçları etkili olan hizmetler vermektir. Sağlık hizmeti veren yöneticilerin temel yaklaşımı da bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltecek hizmeti sunabilmektir (30).

Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personeli belirlemektedir. Personel için yapılan harcamalar, tüm hastane giderlerinin üçte ikisini oluşturmaktadır. Bir başka deyişle kaliteyi etkileyen en önemli unsurlardan biri de hastanede çalışan personeldir. Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirebilmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmalıdırlar. Personel, emek yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Hastanenin etkinlik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan ilişkilidir (14).

Türkiye hastane işletmeciliği sektörü, büyük çoğunluğu kamu tarafından örgütlenip, yönetilen hastanelerden oluşmakta ve bu sektörde “Kalite” kavramı ise 1990’lı yıllarla birlikte Toplam Kalite Yönetimi odaklı olarak tartışılmaktadır. Bir sistemde “Kalite” yönünden en önemli ön koşullardan birisi; müşterinin talep özgürlüğünün olmasıdır. Müşterinin talep özgürlüğünün olmaması bir yandan hizmetlerin üreten işletmece müşteriye dayatılması, diğer yandan da talebi yönlendirme yetkisini elinde tutan işletmenin ise kalite konusunda gönülsüz davranması sonucunu da doğurmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmeti müşterilerinin talep özgürlükleri bulunmaması yanında, kalite

uygunsuzluklarına karşı kendilerini koruyacakları hukuksal yapı da çok yetersiz kalmaktadır. Ayrıca, talebi belirleyen hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesi sistematik ve karşılaştırmalı olarak denetlenmemektedir.

Türk sağlık sisteminin bütününde kalitenin izlenmesi ve denetimi için gerekli standartlar bulunmadığından çoğunlukla hastanelerin performansları yatağa dayalı ham ve karşılaştırmaya olanak tanımayan istatistiksel verilerle yapılmaktadır. Türk sağlık sisteminde Toplam Kalite Yönetimi odaklı olarak tartışılan kalite kavramı 1996 yılında iki özel hastanenin uluslar arası geçerliliği olan ISO (International Organisation for Standardization) 9001 kalite güvence sistemi belgesi almaları ile farklı bir boyuta taşınmıştır (26).

Uluslar arası düzeyde hastanelerin, hasta bakımı kalite ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacını taşıyan ilk standartlar 1913 yılında American College of Surgeons tarafından geliştirilmiştir. American College of Surgeons, 1950'li yıllara kadar bu standartlar doğrultusundaki denetimlerini sürdürmüştür. Ancak denetimlerdeki artış yeni oluşumlara yol açmış ve 1951 yılında American Hospital Association, American Medical Association, American College of Physicians, Canadian Medical Association ve American College of Surgeons birleşerek Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) oluşturulmuştur. 1987 yılında bu kuruluşun adı Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations olarak değiştirilmiştir. JCAHO'nun görevi, hastanelerde veya sağlık bakımı verilen tüm kuruluşlarda, hizmet kalitesi ve standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi yönünde sistemli bir yaklaşımın geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Kuruluşun sunduğu hizmetlerde sağladığı başarının da etkisiyle 1960'lı yıllarda Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon uygulamaları yaygınlaşmıştır (26,27, 30).

Akreditasyon bir hastanenin standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi bir işlemdir. İşlem sonucunda sağlık kuruluşunun bakım kalitesini artırma amacıyla geliştirilmiş şartları karşılayıp karşılamadığı ortaya konmaktadır (30).

JCAHO kar amacı gütmeyen devletten bağımsız fakat devletle işbirliği içerisinde olan bir kuruluştur. Misyonunu sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak olarak belirlemiştir. JCAHO akreditasyon hizmetini standart geliştirerek ve organizasyonların söz konusu standartlara uygunluğunu denetleyerek gerçekleştirmektedir. JCAHO

akreditasyon hizmetlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesine yönelik eğitim programları düzenlemekte ve yayınlar çıkarmaktadır (21).

1950'li yıllara kadar ABD ile ortak akreditasyon çalışmaları yürüten Kanada, 1959 yılında kendi programına geçmiş ve bağımsız, gönüllü ve kar amaçlı olmayan bir kuruluş olan Canada Council on Hospital Accreditation (CCHA) kurulmuştur. Kanada'nın sahip olduğu sistem ABD akreditasyon sistemine çok benzemektedir (41).

1950 yılında Avustralya'da ise, Australian Council on Health Care Standart (ACHCS)'in kurulması ile başlayan standardizasyon çalışmaları ancak 1974 yılında pratik alanda uygulanmaya başlanarak ilk akreditasyon çalışması gerçekleştirilmiştir (34).

İngiltere'de Kraliyet Fonuna bağlı gönüllü bir kuruluş 1980 yılında Kanada Akreditasyon Standartlarını birkaç hastanede pilot olarak uygulamaya koymuştur. Standartların yararlı olduğu görüldükten sonra Ulusal Sağlık Hizmetlerince deneyimler ışığında revize edilen standartlar kullanılmaya başlanmıştır. Kanada standartları zamanla Ulusal Sağlık Hizmetleri standartlarına dönüşmüş ve özellikle özel sektör tarafından kamu sektör zincirinin kırılması amacı ile talep edilir hale gelmiştir. 1989 yılında Kraliyet Fonu Kalite Programı başlatılmıştır. 1991 yılında Kraliyet Fonu tarafından kurulan King's Fund Organizational Audit Kurulu'nun ismi 1998 yılında Health Quality Services olarak değiştirilmiş ve kurul 2000 yılında bağımsız bir yapıya kavuşmuştur. Kurul İngiltere'deki akreditasyon standartlarını düzenlemekte ve sürekli olarak geliştirmektedir. Aynı zamanda uluslar arası standartlar yayınlamakta ve Uluslar arası Akreditasyon Sertifikasyonu sağlamaktadır (39).

Günümüzde yaklaşık kırk ülkede akreditasyon programları uygulanmaktadır. Başlangıçta bir sayfadan oluşan standartlar bugün altı yüz sayfanın üzerindedir. Gelişerek devam eden standardizasyon çalışmalarının başlangıç dönemlerinde temel odak olarak sadece hizmet sonuçları alınmaktayken, 1960 ve 1970'li yıllarda kabul gören "Kalite Güvencesi" yaklaşımı sonucunda yapısal formatlar, yaşam güvenliği ve tıbbi personel ağırlıklı özellikler geliştirilmiş ve hizmet süreçleri de bir ölçüde değerlendirme kapsamına alınmıştır.

JCAHO 1 Ocak 1981'den itibaren etkili olan hastane kalite temini standartlarını geliştirmiştir. Bu kalite temini programı, mevcut problemlerin düzeltilmesi ve hasta bakımının geliştirilmesi amacıyla tasarlanmıştır. 1987'de başlatılan "değişim gündemi"

reform hareketinin odak noktası ise temelinde “tam hasta memnuniyetinin sağlanması”nın yattığı Toplam Kalite Yönetimi felsefesi oluşturmaktaydı (25).

1992’de Hastanelerin akreditasyonu için Manuel (Accreditation Manuel For Hospitals) ile performans geliştirici kavramlara uyum sağlayacak standartlara geçişe başlanmıştır. Akreditasyon çalışmaları ve çeşitli şikayetler halka açıklanmıştır. Tamamen gözden geçirilmiş standartlar ilk olarak 1995’de basılmış ve 1996’da yeniden yazılmıştır (19).

1998’de JCAHO, elli yıllık deneyim ve birikimi ile ABD (Amerika Birleşik Devletleri) sağlık kuruluşları için belirlenen standartları oluşturma kararını dünyaya açma kararı almıştır (5). ABD, JCAHO değişim deneyimi, akreditasyon programlarının dinamik olması, değişime hızlı uyum sağlanması, hizmet verilen kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması ve kuruluşların sürekli izlenerek değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur (25).

Joint Commission International (JCI) Akreditasyon belgesine sahip olan bir hastane, tüm dünya ülkeleri tarafından sağlıkta uluslar arası standartları karşılamış olarak kabul edilmektedir. JCI, sağlık kuruluşlarını yaklaşık 395 farklı standart ve 1015 kadar ölçülebilir element üzerinden değerlendirmektedir. JCI standartları sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesini belirlemekle kalmaz aynı zamanda; sunulan bakım hizmetinin güvenilirliğini, hasta ve ailesinin güvenliğini, hizmet sunucuların eğitim ve deneyimini, kurumsal teknolojik alt yapıyı, yönetim sistemini, insan ve bina güvenliğini ayrıca çevre yönetimi ve güvenliğini belirler (<http://www.memorial.com.tr/tr/haberler.php?haber=1&hid=52> [08. 09. 2006]).

Akreditasyon standartları genelde optimal ve uygulanabilirdir. Akreditasyon risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır. Akreditasyon sağlık hizmetlerinde risk yönetimidir. Akreditasyon, bir kurumun, hasta bakım kalitesi sağlaması, hastalar ve çalışanlar ile ilgili riskleri azaltmak için sürekli olarak çalışması yönünde güvence sağlamaktadır (2).

JCAHO değerlendirme standartları sağlık meslek derneklerinin hazırladığı standartlardan oluşmuştur. JCAHO objektiftir, denetleme yaparken, araştırmaları, istatistiksel yöntemleri kullanmaktadır. Ayrıca çevre ihtiyaçlarını ve yeteneklerini de göz önüne almaktadır. JCAHO standartları bakım verene değil bakım alana dönüktür. JCAHO şu anda erişilmesi mümkün standartlarla çalışmaktadır. Standartlar önceden saptanmış ve yayımlanmıştır, devamlı olarak güncelleştirilmektedir (11).

Katılım isteğe bağlıdır. Bununla birlikte pratikte özendirici uygulamalar yolu ile doğrudan veya dolaylı olarak sağlık organizasyonları yönlendirilebilmektedir. Akreditasyon yapan ekip genellikle bir doktor, bir hemşire ve bir yöneticiden oluşmaktadır. Ekip üyeleri gönüllü veya yarı zamanlı olarak çalışmaktadır. İstisna olarak JCAHO tam zamanlı elemanlar istihdam etmektedir.

Koşullu akreditasyon bir yıl ve tam akreditasyon üç yıl sürelidir. Ayrıca Kanada'da yeniden ziyaret şartı ile iki yıllık ve Avustralya'da mükemmel hastaneler için beş yıllık tam akreditasyon mevcuttur. Akreditasyon programları genellikle hastaneler ile başlamakta, daha sonra diğer sağlık servisleri (poliklinikler, aile hekimleri ve bakım evleri gibi) için de programlar geliştirilmektedir. Sağlık kuruluşları akreditasyon durumlarını yayınlamak, duyurmak zorundadırlar (21).

Akreditasyon kuruluşlarını genellikle sağlık kuruluşları ve tıp çalışanları oluşturur. Bunların yanında Amerika Birleşik Devletleri'nde JCAHO'nun halk arasından seçilmiş üyeleri, Avustralya ve Yeni Zelanda'daki komisyonlarda da sağlık bakanlığından üyeler mevcuttur. Bu kuruluşların ana gelir kaynağı akreditasyon servisi için alınan ücretlerdir. Ayrıca eğitim, yayınlar ve danışmanlık aktivitelerinden de gelir elde ederler. Akreditasyon kuruluşları standartlarını yayınlar ve belli aralıklarla bu standartları güncelleştirir (41).

Standartların altında yatan felsefe, kalite yönetimi ve sürekli kalite gelişimi prensiplerine dayalıdır. "Çekirdek" olarak nitelendirilen standartlar, akredite olmak isteyen her kuruluş tarafından karşılanmalıdır. Akreditasyon süreci bir ülkedeki yasal, dini ve kültürel faktörleri uyumlaştırmak için tasarlanmıştır. Hasta bakım ve emniyeti için tek düze, yüksek standartlar olmasına rağmen, bu faktörler için ülkeye özgü düzenlemeler akreditasyon sürecinin bir parçasıdır. Uluslar arası Birleşik komisyon akreditasyonu geçerli, güvenilir ve objektif olmak üzere tasarlanmıştır (2).

Standartlar, tüm sağlık hizmet kuruluşları için ortak olan önemli fonksiyonların çevresinde organize olmuştur. Standartlar, hasta bakımının sağlanması ile ilgili olan fonksiyonlar ve güvenli, etkili ve iyi yönetilmiş bir organizasyonun temini ile ilgili olanlar tarafından gruplandırılmıştır. Bu fonksiyonlar kuruluşun bütünü için geçerli olduğu gibi aynı zamanda kuruluş içindeki her bir departman, birim veya hizmet için de geçerlidir. Araştırma süreci, bu düzeydeki standartlara uyum konusundaki bilgiyi toplar,

fakat akreditasyon kararı kuruluşun tamamı boyunca bulunan uygunluğun genel düzeyine dayandırılır (21, 39).

Bir standardın ölçülebilir bileşenleri, akreditasyon araştırma sürecinde gözden geçirilecek ve bir skor verilecek olan standarda ve amacına ait koşullardır. Ölçülebilen bileşenler basit olarak standarda tamamen uygunluk için gerekli olan şeyleri listeler. Her bir bileşen standart veya amaç ifadesi içinde zaten yer almıştır.

JCI araştırmasının kapsamı, başvuran kuruluşun standartlarla ilgili tüm fonksiyonlarını ve hastaya hizmet sunulan ortamların tamamını içerir. Akreditasyonu kazanabilmek için kuruluşlar tüm çekirdek ve çekirdek olmayan standartlarda kabul edilebilir uygunluk göstermelidirler ve bu standartlarda asgari bir sayısal skora ulaşmalıdırlar. JCI'nin gizlilik politikası, akreditasyon süreci sırasında bir kuruluşun toplanan bilgilerin açıklanmasını yasaklar. JCI'nin kamuya sağlayacağı tek bilgi bir kuruluşun akreditasyon durumudur, yani bir kuruluşun akredite olup olmadığı bilgisidir (21).

Akreditasyonun Yararları:

Profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla iş birliği.

Sağlık hizmeti sunum sürecindeki farklı personel gruplarının kalite faaliyetleri ile becerilerini bir araya getirme.

Uygun olmayan durumların belirlenmesi ve düzeltilmesi için öz değerlendirme yapılarak standartların başarılmaması.

Sağlık kuruluşunun toplumdaki imajını artırma.

Hizmet sunum sürecinde çalışanların kuruluşlarına olan inanç ve güvenini artırma (11).

Bakım kalitesi yükseltilir. Süreçler objektif olarak ölçülür ve izlenir.

Hasta güvenliği ile ilgili konulara odaklanarak bu konuda beklentilerin üzerinde hizmet sunulması.

Çalışan memnuniyetinin artması.

Organizasyonun kendi içinde değerlendirilmesinin sağlanması.

Yeni uygulamaların takip edilmesi. Benzer kuruluşlarla karşılaştırma yapılmasını sağlaması (39).

Birden çok uzmanlık dalının aynı anda hastaya müdahale edebilmesi için sistem oluşturması.

Hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylanmasını takiben yetkilendirilmesi.

Sağlık hizmeti sunan tüm kadroların sürekli mesleki eğitimlerinin yaptırılması.

Sağlık hizmeti sunumuna yönelik çevre kurum ve kuruluşlar ile resmi iş birlikleri oluşturulması.

Afet ya da kriz anlarında en geniş kitlelere emniyetle hizmet sunabilecek önlemleri önceden alması.

Sağlık hizmetinde kullanılan tüm ekipman ve tıbbi malzemelerin kullanım için emin olduğunu resmen belgeleyerek sağlaması (33).

4. 1. 1. 1. JCAHO - ISO Karşılaştırması

ISO 9000 standardının 2000 yılında hizmet sektörüne de daha kolay cevap verir bir şekilde revize edilmiş olmasına rağmen klinik süreçlerin tamamen tanımlanmasını gerektirmemesi akreditasyonun klinik çıktıların değerlendirilmesinde daha başarılı olacağı izlenimini yaratmıştır.

ISO 9001:2000 bir kuruluşta uluslar arası düzeyde Kalite Yönetim Sisteminin kurulması ve sürekli iyileştirme takiplerinin uygulanarak sistemin sürekli iyileştirilmesidir. JCI standartları ise doğru tanı ve tedavi sürecini içeren tüm kriterleri takip eden uluslar arası düzeyde yüksek bakım standartlarının karşılanmasıdır. Bu neden ile ISO, JCI için bir temel teşkil eder, ancak tek başına yeterli değildir (33).

ISO sertifikasyonu bir ürünün müşterinin istekleri doğrultusunda üretimi süreci için oluşturulmuş bir kalite sistemidir, dolayısıyla süreçler üzerinde yoğunlaşır. Akreditasyon ise bakım kalitesini ve hastalarla çalışanlara verilen hizmetin geliştirilmesini amaçlar dolayısıyla alt yapı ve klinik servislere odaklanır.

ISO standartları servis endüstrileri için geneldir ve sonuçlardan çok yapabilirlik üzerinde odaklanmıştır, sonuçları müşteri mutluluğu üzerinden değerlendirir. Akreditasyon hasta memnuniyetini dikkate almakla birlikte bu unsurun gücünün sınırlarını da hesaba katarak yasal süreçleri ve çıktıları ortaya koyar.

ISO standartları laboratuvar ve radyoloji gibi bazı servislere kolay uyum sağlamakla birlikte klinik hizmetlere uygulanmasında çok dikkatli bir yorumlama gerektirmektedir.

Akreditasyon standartları ise alımlar, ekipmanın kontrolü ve kalibrasyonu, doküman kontrolü gibi konularda ISO'ya göre göreceli olarak daha az yetersiz bulunmaktadır.

Akreditasyon organizasyonun her 1-3 yılda bir yeniden değerlendirilmesini gerektirir. ISO ise altı ayda bir değerlendirmeyi uygun görür.

ISO sertifikasyonunun maliyetini değerlendirmeyi yapan uzman sayısı ve değerlendirmenin gün cinsinden süresi belirler. Akreditasyon genellikle daha düşük bir maliyete sahiptir.

ISO'nun aksine akreditasyon şemalarının uluslar arası düzeyde tanınması henüz söz konusu değildir. Bu sorunla ilgili olarak International Society for Quality in Health Care kurulmuştur. Kuruluşun amacı ISO ve akreditasyonu aynı çizgiye getirmek ve ülkelere kendi ulusal şemalarını geliştirmeleri için yardımcı olmaktır (<http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm> [08. 09. 2006]).

ISO proses kontrolü derken, akreditasyon hasta değerlendirme ve hasta bakımından bahseder. ISO'nun hizmetin tanımı ve izlenebilirliği maddesi, akreditasyonun bakımın devamlılığı maddesi ile daha objektif bir ifade kazanmaktadır. ISO muayene ve deney başlığı altında bir dizi standarttan bahsederken, akreditasyon bakım çevresinin yönetimi ve enfeksiyon kontrolünden bahseder. ISO sözleşmesinin gözden geçirilmesi derken, akreditasyon hasta haklarından bahseder. ISO servis maddesinde satış sonrası hizmetleri anlatırken, akreditasyon hasta ve yakınlarının eğitiminden bahseder. ISO uygunsuzlukların tespiti, düzeltici faaliyetler ve istatistik teknikler derken, akreditasyon endikatörlerden, bilgi yönetimi ve kuruluş performansının iyileştirilmesinden bahseder. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmet kurumlarının standart alt yapısının akreditasyon sisteminde "hizmete özel" ölçülebilir ve izlenebilir maddelerle tanımlandığı görülür (39).

ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi tüm sektörlerde genel iken, akreditasyon sağlık sektörü için spesifik standartlar içermektedir. ISO 9000 sistemi dokümantasyon, kalibrasyon gibi konularda etkili çözümler getirmekte, klinik uygulamalarda ise yetersiz kalmaktadır. Öte yandan, akreditasyon standartları klinik uygulamalarda gayet tatmin edici yönlendirmelerde bulunmaktadır. Yüz yataklı bir genel hastanenin danışmanlık ve belgelendirme maliyeti ISO için otuz bin dolar, akreditasyon için ise ortalama iki yüz bin-üç yüz bin dolar arasındadır. Her iki sistem de kalabalık yeni kadroların istihdamını

gerektirmemekle birlikte, akreditasyon uygulamasında kalite çalışmalarını koordine etmek üzere daha kalifiye bir iş gücüne gereksinim duyulmaktadır (41).

4. 2. Hemşirelik Hizmetleri İçin Kalite Değerlendirme Mekanizmaları

4. 2. 1. Hasta Bakım Kalitesinin Güvenliğinin Sağlanması

Günümüzde birey ve toplumun gelişen ve değişen sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerin üstlendiği rol ve işlevlerinde başarılı olabilmesi sorumluluklarını tekrar gözden geçirmesine bağlıdır. Tartışmasız hemşirenin en önemli sorumluluğu hastaya kişisel, teknik, bilimsel ve gereksinimi doğrultusunda bakım vermektir. Bu anlayışla hemşirelik mesleği; sağlık hizmetlerinde bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumdadır (17).

Dünya Sağlık Örgütü; 1990 yılında tüm ülkelerin sağlık bakım sistemlerinde hasta bakımının kalitesini güvence altına almak için etkili mekanizmalar oluşturulmasını önermiştir (1). Sağlık bakım standartlarını güvenceye almak ve yükseltmek sağlık hizmetlerinde çalışan herkesin görevidir. Hemşireler, mesleki girişimlerden sorumludur. Profesyonel hemşire yeni araştırma bulgularının ışığında bakım verdiği bireyin gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planı geliştiren, kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır. Hemşirelik bakımında kalite ilkesine dayanan bir yaklaşım biçimi ile; hasta-hemşire oranının belirlenmesi, bakım standartlarının ve hemşirelik uygulama talimatlarının oluşturulması bakım hizmetinin güvenliğine temel oluşturur.

Sağlık hizmetleri içinde hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu ve iş gücü planlaması, kaliteli bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli bir yer tutmaktadır. Ancak yanlış sağlık politikaları, birimler arası geleneksel yöntemlerle hemşire dağılımı (yatak sayısı / hemşire, vardiyalarda dengesiz yapılan hemşire çalışma çizelgesi vb.) hasta-hemşire oranında istenilen nitelik ve nicelik çoğu zaman sağlanamamaktadır. Oysa ki kaliteli bakım hizmetlerinin sunulmasında en önemli kriter; gereksinim duyulan hemşirelik bakımına yönelik istenilen sayıda ve nitelikte hemşire bulundurulmasıdır. Yeterli sayıda ve nitelikte hemşire sağlandıktan sonra hemşirelik bakım standartlarının belirlenmesi ve bu standartlara ulaşılması beklenir.

Kaliteli bakım hizmeti sunulmasında yeterli sayıda hemşire bulundurulması önemlidir ancak hizmetin kalitesini yükseltmede ve güvence altına almada sayısal

yeterlilik kadar hizmetin standardı da önemlidir. Bakım standartlarının oluşturulması hemşirelik bakımında kişisel farklılıkları ortadan kaldıracaktır. Hasta bakım standartları hemşirelik personelini etkin bir şekilde kullanarak, kaliteli bakım hedefine ulaştıracak planlamayı içerir (17).

Hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi oldukça eskilere dayanmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin kalitesine yönelik ilgi Florence Nightingale'in çalışmalarına dayanmaktadır. 1850'lerde Florence Nightingale hastalar için verilen bakımı değerlendirmiş, standardı düşük alanlarda bakımın iyileştirilmesi için gereken önlemlerle ilgili bilgilere notlarında yer vermiştir. 1853'de Kırım Savaşı sırasında yaptığı girişimleri sağlık bakımının standartlarını yükseltmek için dokümanete etmiştir. Dr. Faye Abdellah büyük hastanelerde bakım kalitesinin düzeyini ölçmüştür. Bu hastanelerde bakım kalitesinin düzeyini belirlemek amacıyla hastaların ve hemşirelerin memnuniyetsizlik düzeyini ve nedenlerini araştırma yolunu seçmiştir (24, 25).

Hasta bakımının düzeltilmesine ilişkin ilk organize girişim ise 1913 yılında "Amerikan Cerrahlar Okulu" tarafından yapılmıştır. Hastane Standardizasyon Programları (yapısal standartlar) JCAHO tarafından 1952'de geliştirilmiştir (25, 28). En önemli bakım kalitesi ölçüm çalışmaları ABD ve Kanada'da olmuştur. Diğer meslek gruplarının deneyimlerinden de yararlanılarak hemşireler ve araştırmacılar tarafından kalite ölçüm araçları geliştirilmiştir. 1970'li yıllarda sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik çalışmaları hız kazanmış ve bu çalışmalar hemşirelerin kendi uygulamalarının kalitesini temin etme zorunluluğunu getirmiştir. Bu yıllarda ABD'de "Hemşirelik Süreci" kullanılmaya başlanmıştır (24).

1972'de Chikago Medicus Sytems Corporation'un, Rush – Presbyterian St. Luke's Medical Center (Chikago) ve Baptist Medical Center (Birmingham, Alabama) ile işbirliği sonucu, "hemşirelik personelinin çalışma programına" odaklanan bir sistem geliştirilmeye başlandı; "kadronun, bakımın kalitesi hakkındaki kararları nasıl etkilediği"ni belirlemeye önem verildi. Hemşirelik bakımının kalitesini izlemeye kullanılan yöntemlerin incelenmesi bunların bakımın kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilir olmadığı sonucunu doğurdu.

Rush Üniversitesi'nde hemşirelik bakımının kalitesini kontrol etmekte kullanılan yöntem, "hasta merkezli bir yaklaşım"ı kabul etmektedir. Bu yaklaşımın temelini oluşturan iki kavram hemşirelik süreci ve hasta ihtiyaçlarıdır. Hemşirelik süreci, bir

hastaya bakım verirken yapılan bir seri, kapsamlı hemşirelik faaliyetleridir: Hastanın ihtiyaçlarının (problemlerinin) tanınması, bakımın planlanması ve uygulanması, bakım planının değerlendirilmesi ve yenilenmesi. Bu yaklaşım, kaliteyi izleme sürecinin, hemşirenin teknik faaliyetlerdeki performansının ötesinde veri toplama ve karar verme performansını da kapsamasını sağlar.

Kalite kontrol skalasına, hastayı tanımaya ve bakımı planlamaya yönelik kriterler konmasını hemşirenin hasta problemlerine yönelmesinin istendiğini gösterir. Bakımın uygulanmasıyla ve ihtiyaçların sürekli değerlendirilmesiyle ilgili kriterler de hasta tanımı üzerinde temellendirilen bakımın, planlandığı şekilde verilmesinin beklendiğini belirtir (38).

1976'da ANA (American Nurses Association) bakım standartları modelini oluşturur. 1978'de İngiltere'de "Royal College of Nursing" hemşirelik bakım standartları için bir komite oluşturmuştur (28). Ve 1981'de "Standartlara Doğru" ve 1982de "Hemşirelik Bakım Standartları" isimli yazılı belgeleri yayınlamıştır. 1986'da aynı okul "Dinamik Standart Oluşturma Sistemi ve Kalite İyileştirme Programı" ile standart oluşturma ve kalite iyileştirme çalışmalarını sürdürmüştür. Çalışmalarında disiplinler arası yaklaşım, hastanın kişisel düşünceleri, bilgilendirilmesi, çalışanların hastaya yaklaşımı, tanılama kabiliyeti ve bakım sonuçlarının başarısı gibi konulara odaklanmıştır.

Ülkemizde kalite güvenliği konusunda bilinçlenme son on yılda hızla artmıştır. 1987 yılından itibaren bu konularla ilgili seminerler, sempozyumlar ve konferanslar düzenlenmiştir. ICN (International Council of Nurses) 1993 yılında temasını "Kalite-Maliyet-Hemşirelik" olarak belirlemiş ve ülkemizde de yüksekokullar bu konuda oturumlar düzenleyerek konuyu değişik boyutlarda tartışmışlardır (24).

Son otuz yılda, hemşirelik bakımı standartları ve kalite güvencesi konusu büyük önem kazanmıştır. Klinik hemşire, kaliteyi sağlamanın önemini anlamak, standartları belirlemek ve kendi hizmetini gerçekçi biçimde izlemek ve değerlendirmek durumundadır (28).

Hemşire, bireye, aileye ve topluma sağlık hizmeti sunan, sağlık ekibinin aktif bir üyesidir. 24 saat kesintisiz hizmet sunulan hemşirelik hizmetlerinin kalitesinde kalite güvenlik programlarının uygulanması, kalitenin güvence altına alınması sağlık hizmetlerinin bütünü kalitesi için çok önemlidir. Hemşirelik hizmetlerinde kalite güvenliğini sağlayabilmek için öncelikle hemşirelik sürecini ve hemşirelik kayıt

sistemini yerleştirmek gerekir. Çünkü hemşirelik süreci hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin kullanılmasını ve bir kayıt sistemi oluşturulmasını sağlar (24).

Hemşirelik bakımında problem çözme yaklaşımının uygulanmasının iki önemli avantajı vardır. Birincisi, tüm hastalara ve ailelere bireyselleştirilmiş ve kapsamlı bir bakım verilmesini kolaylaştırır. İkincisi, bize bakımın sürekliliğini güvence altına alan problem merkezli ve sistematik bir kayıt sistemi sağlar (13).

Hemşirelik bakımının kalitesinin iyileştirilmesinden öncelikle hemşireler sorumludur. Hemşirelik hizmetleri yöneticileri kalite güvencesi programının yapılması ve uygulanmasında en önemli konumdadır. Kaynakların oluşturulması, ortamın hazırlanması onların sorumluluğundadır. Bunun yanında eğitici hemşireler bu konuda hemşirelerin eğitilmesi ve değişime hazırlanmasında ve yöneticilerle birlikte çalışmalarla liderlik yapmak konusunda önemli rol oynamalıdır. Hemşireler doğrudan hizmeti sunan kişiler olarak hizmetin kalitesini etkilemektedir (24).

Yine hemşirelik meslek grubu, hükümet tarafından yapılacak düzenlemelere standartlar önermede başlıca rolü üstlenmelidir. Hemşirelik meslek grubu, düzenleme organında yeterince temsil edilme yolları arayarak, standart geliştirme ve bunları sınama programları hazırlayarak ve hükümetin veya kurumların kalite güvenliği programlarına katılmalıdır (23).

Hastalara kaliteli bakımın verilmesinde, hasta yada hizmet verilen bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında bilgi, beceri ve deneyimlere ek olarak yapılan işe ilgi ve istek öğelerinin de birbiriyle bütünleşmeleri yoluyla gereksinimlere uygun ve istenilen düzeyde hemşirelik bakımı verileceğine inanılmaktadır. Hemşirelik mesleği, geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve kriterleri ile hemşireliğin verildiği yapı, hemşirelik süreci ve bunun sonunda ulaşılanları sürekli ve nesnel olarak ölçerek, hastanın gereksindiği hemşirelik bakımının belirli gelişmişlik düzeyine ulaştırılmasını güvence altına alır (25).

Sağlık bakımının beklenen kalitesinin sağlanması yazılı standartların önemi açıktır. Bu yüzden standartların kaliteyi tanımladığını söylemek doğru bir yaklaşımdır. Standartlar yazılı dokümanlardır, belirlenen standartlar mutlaka yazılı hale getirilmelidir. Standartlar kuralları, hareketleri ve durumları tanımlar. Bunlar yapı standartlarıdır. Yapı standartları, hizmetin arzu edilen düzeyde olmasını sağlamada alt

yapı kurallarını tanımlar. Yapı standartları tartışılmaz ve gelişigüzel değiştirilemez. Süreç standartları uygulamanın nasıl olacağını tanımlar. Süreç standartları içinde prosedürler, protokoller, talimatlar ve bakım planları da yer alır. Sonuç standartları arzu edilen sonuçlara ulaşmada ve arzu edilmeyen sonuçları önlemede kullanılır. Süreç ve sonuç standartları ayrılmaz bir bütündür. Standartlar, hastalar, personel ve sistemler için yazılmalıdır. Standartlar hastaların nasıl hizmet alacağını, personelin fonksiyonlarının nasıl olacağını ve sistemlerin nasıl çalışacağını tanımlamalıdır (4).

Her üç tip standart ve kriter hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesi için ayrı ayrı veya birlikte kullanılabilir. Profesyonel hemşirelikte cevaplanması gereken hastaya hizmetin hangi aşamasında yapılan değerlendirmenin daha etkili, doğru ve kaliteli olduğudur (25).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşirelikte kaliteyi, hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan tüm aktivitelerin bir özeti olarak tanımlar. Joint Komisyonu'na göre ise, hasta bakımının uygunluğu ve kalitesinin değerlendirilmesi ve kontrol edilmesinde sistematik ve tarafsız bir süreçtir. Günümüzde kalite güvencesi, sonuç ve süreçlerin kalitesini garantileme ile sürekli iyileştirmeye odaklaştırılmış kalitenin sağlanmasını yönetmek anlamına gelmektedir (4).

Hemşirelik mesleğinin, hemşirelik hizmetleri felsefesi doğrultusunda standartlarını belirleme sorumluluğu vardır. Bu nedenle, hemşirelik hizmetleri felsefesi doğrultusunda biçimlendirilen hedeflere ulaşma düzeyinin kıyaslanacağı standartların belirlenmesi gerekir. Tanımların, etik kodun oluşturulmasında, eğitim ve hizmet gereklerinin belirlenmesinde, mesleki standartların saptanmasında devlete ve yetkili mercilere, halka, sağlık ve eğitimle ilgili kuruluşlara, mesleğe ve üyelerine karşı bu standartların iletilmesi ve geliştirilmesinden meslek örgütü sorumludur.

Sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ölkelerdeki birçok organizasyon sağlık hizmetinde kalite gelişiminin, sağlık hizmeti dağıtımından sorumlu disiplinlerin profesyonel uygulamalarından kaynaklandığını kabul etmektedir. Birçok profesyonel hemşirelik organizasyonu güvenlik, etkinlik ve kaliteli hasta bakımının sağlanmasında gerekli enerji ve kaynakları yönlendirmek için yapısal destek almaktadır. Bu gibi organizasyonlar, araştırma kaynaklı sonuç kriterleri, standardize bakım planları, bakım ve uygulamaya yönelik rehberlikler geliştirmişlerdir. Bu profesyonel gruplar sadece anlık uygulamalara yönelik standartlar değil, hemşirelik sürecine temellenmiş uygulama

felsefesine dayanan organizasyonlar oluşturmuşlardır. Her ne kadar hemşirelik standartları bir ülkenin kendi hemşirelik eğitim ve uygulama sistemine özel olarak geliştirilmeli ise de, diğer ülkeler tarafından geliştirilmiş standartların incelenmesi, standartların yapısının belirlenmesinde fikirler ve öneriler elde etmede işe yarar (25).

Sağlık bakımında kalite, genel anlamda sağlık sistemindeki her şeyi iyileştirmeyi ve günümüz hemşirelik koşulları ve standartlarını Türk halkı yararına geliştirmeyi kapsar. İnsanlara hizmet sunan tüm kurumlar, hizmet sundukları gruba karşı kendilerini hesap vermek zorunda hissetmelidir. Bu anlayış ile iyi, güzel, ilk defada doğru uygulama kalite ile eşdeğerdir (3, 31).

Hemşirelik uygulamaları bireyin sağlığının idamesinin yanı sıra hastaya gerekli bakımda optimum sonuca ulaşabilmek için uygulanan hemşirelik standartlarını içerir. Standartların oluşturulmasına başlamadan sorunların neler olduğunun saptanması ve sonuca nasıl ulaşılacağı doğrultusunda ön araştırmaların yapılması gerekir. Buna temel teşkil edecek en önemli nokta toplumun beklentisinin ne olduğunu bilmekle başlanmalıdır. Hizmet ve beklentiler ülke sorunlarına göre değişim gösterirken bunun ekonomiye bağlı olduğu bilinmelidir (7).

Sağlık hizmetlerinin tutarı arttıkça tüketiciler, kuruluşlar, sigorta şirketleri ve devlet uygun fiyata daha iyi hizmet için taleplerini arttırmaktadırlar. Ödeme yapan kuruluşların sorularını yanıtlayabilmek için bakım kalitesini değerlendirme metotları ve bunların masrafla olan ilişkisi gösterilmelidir.

Hemşirelik hizmetleri masrafların önemli bir kısmını oluşturduğundan bu hizmetlerin veriliş sürecindeki harcamaların tedavi için gerekliliği uygun değerlendirme sistemleri ile belirlenmelidir.

Hemşirelik bakımını standartlaştırma amaçları; meslek üyelerinin hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi alışverişlerini ve anlaşmalarını kolaylaştırmak; uygulanan bakım hizmetlerinde işgücü, malzeme, zaman vb. faktörlerden en üst düzeyde ekonomi sağlamak (hemşire çıkarları); kaliteli hizmet üreterek hasta çıkarlarını gözetmek ve insanın sağlık ve güvenliğini korumak olarak sıralanabilir (10).

Söz konusu standartların, saptanan hedeflere ulaşmada iyi bir kriter olabilmesi için bir otorite tarafından saptanması, ilkelere dayalı olması, işlevlere açıklık getirmesi, amaca uygun, ulaşılabilir, uygulayıcılar tarafından kabul edilebilir, açık, seçik, yorumlanabilir, esnek, yeni kavram ve uygulamalara dayalı, ana gelişmeleri hedef alan

yapıcılığa yer veren, hemşirelik hizmetlerinin nicelik ve niteliğini değerlendirci, özellikle sürekli değerlendirme ve değişikliğe yer verici nitelikte olması gerekir (22).

Hemşirelik Bakım Standartlarının Yararları:

Bakım standartları sayesinde hemşirelik hizmetlerinin tüm aşamaları önceden planlanabilir. Standartlar, belirsizlikleri ortadan kaldırmak, bazı olumsuz sürprizleri önlemek ve her aşamada yapılacak kontrollere esas oluşturmak açısından hemşireye avantaj sağlayan en önemli yardımcılardan biridir.

Standartlar, meslek üyelerinin tümü tarafından hizmetlerin seri bir şekilde yerine getirilmesini ve yüksek kaliteyi sağlar. Her birim, kendine düşen görevi tam ve zamanında yerine getirmek zorundadır. Aksi halde hizmet zincirinde bazı kopmalar, tıkanıklıklar ve gecikmeler ortaya çıkabilmektedir.

Standartlar, hizmette fazlalık ve kayıpların asgariye indirilmesini sağlar. Bir standart ilgili olduğu konunun gereklerini tam anlamı ile kapmasına karşın, hemşirelik hizmetleri dışında olan veya gereksiz görülen her şeyi kapsam dışı bırakır ve eldeki olanakları sonuna kadar kullanır.

Standartlar yaratıcılığı ve kazançları artırır. Standartların verimi, yaratıcılığı artırıcı nitelikleri özellikle “emek” faktörü üzerinde olumlu etkileri vardır. Standart bakımı iyi bilen bir hemşire görevini daha iyi ve çabuk yapar, belirli hizmeti sürekli yapmaya alışkanlık kazanır ve verimi artar.

Standartlar, kurum ve kuruluşların işlerini kolaylaştırır. Standart bakım veya hizmet demek; şekil ve boyut olarak “bir örnek bakım” demektir. Hazırlanan bakım programı sayesinde neyi, ne kadar ve ne zaman yapacağını önceden belirleyen ve bilen bir kurum işlerini oldukça kolaylaştırmış olur ve gerek birim, gerekse diğer harcamalarda oldukça önemli kazançlar sağlar.

Standartlar maliyeti düşürürler. Hemşirelik hizmetlerinde en yeni tekniklerin uygulanması ve hemşirelik, hizmet ve bakım gibi kaynaklardan optimum yararlanmayı sağlar.

Sağlıklı veya hasta kişilere sağladığı yararlar:

Standartlar; kalite, güvenlik ve değişebilirlik yönünden kesin garantilerdir. Belirli standartlara göre hazırlanan bakım veya hizmetlerin alıcıları gerçek anlamda rahatlığa ve güvenliğe kavuşurlar. Böyle bir bakım veya hizmet alan kişinin “ kötü veya düşük kaliteli midir?” endişesini ortadan kaldırmaktadır. Çünkü kalite spesifikasyonları

objektif esaslar dahilinde daha önce kendisine sunulmuş ve ileri sürülebilecek şüpheler de ortadan kaldırılmıştır. Bir bakım veya hizmetin bazı bölümlerini işlerliğinin kaybolması halinde o bölümlerin yenilenmesi anlamına gelen değişebilirlik ise standartların sağladığı yararların en önemlilerinden biridir.

Standartlar karşılaştırma ve tercih kolaylığı sağlar. Kişin gereksinimi en iyi şekilde karşılayabilecek bir hizmeti seçmek, bazen çok uzun zaman ve çaba sarf edilmesini gerektirir. Bunu sonucunda, yanlış sonuca varmak veya tam anlamıyla doyuma ulaşmamak olasıdır. Halbuki, bu karşılaştırma tercih ve seçim işlemleri standartlar sayesinde çok kolay, kısa bir süre içinde ve aynı zamanda başarılı bir şekilde sonuçlandırılabilir.

Standartlar; hizmeti isteme, hizmet sunma ve alma konularında kolaylık sağlar standart olmayan bakım veya hizmetlerde isteklerde bulunmak çoğu zaman anlaşmazlıklara, çatışmalara, gereksiz bir takım işlemlere ve sağlıklı veya hasta bireylerin dertlerini anlatamamalarına yol açar. Fakat, standart bakım planı; içerdiği kesin hükümler nedeniyle taraflar (hizmeti sunan ve alanlar) arasında en kolay yoldan anlaşmanın yapılmasını sağlar, bakımın yapılmasındaki aksaklıkları ve gecikmeleri ortadan kaldırır.

Standartlar maliyeti azaltır. Standartların maliyetleri düşürücü etkileri sayesinde daha ucuza hizmet veya bakım almak olasıdır.

Sonuç olarak, sağlıklı veya hasta kişilere en iyi hemşirelik hizmetini verebilmek için, meslek üyeleri amaçlarına ve yararlarına inandığı ve anladığı bir sistemde, çalışma yöntemlerini değiştirebilir ve bakım kalitesini yükseltebilir (10, 31, 36).

Toplumun kaliteli hizmet beklentilerine cevap verilebilmesi hemşireliğin yanı sıra sağlıkla ilgili tüm disiplinlerin işlevlerini, hizmet standartlarını açık seçik olarak saptaması ve bunu tüm ilgililere yeterli ölçüde duyurmasıyla mümkündür. Sağlık hizmetleri ile ilgili her alanda standardizasyona gidilmedikçe hizmetin kalitesi artırılamaz. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan tüm disiplinlerin (hemşire, doktor, laborant, diyetisyen vb.) eğitim, öğretim ve yönetim alanında görüş birliği içinde standardizasyon oluşturmaları gerekmektedir.

Saptanan standartlar doğrultusunda hizmet sunabilmek için, kullanılan araç gerecin de standardizasyonu şarttır.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinde standardizasyon bireysel ya da mesleki bir iş değil, aynı zamanda bir ekip işi hatta hükümet politikası olmalıdır. Sadece standardize edilmiş hemşirelik hizmetleri tek başına sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmede yeterli olamaz. Ancak hemşirelerin kendi hizmetlerinin standartlarını saptaması diğer ekip üyelerine örnek olabilir (36).

Standartların etkili olabilmesi için üç seviyede geliştirilmesi uygundur.

- Ulusal meslek örgütleri düzeyinde hemşireliğin her alanında geçerli olan standartlar; örneğin “mezun olan her hemşire, mevcut kaynakları etkili bir şekilde kullanmalı”
- Branşlaşmış hemşireler tarafından geliştirilen özel standartlar; örneğin, “yoğun bakım hemşiresi teknoloji ve insan kaynaklarını hastanın yararına etkili bir şekilde kullanmalı”
- Kurumsal düzeyde, her kurum kendi gereksinimlerini doğrultusunda standartlar geliştirir; örneğin, “diyabetik hastalara standardize bir eğitim planı yapmak ve diyabetik hastaların bakımına ilişkin standartlar geliştirmek” (17).

Profesyonellikte neden standartlara gereksinim vardır?

Hemşirelik uygulamalarının nerede olursa olsun ya da kim tarafından yapılırsa yapılsın kalitesinin standardize ve daha nitelikli olmasını sağlar.

Spesifik hemşirelik uygulamaları için ölçüm ve değerlendirme getirir.

Yetkililer için gereksinimlerin listelenmesini sağlar.

Beceri, bilgi ve hemşirelik uygulamalarının kapsamını belirler.

Profesyonel olarak hemşireliğin kanıtlanmasını sağlar.

Profesyonel hemşireler tarafından hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesi için kriter sağlar.

Profesyonel hemşirenin rolünü tam olarak tanımlar (16).

Hemşireler hasta bakımını tüm klinik yönleri üzerinde söz sahibi olmalı ve standartların gelişimi ve denetim sürecinde profesyonelce yer almalıdır (25).

4. 2. 2. Mıknatıs (Magnet) Onaylama Programı

1980’lerin başlarında başlatılan Mıknatıs Tanıma, 20 yılı aşkın bir süredir hemşire yöneticilerin hemşirelik uygulamaları ve hasta bakımı sonuçlarını mükemmelleştirmek için yaptıkları araştırmaların odak noktası olmuştur (6).

Magnet, sağlık bakım organizasyonlarında hemşirelik hizmetlerinin mükemmelliğini onaylayan bir programdır. Mükemmellik, hemşirelik uygulama ve felsefesi, hasta bakımının kalitesi, mesleki gelişim, kanıta dayalı hemşirelik uygulaması ve hemşirelerin karar verme aşamasına katılımını ifade eder. Magnet, en iyi donanıma ve eğitime sahip hemşireler, en iyi uygulamalar, en iyi ortam ve hasta ve hemşireler için en iyi sonuçlar hakkında rehberlik oluşturur (5).

Diğer bir ifadeyle Mıknatıs Tescili, Amerikan Hemşireler Kredilendirme Merkezi'nin tescilli profesyonel hemşirelik hizmetleri sağlayan sağlık kuruluşlarının, uyumlaştırılmasında üst düzey bir tescil programıdır. Üç hedefe ulaşmak amacıyla oluşturulmuştur:

- Profesyonel uygulamalara olanak sağlayan üstün kalitenin sağlanması.
- Hastalara sağlanan hemşirelik hizmetlerinde uyumluluk değerlendirmesi yapılması.
- Hemşirelik hizmetlerinde “en iyi uygulama” anlayışının yaygınlaşmasını sağlayacak bir mekanizma oluşturulması.

Dünya çapındaki sağlık kuruluşları, Mıknatıs Programı konseptini sürekli olarak, hemşirelik ve hastabakıcılık alanında kalitenin geliştirilmesi sürecini değerlendirmek ve iyileştirilmekte kullanmaktadır. Bir Mıknatıs sağlık hizmetleri ortamı içinde tanımlanmış olan hemşirelik hizmetlerinin ayırt edici özelliği, yüksek nitelikte hasta bakımı, klinik özerklik ve sorumluluk, katılımcı karar alma mekanizması, güçlü hemşirelik öncüleri, personel ile karşılıklı diyalog, topluluk katılımı, profesyonel alanda gelişme olanakları ve özendiriciliğin temini, personel kaynaklarının etkin kullanımı ve yüksek seviyeli iş tatminidir. Bu unsurlar, Mıknatıs Tescil Programı çerçevesinde gerçekleştirilecek değerlendirme sürecinin çerçevesini oluşturmaktadır ve ilk defa 1980 yılının başlarında gündeme gelen Manyetik Güçler ile bütünleştirilmiştir (6).

Sadece hemşireleri değer aynı zamanda yönetim kurulu başkanlarını, kurul başkanlarını, kredi ve tahvil oranlarını düzenleyen ajansları, medyayı ve tüketicileri büyüleyen ve hızla yayılan mıknatıs hareketleri, 1981 yılında Hastanelerde Hemşirelik Uygulamaları Çalışma Kolu aracılığı ile Amerikan Hemşirelik Düzenleme Konseyi Akademisi tarafından başlatılmıştır. Çalışma kolu, ulusal hemşire ihtiyacı krizinin ortasında birçok hastane hemşire eksikliği yüzünden sıkıntı içindeyken; bazı kurumların hemşireler için profesyonel hemşirelik uygulamalarını çekici kılan ve personel eksikliği

durumlarında bile çalışanları elinde tutmasını sağlayan “mıknatıs gibi çekici” ortamlar oluşturduğunu fark etmiştir. Çalışma kolu, Amerikan Hemşirelik Akademisi’ne tüm ülkede örnek olacak bir “Mıknatıs Hastane” tanımlayabilmek için, çalışma başlatmasını tavsiye etmiştir ve “Mıknatıs Hastaneler: Profesyonel Hemşireleri Etkileme ve Elde Tutma” isimli ilk çalışma 1981 sonbaharında başlatılmıştır.

Araştırma ekibi, hemşireleri etkilemesi, elinde tutması ve yüksek kalitede hasta bakımı sağlanması ile ünlenmiş olan 165 akut bakım hastanesinde çalışan yönetici hemşire uzmanlardan oluşmaktadır. Araştırma ile elde edilen sonuçlardan 41 hastane örnek olarak seçilmiştir. Örnek hastaneler kendilerine yakın olan diğer hastanelerden hemşirelerin iş doyumunun yüksek olması, işten ayrılma oranının ve hemşire ihtiyacı oranının düşük olması ile ayrılmıştır. Bu hastaneler nitelikli hemşireleri istihdam edebilmekte, onları kadrolarında tutabilmekte ve bunun sonucunda düzenli bir sağlık hizmeti sunabilmektedir (Mc Clure, Poulin, Sovie & Wandelt 1983, p. 2).

Bu çalışma yüksek performanslı hastanelerin yönetim, profesyonel uygulama ve profesyonel gelişim (Mc Clure 1983) alanlarında kurumsal yapı ve kurum kültürü ile ilgili bazı niteliklere sahip olduğunu göstermiştir (37).

Seçilen 41 Mıknatıs hastanesinin organizasyonel özellikleri şu şeklide tanımlanmıştır:

- Hemşire amir, organizasyonda yüksek karar verme yetkisine sahiptir ve yönetici grubunun resmi bir üyesidir.
- Hemşirelik, organizasyonda en az hiyerarşi basamağı ile örgütlenmiştir.
- Hemşirelik kadrosu ve hasta bakımı ile ilgili karar verme mekanizması, merkezi değildir ve kadroda birim düzeyindeki hemşireleri de içine alır.
- Hasta bakımına ilişkin kararlarda yönetim hemşireleri destekler.
- Hemşireler ve hekimler arasında iyi bir iletişim vardır.

Araştırmalar ile bu hastanelerin hasta ve hemşire sonuçlarının yüksek olduğuna yönelik kanıtlar sağlanarak Manyetik güçler olarak isimlendirilen 14 ayrı özellik belirlenmiştir. Manyetik güçler düşüncesinin temelinde hasta bakımı kalitesi yer almaktadır. Bu nedenle son zamanlarda yapılan araştırmalar daha çok Mıknatıs ile bağlantılı organizasyon özelliklerinin bakım hizmetleri üzerindeki etkilerine odaklanmıştır. 1990’lı yıllar boyunca elde edilen kanıtlar, “bilgi ve uzmanlığın tam olarak uygulanabildiği hemşirelik” üzerine ağırlık verilmesiyle hasta ve personel açısından en iyi sonuçların alındığını göstermiştir (Havens & Aiken 1999, p. 19).

Manyetik Güçler:

1. Hemşirelik liderliğinin kalitesi: Lider hemşireler, bilgili, risk almaktan çekinmeyen ve hemşirelik bölümü içinde günlük faaliyetlerle ilgili geleneksel anlayışı izleyen kişiler olarak algılanmaktadır. Lider hemşireler aynı zamanda emrinde bulunanlara arka çıkmak ve onları desteklemek açısından kendisine güven duyulan kişilikler olarak kabul edilmektedir.

2. Kurumsal yapı: Kurumsal yapı, dikey olmaktan çok yatay olarak nitelendirilmektedir ve kararların ünite bazında alınması esastır. Hemşirelik bölümleri ademi – merkeziyetçi yapıda oluşturulmakta, organizasyon komitesi yapısı içinde hemşirelerin güçlü bir biçimde temsil edildiği gözlenmektedir. Lider hemşire organizasyonda yürütme erki içinde yer almakta ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürü genel müdüre bağlı olarak çalışmaktadır.

3. Yönetim biçimi: Hastane ve hemşire idari personeli katılımcı yönetim tarzını benimsemiştir ve organizasyonun her kademesinde yer alan personel yönetime katkı sağlamaktadır. Personelin bu tür katkısı özendirilmekte ve önemsenmektedir. Lider konumunda hizmet veren hemşireler şeffaf, erişilebilir ve emrinde çalışanlarla diyalog içinde olan kişilikler olarak ortaya çıkmaktadır.

4. Personel politikaları ve programları: Maaş ve sosyal haklar rekabetçi ortamda sağlanmaktadır. Döner vardiya uygulaması asgari düzeyde tutulmuştur, yaratıcı ve esnek görev dağılımı modelleri kullanılmaktadır. Personel politikası, personelin katılımı ile oluşturulmakta, önemli idari ve klinik olanaklar sağlanmaktadır.

5. Profesyonel bakım modelleri: Hemşireler hasta bakımında sorumluluk ve yetki veren bakım modellerini kullanmaktadır. Hemşireler kendi uygulamalarından sorumludurlar ve bakım hizmetlerini bizzat kendileri koordine etmektedirler.

6. Bakımın kalitesi: Hemşireler hastalara yüksek kaliteli hizmet sağlamakla yükümlü olduklarının bilincindedirler. Kaliteli bakım hizmetinin sağlanması kurumsal önceliktir ve lider konumunda olan hemşirelerin yüksek kaliteli hizmetin sağlanabileceği ortamın oluşturulmasından sorumlu olduğu düşünülmektedir.

7. Kaliteyi geliştirme: Katle geliştirme faaliyetlerinin eğitim ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Görevli hemşireler kalite geliştirme sürecine katılmakta ve bu süreci kurum içinde sağlanan hizmet kalitesinin geliştirilmesinin ayrılmaz parçası olduğunu düşünmektedirler.

8. Danışmanlık ve kaynaklar: Uygun danışmanlık kaynakları ve diğer insan kaynakları temin edilebilmektedir. Bilgili uzmanlar ve özellikle deneyimli hemşireler temin edilebilmekte, devreye sokulabilmektedir. Ayrıca, hemşirelik bölümü içinde ve dışında aynı düzeyde destek sağlanabilmektedir.

9. Otonomi: Hemşirelerin mesleki standartlar çerçevesinde bağımsız davranmalarına izin verilmekte ve beklenmektedir. Hasta bakımı sürecinde, çok yönlü meslekler açısından öngörülen yaklaşım çerçevesinde bağımsız karar verme süreci uygulanmaktadır.

10. Toplum ve sağlık kurumu: En iyi hemşirelik kadrosu istihdam eden ve bunu koruyan hastaneler aynı zamanda güçlü bir topluluk katılımı anlayışı sergilemektedir. Topluluk katılımı çok çeşitli, sürdürülebilir, uzun vadeli erişim programları ile yürütülür. Bu erişim programları, hastanenin olumlu ve üretken bir kurumsal vatandaşlık kimliğine sahip olduğu şeklinde algılanmasına neden olur.

11. Eğitimci olarak hemşireler: Hemşirelerin çalışmalarının her aşamasında eğitim faaliyetlerine katılmalarına izin verilmekte ve beklenmektedir. Araştırma sonuçları, eğitim faaliyetlerinin hemşirelere mesleki tatmin sağlama açısından çok önemli bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

12. Hemşireliğin imajı: Hemşireler, hastanenin hasta bakım hizmetlerini sağlama yeteneğinin bir parçası olarak algılanmaktadır. Hemşireler tarafından sağlanan hizmetler, diğer sağlık çalışanları için de zorunlu olarak nitelendirilmektedir.

13. Disiplinler arası ilişkiler: Farklı disiplinler arasındaki ilişkilere olumlu olarak bakılmaktadır. Bütün disiplinler karşılıklı olarak birbirinden saygı görmektedir.

14. Profesyonel gelişim: Oryantasyona, servis içi eğitime, kesintisiz eğitime, sınıf eğitimine ve kariyer geliştirmeye özel önem verilmektedir. Kişisel ve mesleki ilerleme önemszenmektedir. Ayrıca, rekabete dayalı klinik geliştirme uygulamaları yapılmakta ve rekabetin sürdürülmesine yönelik kaynaklar temin edilmektedir.

Manyetik güçler, vizyon sahibi lider hemşireler tarafından hemşirelik ve hasta bakımı alanında olumlu bir ortam sağlamak üzere, İdari Hemşirelik Kapsamı ve Standartları esaslarının yaratıcı, yenilikçi ve dinamik uygulamasının sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu on dört Manyetik güçlerin her birinin uygulanıyor olması, Mıknatıs tanımlaması için zorunlu olan esaslar içinde yer almaktadır ve hemşirelik

kadrosunun ve hemşirelik hizmetlerinde uyumluluğun artırılması ve geliştirilmesine olanak sağlayan profesyonel bir ortamın varlığına işaret etmektedir (6).

Yakın zamanlarda 1981 yılında Mıknatıs olarak tanımlanan 41 hastane içinde daha ayrıntılı araştırmalar yürütülmüştür. Mıknatıs Tescil Programı tarafından Mıknatıs statüsü verilen diğer bazı sağlık kuruluşlarını kapsayan araştırmalar da söz konusudur. Bunun dışında Mıknatıs statüsünde olmamakla birlikte, Mıknatıs kavramlarını izleyen kuruluşlarda da çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Mıknatıs ortamında yapılan bu sayısız araştırmalar sonucunda şu unsurlar belirlenmiştir:

- Hemşire istihdamında kesintisiz mesleki gelişim, yüksek iş tatmini ve hasta bakımının önemsenmesi yönünde güçlü kurumsal destek sağlanması (Kramer & Schmalenberg 2004),
- Yüksek seviyede yetki temini, lider hemşirelere erişim, klinik karar alma sürecinde özerkliğin desteklenmesi (Upenieks 2003a),
- Hemşirelerin iş ortamında yetki ve özerklik arasındaki ilişkiyi algılaması, uygulama ortamının denetim altına alınması ve olumlu hemşire-doktor ilişkisi (Laschinger, Almost & Tuer-Hodes 2003),
- Hemşire özerkliği ile mesleki tatmin düzeyi ve bakımın kalitesi arasında güçlü bir ilişkinin olması (Kramer & Schmalenberg 2004),
- Hemşirelerin şeffaf, yaratıcı, destekleyici, özerk ve katılımcı ortamların yaratılmasını sağlayacak liderliği sergileyebilmeleri için gerekli yetki ile donatılması (Upenieks 2003b),
- Üst yönetim desteği, şeffaf ve katılımcı hemşire liderliği (Upenieks 2003b),
- Düşük ölüm oranları (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski & Weber 1999; Aiken, Smith & Lake 1994),
- Yüksek hasta memnuniyeti (Aiken, Sloane & Lake 1997),
- Düşük hemşire devri ve eksik kadro seviyesi (Kramer 1990; Kramer & Schmalenberg 1991),
- Hastanenin dışarıdan iyi yönetilen şirketler gibi algılanması (Kramer & Schmalenberg 1988).

1990'dan önce en iyi uygulamalar, kıyaslama ve kaliteli sonuçlara ait veriler önemlidir ve bu "iyi" Mıknatıs kavramına olan ilgiyi canlandırmıştır (20).

Özgün araştırmanın ardından, başarılı uygulama formülü için duyulan profesyonel isteklilik devam etmiştir. Yapılan değerlendirme ve yenilenme üzerine, Amerikan Hemşireler Birliği Komisyonu, Amerikan Hemşirelik Kredilendirme Merkezi'nin (ANCC-American Nurses Credentialing Center) akreditasyon program hizmetleri sunan ayrı bir anonim merkez olarak branşlaşmasını önermiştir. ANCC 1990 yılında anonimleşmiştir ve ertesi yıl Amerikan Hemşireler Birliği yönetim kurulu, Hemşirelik Hizmetlerini Mükemmelleştirmede Mıknatıs Hastane Tanıma Programı'nı onaylamıştır. Organize Hemşirelik Hizmetleri ve her durumda Hemşire Yöneticiliği Sorumluluklarına ilişkin Amerikan Hemşireler Birliği Standartları'nı temel alan program, 1994 yılında Seattle'daki Washington Üniversitesi Tıp Merkezini ilk hastane olarak Mıknatıs Statüsü ile ödüllendirmiştir. Daha sonra Amerikan Hemşirelik Kredilendirme Merkezi bünyesinde kesintisiz Mıknatıs Tescil Programı alt yapısı oluşturulmuştur. 1998 yılında bu tekrar geliştirilerek uluslar arası sağlık kuruluşlarından başvuruları kabul edecek düzeye getirilmiştir. Program 2002 yılında, şu anda kullanılmakta olan "Mıknatıs Tanıma Programı" adını almıştır.

Araştırmalar, hemşire eksikliğini giderebilen ve hemşireleri elinde tutabilen kuruluşları diğerlerinden ayıran 14 özelliği öne çıkarmıştır. Mükemmellik resmi çizen bu özellikler daha sonra ANCC Mıknatıs Tanıma Programı dahilinde Mıknatıslığın (Manyetizmanın) Güçleri olarak tanımlanmıştır. 2005 yazının sonlarına doğru 162 sağlık bakım kuruluşu Mıknatıs unvanı almış ve 250 kuruluş da bu unvanı almak için sıraya girmiştir.

Manyetizmanın özellikleri, o zaman da bilinen kavramların ötesinde yeni unsurlar içermiyor olmalarına karşın, araştırma sonuçları bu özelliklerin hemşirelik uygulamalarında önemli olduğunu teyit etmiştir. Bu özellikler, sağlık kurumlarının stratejik planları ile bütünleşmektedir.

Orijinal mıknatıs hastane raporu içinde Mıknatıslık özelliği ile bağlantılı olarak gereksiz sayıda değişken tanımlanmıştır. Mıknatıslık niteliğini tanımlamak için kullanılan en önemli araç olan "Hemşirelik Çalışma Endeksi" doğrudan bu rapordan geliştirilmiştir. Orijinal araştırmacılardan dördünden üçü 65 ayrı kalemden oluşan Endeks'in modasının geçmiş olduğunu, takım halinde hemşirelik uygulamalarının Mıknatıs için göz önünde bulundurulmayacak ilişkileri esas aldığını belirtmişlerdir (37).

2001 yılı araştırması ile 17 yıllık dönemde 4.000'in üzerinde kadrolu hemşire tarafından yapılan seçimler göz önünde bulundurularak, 65 maddeden oluşan Endeks, 37 maddeye indirilmiştir. Katılımcılara kendileri için nitelikli sağlık hizmetleri verilmesi açısından önem taşıyan 10 maddenin ne olduğu sorulmuştur. Amaç, hemşirelerin hemşireliğin etkinliği açısından neyin önemli olduğunu belirlemesidir. Daha önce de endekslerin geliştirilmesinde olduğu gibi, hemşirelerden listede yer almayan ama hemşirelik etkinliği açısından önem taşıyan unsurların neler olduğunu belirtmeleri istenmiştir. 279 katılımcı hemşirenin 2/3, 37 madde arasında hemen hemen birbirine benzer nitelikteki sekiz maddeyi belirtmiştir.

Nitelikli sağlık hizmetleri sağlayan bu sekiz esas, 2001 araştırmasında kaynaklanan temalar ile uyushmaktadır ve daha önceki araştırmalardan elde edilen veriler, bunların çerçevesinde yeniden düzenlenebilmiştir. Bu Miknatışlığın esasları şunlardır:

- Klinik uzmanlık sahibi olan diğer hemşirelerle birlikte çalışma.
- Uyumlu hemşire-doktor ilişkisi ve iletişimi.
- Hemşire özerkliği ve sorumluluğu.
- Destek sağlayan yönetici hemşireler ve amirler.
- Hemşirelik uygulamaları ve uygulamada hemşirelik kontrolü.
- Eğitim (servis içi, kesintisiz eğitim vs.) desteği.
- Yeterli hemşire kadroları.
- Hasta sorunlarının ilk sırada yer alması (6).

2001 yılı araştırmasının Miknatış güçleri şunlardır:

1. Ülke ortalamasına kıyasla düşük hemşire istihdam devri.
2. Kurumda hemşirelerin yüksek öneme ve statüye sahip olmaları.
3. Yönetici hemşirelerin kurum hiyerarşisinde yüksek konumda olmaları.
4. Yönetici hemşirelerin iyi eğitilmiş ve nitelikli olmaları.
5. Hasta sorunlarının ilk sırada yer alması.
6. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik kontrolü.
7. Hastanede yeniliğe ilgi duyulması.
8. Uyumlu hemşire doktor ilişkisi ve iletişimi, yerleşik iletişim mekanizması.
9. Servis içinde kadro eksikliğini gidermek için çok az "joker" hemşire uygulaması.
10. Dolu yatak başına 1:1, 1 veya daha yüksek hemşire görevlendirme.

11. Katılımcı yönetim tarzı.
12. Yönetici geliştirme üzerinde durulması.
13. Ademi-merkezi organizasyon yapısı (düzleştirilmiş organizasyon yapısı).
14. Hastanenin genel yönetimine hemşire katılımı.
15. Yeterli hemşirelik kadroları.
16. Sorunların çözümü için birkaç kişi ile karar alma, derhal uygulamaya geçme ve izleme.
17. Esnek çalışma saatleri, kendi kendine çalışma saati belirleme.
18. Yeterliliğe dayalı klinik içi kariyer-terfi uygulaması.
19. Klinik uzmanlık sahibi olan diğer hemşirelerle birlikte çalışma.
20. Kadrolu hemşireler saat başı ücretli değil, maaşlı olarak çalışıyor.
21. Çalışanlar yaptıkları işlerden oldukça memnun.
22. Yüksek verimlilik ve yüksek performans beklentileri.
23. Ortak yönetim modeli yürürlükte.
24. Maaş tavanı esnekliği (deneyimli hemşire tavan ücreti artırılıyor).
25. Sabit kadrolu hemşire kadroları ("joker" hemşire uygulaması yok).
26. Servis içi sertifikalı eğitim olanağı ve eğitimi destekleme imkanları.
27. Yeni mezunlar veya yeni başlayanlar için hazırlık veya eğitim dönemi uygulaması.
28. Destek sağlayan yönetici hemşireler ve amirler.
29. Kıdemli hemşire veya şef gibi yönetici hemşire danışmanlık olanağı.
30. Uzmanlık alanında karar alma konusunda hemşire özerkliği ve sorumluluğu.
31. Temel hemşirelik gibi sağlık hizmetleri sağlamada profesyonel uygulama modelleri.
32. Yeterli destek hizmetleri (kantin, laboratuvar vs. gibi diğer servis hizmetleri).
33. Personelin eğitim verme sorumlulukları üzerine duyarlılık gösterilir.
34. Personel veya yeni işe girenler için planlı hazırlık dönemi uygulaması.
35. Hemşirelik uygulamalarında kesintisiz yeterlilik üzerinde vurgu.
36. Kariyer geliştirme ve kariyer fırsatları konusuna ilgi duyulması.
37. Kadrolu hemşirelerin yardımcı hemşire ve hasta bakıcı çalışmalarından sorumlu tutulması.

ANCC'nin misyonu global anlamda akreditasyon programları ve ilgili hizmetler aracılığıyla mükemmel hemşireliği ve sağlık hizmetlerini geliştirmektir. 2004'ün sonlarına doğru Mıknatıs işlemine ilginin artması sonucu maddi (pazarlama, hemşireleri elinde tutma ve toplumdaki imajı) ve manevi (bakımın sonuçları, hemşirelerin iş memnuniyeti ve işten ayrılması) değerler ile sağlık bakım kuruluşlarına yapılan ilgili harcamalar ANCC'nin kendini yenilemesini gerektirmiştir.

Manyetizmanın güçleri, mükemmellik kültürü oluşturmada hemşirelik hizmetleri müdürünün önemli liderlik görevini tanımlamaktadır. Kar amacı gütmeyen akreditasyon kuruluşlarında, bu sorumluluk doğrudan yönetim kuruluna bağlı olan hemşirelik hizmetleri müdürü olarak görev yapan yönetici direktörüne aittir. ANCC yönetim kurulu başkanı ile Mıknatıs Tanıma Programı başkanı, Mıknatıs hemşirelik hizmetleri yöneticileri, ANCC çalışanları, değerlendirme çalışmalarına katılanlar, Mıknatıs Komisyonu üyeleri, kurul üyeleri ve bilgi veren diğer anahtar kişiler birlikte program içinde gelişmeye imkan veren fırsatlar hakkında aylar süren görüşmeler yapmıştır. Gelişmekte olan bu program kapsamlı bir değerlendirme noktasına ulaşmıştır.

Değerlendirmenin ana amacı, yargıda bulunan ve karar vermekle yükümlü olan farklı gruplardan gelen değerlendirmeci kişilere yardımcı olmaktır. Değerlendirmelerde yargıya varılırken, araştırmalarda sonuçlara varılır. Araştırma, kurallar ya da nedensel ilişkiler arayışı içindeyken, değerlendirme açıklama yapmanın peşindedir. Yine de ANCC yönetimi bu gelişme basamağında programın etkinliği için değerlendirmeden daha fazlasını istemiştir. Yönetim, mıknatıs tanıma programının tahmini sürecine karşılık endüstriyel standartlar ve en iyi uygulamalar arasında bir karşılaştırma istemiştir (20).

4. 2. 2. 1. Program Değerlendirme Süreci

Değerlendirme dört ana başlık altında toplanmıştır:

- Doğruluk (elde edilen bilginin doğruluğunun kapsamı),
- Yararlı olma (sonuçların kullanıcıların ihtiyaç duyduğu pratik bilgiler sağlaması),
- Fizibilite (değerlendirmenin gerçeğe uygun, mantıklı, diplomatik olması),
- Dürüstlük (değerlendirmenin yasal ve etik olarak yapılması ve katılımcıların haklarını korunması).

Güvenilir ve tecrübeli bir program değerlendiricisinin seçilmesi sadece programın başarısı için değil aynı zamanda sonuçların uygulanması için de çok önemlidir. 2004 yılı Aralık ayının ortalarında Mıknatıs Tanıma Programı'nın başkanı kurum dışından bir program değerlendiricisi ile anlaşma imzalamıştır. Program değerlendiricisinin geçmişindeki yöneticilik stili, güvenilirliği ve sadece sağlık alanında değil aynı zamanda program değerlendirmedeki profesyonel deneyimi değerlendirmeci olarak seçilmesinde en önemli etken olmuştur. Kendisi, eski bir mıknatıs hemşirelik hizmetleri yöneticisidir, hastanelerde kapsamlı liderlik deneyimine sahiptir, ulusal akreditasyon kurumlarında hizmetlerde bulunmuştur. Bağımsız bir danışman olarak program değerlendirme alanındaki kapsamlı deneyimlerinin yanı sıra Mıknatıs değerlendirme sürecinde etkin bilgiye sahiptir. Bu çalışmanın amacı, sürecin ulusal alanda en iyi şekilde uygulanmasını devam ettirerek, kişilerin performans yönetim stratejilerini ve araştırmalarını duyurarak ANCC'nin ve Mıknatıs tanıma sürecinin güvenilirliğini sürdürmek ve geliştirmektir. Değerlendirici altı aydan uzunca bir süre mevcut süreci, ulusal standartlarla ve en iyi uygulamalarla karşılaştırmış, değerlendirmiştir. Program değerlendirmenin kapsamı şu şekilde gösterilmiştir.

- Bilirkişi başvurusunun, seçimi ve eğitim sürecinin belirlenmesi,
- Bilirkişilerin mevcut dağılımının ve niteliklerinin yanı sıra, performanslarını ve bilirkişi havuzunun performansının değerlendirme sisteminin değerlendirilmesi,
- Bölge takım lideri rolü için planın gözden geçirilmesi ve diğer akreditasyon veya tanıma işlemleriyle karşılaştırılması,
- Aşağıdaki kuruluşlarda yapılan akreditasyon veya tanıma işlemlerindeki en iyi uygulamaların analizinin yürütülmesi:

- * Amerikan Hemşirelik Kolejlere Derneği, Öğrenci Hemşire Konseyi,
- * Ulusal Hemşireler Birliği, Ulusal Hemşirelik Akreditasyon Komisyonu Birliği,
- * Malcolm Baldrige Kalite Programı;
- * Amerikan Tıp Kolejlere Birliği/ Amerikan Tıp Birliği, Tıp Eğitimi İrtibat Komitesi,
- * Amerikan Dış Hekimleri Birliği, Dışçılık Akreditasyonu Komisyonu;

- Anahtar değerlendirme süreçlerinin matrisinin oluşturulması. Bu matristen, diğer kuruluşlardan en iyi uygulamalarla değerlendirme sürecinin bütünlüğünü geliştiren bilgi temelli öneriler dizisi geliştirilmesi,
- ANCC çalışanları ile başarılı bir bilirkişinin, bilgi, beceri ve yeteneklerinden oluşan bir şablonun oluşturulması,
- Başarılı bir takım liderinin bilgi, beceri ve yetenek şablonunun oluşturulması (9).

4. 2. 2. 2. Süreç Basamakları

Değerlendirme sürecinin ilk bölümü, değerlendiricinin yürürlükteki sistemleri kullanabileceği şekilde tasarlamasıdır. Değerlendirici bu çalışmayı var olan program malzemelerini, ilke prosedür kılavuzlarını, bilirkişi raporlarını, bu konulardan söz eden ilgili e-postaları ve diğer materyalleri gözden geçirerek yapmaktadır. Ayrıca mıknaıs program ofisi çalışanları, mıknaıs komisyonu başkanı, mıknaıs komisyon üyeleri ile çeşitli görüşmeler yapar ve mevcut işlemin ilgili konusu ile ilgilenecek mıknaıs hemşirelik hizmetleri müdürlerini ve bilirkişilerini seçer.

Bilgileri doğrulamak için değerlendirici değerlendirmenin kapsamında sunulmuş ulusal program direktörleriyle, yüz yüze, telefon ve e-posta yoluyla bağlantı kurmuş, belgeler paylaşmış ve bilgi almak istemiştir. Verilerden ve görüşmelerden tutarlı konular gelmeye başladığında, önemli miktarda bilgi toplanmış ve tavsiyelerde bulunulmuştur. Tavsiyeler, diğer kuruluşların süreç ve en iyi uygulamaları hakkındaki bilgilerden, toplanan verilerden, problemler hakkında yapılan tartışmalardan ve değerlendiricinin kendi değerlendirme tecrübesinden oluşmaktadır. Sürecin başında ANCC yönetim kurulu başkanı ve mıknaıs tanıma kurulu başkanı bu tavsiyeleri dikkate almıştır. Tartışma sırasında yönetim kurulu başkanı tavsiyeler dahilinde önemli paradigma değişiklikleri olduğunu belirtmiştir. Mıknaıs Tanıma Programı için tavsiye edilen paradigma değişiklikleri şu şekildedir:

- İş arkadaşı incelemesinden, akran incelemesine,
- Pasif öğrenmeden, öğrenen topluluğa,
- Düşük teknolojiden, yüksek teknolojiye,
- Küçük iş modelinden, profesyonel iş modeline,
- Yetkinlik tabanlı değerlendirmeden, performans yönetimi modeline,
- Belirsizlikten, şeffaflığa.

29 Mart 2005 tarihinde birbiriyle en çok ilgili olan ilk 22 tavsiye Mıknatıs Komisyonu'na, ANCC kurul başkanına ve Mıknatıs Program Ofisi çalışanlarına sunulmuştur. Yapılan sunum, yapı, süreç ve çalışmanın tavsiyeleri ile ilgili olmuştur. Tavsiyeler sekiz alanda toplanmıştır: Bilirkişilerin nitelikleri, seçimi, eğitimi ve gelişimi, Bilirkişilerin ücretleri, Ekip ruhu, Tahmini süreç, Saha gezisi ve belgelerin gözden geçirilmesi, Komisyon büyüklüğü ve üyeleri, Yeni ürün geliştirilmesi, Bilgi elde etmede ve eğitimde teknolojinin kullanılması.

Yirmi iki tavsiyenin tümü Komisyon tarafından onaylanmıştır. Bu 22 tavsiye şu şekildedir.

- Manyetizma, liderlik ve program değerlendirme güçleri deneyimi olan, Mıknatıs bilirkişi başvurusunun tekrar tasarlanması.
- Hemşirelik hizmetleri müdürü ile birlikte yeni bilirkişiler tanımlayabilmek için sağlık hizmeti kuruluşlarıyla iş ortaklığının artırılması.
- Takım liderleri, eski bir hemşirelik hizmetleri müdürü veya Mıknatıs olarak tanınmış kuruluşlarda halen çalışmakta olan resmi hemşirelik hizmetleri müdürü olmak zorundadır.
- “Takım Danışmanı” görevinin tanımlanması. Takım danışmanı bir rol modelidir ve yeni bilirkişiler yetiştiren dönemsel bilirkişidir.
- Yeni bilirkişiler için “Mıknatıs Arkadaşı” görevinin oluşturulması.
- Mıknatıs bilirkişi takımının genişletilmesi ve takım uzmanı ile ziyaretin etkinliğini arttırabilmek için ziyaret süresinin kısaltılması, sağlık hizmet kuruluşuna yapılan harcamaların azaltılması.
- Mıknatıs bilirkişileri, sağlık hizmet kuruluşları yeniden tasarım dönemine girdiğinde bilirkişi olarak hizmet vermeye devam edebilir.
- Dönemsel bilirkişiler için bilirkişi eğitiminin kısa tutulması, ulusal toplantılarda güncellemeler yapılması ve e-öğrenim teknolojisinin kullanılması.
- Mıknatıs çalışanları için bilirkişi eğitimi, dönemsel bilirkişilerin eğitiminden daha farklı ve daha kapsamlı olmalıdır.
- Performans ödemelerinin, zamanında inceleme yapanların ücretlerini arttırma yoluyla telafi edilerek ödenmesi.
- Takım liderine, son raporu hazırlayabilmek için gereken fazladan çalışmayı karşılayacak ek bir ödemenin yapılması.

- Ziyaret için bilirkişiye ödenen miktar değişmemelidir. Seyahat ve konaklama masrafları, harcamaları standartlaştırmak amacı ile ziyaret harcama tutarının içine eklenmelidir.

- Bilirkişi döngü zamanını azaltılması ve başvuruların alınması döngüsünü yıllık hale getirilerek program verimliliğinin artırılması.

- Derinlemesine gözden geçirme gerektiren kuruluş içindeki alanlar konusunda bilirkişileri uyararak sonuç değişkenlerinin oluşturulması. Bu değişkenlerin, kuruluşların kendi kendini değerlendirmesi için kullanılabilir kılınması.

- Her günün sonunda bilirkişi ekibi ve sağlık kuruluşunun liderlik ekibi ile toplantılar yaparak sonuçların açıklanması, süreç ve diyalogun şeffaflığının artırılması.

- Bilirkişinin belgeleri incelemesinden sonra, “3” ve daha düşük puan vermesi durumunda, otomatik olarak ek belge istemini tetikleyecek bir uygulamanın oluşturulması ve sağlık hizmet kuruluşu tarafından gönderilebilecek belge sayısının sınırlanması.

- Yapı, süreç ve bulunan ölçütler arasında dengeyi kurabilmek için Manyetizma güçlerinin puanlarının değerlendirilmesi.

- Komisyon için dikkatsiz materyal uygulamasına devam edilmemesi.

- Mıknatıs Komisyonu’nu oluşturan unsurların belirlenip boyutunun artırılması.

- Farklı beceri gruplarının eklenmesi, ikinci düzey gözden geçirmenin derecesini artırmak için rapor gözden geçirme komisyonunun büyüklüğünün artırılması.

- Bilgi aktarımı ve değerlendirme sürecinin şeffaflığını artırmak için teknoloji kullanımının artırılması.

- Mıknatıs Tanıma Programı tarafından yeni kurumsal performans artırma araçlarının sunulması.

2005 yılından önceki Mıknatıs tanıma sürecinde bilirkişiler akademik ortamlardan ve sağlık hizmeti kuruluşlarından atanmıştır. Bilirkişilerin liderlik, Manyetizma gücünü uygulayabilme, programı değerlendirebilme, veri analizi ve yönetimi, grup süreci ve yeteneklerini uygulayabilme, organizasyonun yapısı ve ekibin davranışlarını anlatabilme alanlarında tecrübe ve yetenek sahibi olması gerekmektedir. Mıknatıs ölçütlerinde bilir kişiler yalnızca standartları yerine getirmeye değil, aynı zamanda sağlık hizmeti kuruluşunun çalışanları en iyi uygulamalar konusunda nasıl yönlendirdiğine ve kuruluş içinde uygulamaları nasıl kurum kültürüne dahil ettiğine de

bakmaktadır. Bu yetenek, Manyetizma güçlerinde ve mükemmelliğin yaşam biçimi olduğu çevrelerde bulunma tecrübesi gerekmektedir.

Manyetizma güçleri yönetime, liderlik tarzına ve mükemmel kültürler yaratmada hemşirelik hizmetleri müdürünün rolü üzerinde odaklandığından hemşirelik organizasyonları hemşirelik hizmetleri müdürünün liderlik izlerini taşımaktadır. Takım liderlerinin, tercihen Mıknatıs tanımlı kuruluşların eski ya da şu anki hemşirelik hizmetleri müdürleri olması tavsiye edilir.

Dışarıdan değerlendirici alma ANCC liderliğinde cesaretle yürütülen “korkusuzluk” yaklaşımını gerektirmiştir. Analizin, programın geleceği için çok önemli olduğuna inanılmaktadır. Dışarıdan alınan değerlendiriciye malzemeleri incelemesi, çalışanlarla konuşabilmesi ve programa en ince ayrıntısına kadar katılabilmesi için kayıtsız şartsız yetki verilmesi, araştırmada daha çok çalışma ve değişiklik gerektirebilecek ayrıntıların ortaya çıkması ihtimalini arttırmıştır. Değerlendirmenin başarısı için, direkt yaklaşımla olayları ve sonuçlarını ortaya koyan değerlendirici ile lider arasında yapılan ortaklık çok önemlidir.

Yeni sistem ile Mıknatıs uygulamalarının, başarı ve süreç planını eşleştirmesi diğer tavsiyelerde olduğu gibi sadece bütçe ve çalışan sonuçlarını değil aynı zamanda yasal sonuçları da doğurmuştur. Bazı tavsiyelerin gerçekleştirilmesi bütçe planı ile 2006-2007 bütçesinin entegrasyonu, iki sistemin de yürütülebilmesi için çalışanların ek bir çalışma yapmasını ve uygulamanın sınırlarının belirsizleşmesini gerektirmiştir. Birçok paradigmanın açıklanması ve değiştirilmesi sebebi ile programın başından itibaren yasal bir danışman buldurmak önemlidir. Yasal danışman, ekip toplantılarında ve Komisyona sonuçların ve tavsiyelerin tartışılıp sunulması sırasında görev almıştır. Dönüşüm sürecinde müzakerelerin bir olasılığa yönelmesini ve bu olasılığın nasıl hayata geçirileceğinin belirlenmesini sağlamıştır. Herhangi bir değişim planında yasal sonuçları düşünmek önemli olsa da, bu durum liderleri programın gücünü ve dürüstlüğü geliştirmesinden alıkoymamalıdır.

Mıknatıs Tanıma Programı gibi yüksek önemdeki bir işi yürütmek için mükemmelliğe odaklanmak, ilgili kişilerin çalışmasını sağlamak ve ulusal programlardan en iyisini aramaya gönüllü olmak gerekmektedir. Tüm programlar ve sistemler güvenilir bir meslektaşın veya meslektaşların dışarıdan inceleme yapmasından yararlanabilmektedir (37).

4. 2. 2. 3. Magnet - JCAHO Karşılaştırması

Magnet'in JCAHO ile ilişkisi:

Son zamanlarda Hastaneler için Akreditasyon Bileşik Komisyonu (JCAHO), hemşirelik bakımının kalitesinin ve hasta güvenliğinin sağlanmasında yüksek standartlar içeren Magnet unvanının değerini kabul etmiştir. Organizasyonların gözden geçirilmesinde, güncel ölçümler yapılmaktadır. Bu güncel ölçümleri yapan kimseler bir hasta seçer ve hastanın bakımı ile ilgili olarak yapılmış olan kayıtları inceleyerek, bakımın devamlılığını hasta aracılığı ile izlerler. Bu şekilde organizasyondaki hizmetler ve sağlanan bakım için standartlar tayin etme ve değerlendirme yapmada ölçüm yapanlara kolaylık sağlanmaktadır. Hastaneler için Akreditasyon Bileşik Komisyonu, Ocak 2006'dan itibaren tüm devamlı Akreditasyon gözden geçirmelerinin bildirimsiz olacağını ilan etmiştir. Bu değişiklik ölçüm yapanlara, normal koşullardaki performansı ve sürekli sağlanan yüksek kaliteli bakımı gözlemlemek için olanak sağlamaktadır. Bazı organizasyonlar için bu yeni durum, hazır olmamışlık hissine yol açmaktadır.

Hastaneler için iyi haber ise, Magnet statüsüne hazırlanılması, Magnet statüsünün kazanılması ve devam ettirmesi sürecinin, JCAHO Akreditasyonuna hazırlık süreci ile birlikte geldiğinde aşırı derecede yararlı olmasıdır. Magnet ve JCAHO bir çok yönden tamamlayıcıdır.

Magnet ve JCAHO Benzerlikleri:

- Magnet onaylaması ve JCAHO Akreditasyonu'na başvurabilmek için organizasyonlar bir ücret öderler.
- Her ikisinde de gözden geçirmeler veya ziyaretler iki ila üç gün gerektirmektedir.
- Her ikisinde de değerlendirenlerin görüşmelerinin odağı çalışanların sağladığı doğrudan hasta bakımınıdır.
- Organizasyonların standartlara titiz bir bağlılık göstermeleri gerekir.
- Görüşmeciler, mükemmel uygulamalara, kalite verilerinin kıyaslanmasına, hemşirelik kadrosunun oranlarına ve bakım çevresine ilgi duyarlar.
- Görüşmeciler, kanıta dayalı, güncel ve uygulama ile ilgili oluşumların politika ve prosedürlerini dönemler halinde tekrar gözden geçirirler.

- Profesyonel gelişim değerlidir, çalışanların dosyaları ziyaret boyunca gözden geçirilir.
- Devam eden gözden geçirmeler Akreditasyonu sürdürmeyi gerektirir.
- Magnet onaylaması dört yıl için yerine getirilir; düzenli JCAHO gözden geçirmeleri ise her üç yılda bir olur.
- Organizasyon standartları sürdürmede başarısız olursa her ikisinde de karar iptal edilebilir.
- Tüketicilerin ilgileri ve bildirdikleri konular ziyaret boyunca araştırılır.

Magneti Hazırlama ve Sürdürmede JCAHO'nun Faydaları:

- Konu ile ilgili güncel, kanıta dayanan politika ve prosedürler hazırlar.
- Disiplinler arası takım çalışması, saygı ve organizasyonel gururu besler ve sürdürür.
- Organizasyonel veri tabanları tekrar gözden geçirilir ve güncellenir.
- Devam eden izleme sistemi, ulusal veri tabanı kıyaslamasına katılıma olanak sağlar.
- Uygulama süreklidir, değerlendirme ve değişim deneysel kanıta dayalıdır.
- Disiplinler arası işbirliğini artırır.
- Kalite geliştirme projeleri kadrolu hemşireler tarafından sürdürülür (20).

Magnet unvanı hemşirelik bakımında bir organizasyonun almak istediği en büyük ödüldür. Hemşirelikte ve hasta bakımında en iyi kanıtları sağlayan bir sistemdir. Magnet statüsü, baştanbaşa uluslar arası profesyonel hemşirelik standartlarını destekler. Magnet hastaneleri, hemşirelik ve hasta bakımını ölçümlendiği altın standartlara sahiptir. 97 bireysel kriteri ile Magnet Onaylama'sı, hastanelerin tüm hasta bakım alanlarının teftişini kapsar. Standartları tayin etmek titizlik gerektirir, bir çok parçayı bir araya getiren süreçler söz konusudur.

Çok az sayıda sağlık bakım organizasyonu tüm bu elementleri birlikte başarılı bir şekilde yerleştirme ve üstesinden gelme konusunda yetenekli olabilir. Ancak organizasyonlar Magnet statüsüne sahip olunca kendi alanlarında dikkate alınırlar. Magnet hastaneleri, bakım hizmetleri veren diğer kuruluşlardan daha iyi personel oranlarına ve liderlik yapılarına sahiptirler. Magnet statüsü, tüm seviyelerdeki çalışanları cezp ederek ve kurumda tutarak organizasyonu destekler. Sınırsız fırsatlar,

araştırmalar ve otonomi, hemşireleri yeteneklerini geliştirmede kendine eker. Yapılan araştırmalar, Magnetli hastanelerin iyi bir hemşirelik bakımı sağlamada cazip istihdam yerleri olduğunu göstermiştir. Bu hastanelerde, kaliteli hasta sonuçları için profesyonel uygulama ortamı yaratılmakta ve sürdürülmektedir. Magnet, mükemmel bir hemşirelik bakımı sağlamada büyük bir ulusal ve uluslar arası onaylama programıdır.

Hemşirelik bakımının sonuçlarını tanımlamak için hemşirelik aktivitelerine ve yapısal kaynaklara ihtiyaç vardır. Sonuçlar pozitif ve negatif göstergeleri içine alır. Standartlar kalite, fonksiyon ve süreçlerin geliştirilmesinde bir adrestir. Sonuçlar ve göstergeler, mkemelliğin değeri ve derecesinin ölümüne hizmet eder (18).

4. 2. 2. 4. Magnet Onaylama Programının Yararları

- Hemşireleri kuruma çekmek ve kurumda tutmak için majör bir faktördür.
- Bir rekabet etme aracı ve avantajıdır.
- Olumlu işbirliğini ve olumlu ilişkileri destekler.
- “Magnet Kültürü” yaratmak için bir yöntemdir.
- Hasta sonuçlarını olumlu yönde yükseltir.
- Hemşirelik uygulamalarının başarısını yaymak için ve profesyonel hemşirelerle bakımın verilebilmesi için bir araç sağlar.
 - Profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen bir ortamda kaliteyi yükseltir.
 - Hemşirelerin profesyonel yeteneklerini korumalarını sağlar.
 - Yüksek kaliteli hemşirelik uygulamalarına bağlılık artar.
 - Magnet hastanelerinin sunduğu profesyonel uygulama ortamında çalışacak tüm sağlık personelini kuruma çekmede rekabete dayanan avantajlar sağlar.
 - Magnet hastaneleri, olumlu ve güçlü toplum etkileşiminin varlığı ile tanınırlar (20).
 - Mıknatıs hastane tanımı, hemşirelik imajını olumlu yönde değiştirir.
 - Hemşirelere, öğrendikleri ve inandıkları hasta bakımı prensiplerini uygulama şansı yaratır.
 - Sürekli eğitim alma isteğini arttırır.
 - Hastane idaresi içinde hemşirelik liderliğinin önemini ortaya koyar.
 - Hastanelerdeki hemşire sayısını stabilize eder.

- Tüketicinin memnuniyetini arttırır.
- Hastanede yatış günü sayısını azaltır.
- Hasta mortalitesini düşürür.
- Kaliteli hemşire arama ihtiyacını azaltır.
- Yeni hemşirelere iş verme ile ilgili işlemleri ve oryantasyon ile ilgili masrafları azaltır.
- Hastane çalışanlarının moralini yükseltir (11).

GEREÇ VE YÖNTEM

Hemşirelik faaliyetlerinin eğitim, yönetim ve araştırma açısından desteklenmesi insan sağlığının ve hasta güvenliğinin korunmasında, kaynakların etkin kullanımında ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde fayda sağlar. Hemşirelik hizmetlerinin niteliği hemşirelik uygulamasının, eğitiminin, yönetiminin ve araştırmasının birbirini tamamlayan faaliyetlerine bağlıdır. İyi bir bakım uygulamasında, belirli standartlar geliştirilip uygulanmadan kaliteli bakımdan söz etmek olası değildir. Hemşirelik uygulamalarının kalitesi gözetilecek hemşirelik standartlarına bağlıdır. Mükemmel bir hasta bakımı sunmada rehber alınacak standartların belirlenmesi, bakımın kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesinde yararlı sonuçlar ortaya çıkaracaktır.

Araştırmanın Amacı:

Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetlerinin güvence altında olduğunu gösterecek standartları belirlemektir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Türkiye'de akredite olmuş hastaneler ile hemşirelikte lisans eğitimi veren hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okullarıdır. Araştırma, 2006 Haziran ile 2007 Haziran ayları arasında gerçekleşmiştir.

Araştırmanın Yöntemi:

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evreni, Türkiye'de akredite olmuş veya olmakta olan/başvurmuş hastanelerin üst ve orta düzey hemşirelik yöneticileri ile hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okullarının hemşirelik yönetimi eğitimcilerinden, toplam 48 kişiden oluşmaktadır. Evrenin tümüne ulaşılması planlanmış ve örneklem seçilmemiştir.

Araştırmanın Soruları:

- Ülkemizdeki sağlık bakım kuruluşlarında verilen hemşirelik hizmetlerinin niteliğini güvence altına alan standartlar neler olmalıdır?

- Hemşirelik bakımının kalitesinin değerlendirilmesinde var olan uluslar arası standartlar bizim ülkemiz için yol gösterici olabilir mi?

Verilerin Toplanması:

Araştırma verilerinin toplanması 2007'de Şubat-Mayıs ayları arasında gerçekleşmiştir. Türkiye'de var olan 8 Hemşirelik Yüksek Okulu ve 40 Sağlık Yüksek Okulundan, Hemşirelikte Yönetim dersini veren hemşirelik programı mezunu 58 "hemşirelik yönetimi eğitimcisine" veri toplama formu e-mail ile sanal ortamda gönderilmiştir.

Bunlardan 30 kişiden cevap alınmıştır. Önce telefon ile görüşülerek konu hakkında haberdar edilen ve e-mail adresleri alınan eğitimcilere daha sonra veri toplama formu gönderilmiştir. İlk göndermede cevap veren 26 kişi olmuş, iki ay sonra yapılan hatırlatma ile 4 kişi daha cevap vermiştir.

Türkiye genelinde tespit edilen, akredite olmuş (10 özel) ve olmakta olan (3 özel+1 üniversite hastanesi) 14 hastanede ve bunların şubelerinde görev yapan 26 hemşirelik yöneticisine veri toplama formu e-mail ile gönderilmiştir. İki ay sonra yapılan hatırlatma ile birlikte toplam 20 yönetici hemşireden cevap alınmıştır. Toplam cevaplanma oranı %60.9'dur.

Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın veri toplama yöntemi ankettir. Kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm (Ek-1), "diploma unvanı", "eğitim durumu", "çalışılan kurum", "unvan", "öğretim elemanı olarak çalışma süresi", "yönetici hemşire olarak çalışma süresi" ve "hemşirelik bakımının niteliğini güvence altına alan standartlarla ilgili bilgi sahibi olma durumu" gibi bireysel özelliklere ait, araştırmacı tarafından oluşturulmuş, on sorudan oluşan bir bilgi formu şeklindedir.

İkinci bölüm için (Ek-2), American Nurses Credentialing Center'ın "Magnet Recognition Program", Recognizing Excellence in Nursing Services, Application Manual 2005 kaynağından yararlanarak, "Magnet Hastaneler" in tayininde Amerikan Hemşirelik Kredilendirme Merkezinin gözettiği on dört ana başlık altında toplanmış 70 standart ifadesi alınmış ve dilimize çevrilmiştir.

Manyetizmanın güçlerini oluşturan bu on dört ana özellik ve onların altında yer alan 70 standardın dağılımı şu şekildedir:

- Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi - 8 standart,
- Kurumsal Yapı - 3 standart,
- Yönetim Biçimi – 3 standart,
- Personel Politikaları ve Programları -7 standart,
- Profesyonel Bakım Modelleri – 4 standart,
- Bakımın Kalitesi – 5 standart,
- Kaliteyi Geliştirme – 4 standart,
- Danışmanlık ve Kaynaklar – 5 standart,
- Otonomi – 5 standart,
- Toplum ve Sağlık Kurumu – 3 standart,
- Eğitimci Olarak Hemşireler – 6 standart,
- Hemşireliğin İmajı – 2 standart,
- Disiplinler Arası İlişkiler – 5 standart,
- Profesyonel Gelişim – 4 standarttır.

Magnet standartları tercüme edildikten sonra, tez danışmanının rehberliğinde Türkçe cümle yapısına uyacak şekilde, her bir standart Türkçe ve İngilizce metinler rehber alınarak, anlamından uzaklaşmamak koşuluyla yeniden düzenlenmiştir. Standartlar tercüme edilip aynen yazılmadığından dil geçerliliği aranmamıştır.

Düzenlenen özellikler konu başlıkları sırasına uygun olarak sıralanarak bir form şekline getirilmiş ve yedi uzmandan oluşan (Ek-5) hakemlere sunularak anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi istenmiş, düzeltmeler konusunda tavsiyeler alınmıştır

Uzman görüşlerine göre yapılan değişiklikler ile form altı hakemden oluşan (Ek-5) ikinci ve daha sonra iki hakemden oluşan (Ek-5) üçüncü hakem grubuna sunulmuş ve anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi istenmiştir.

Hakemlerin öngördükleri değişiklikler, tez danışmanının rehberliğinde veri toplama formuna yansıtılmış, her bir madde yeniden ele alınarak anlaşılabilirliği yönünde değerlendirilmiş ve son şekli verilmiştir.

Hemşirelik bakımının niteliğinin güvence altına alınması ile ilgili, uzmanların görüşleri alınarak dilimize uyarlanmış ve anlaşılabilirliği sağlanmış yetmiş özellik,

Likert tipinde (kesinlikle ulaşılabilir, ulaşılabilir, belki ulaşılabilir, ulaşılması çok zor, ulaşılamaz olmak üzere) beş bölüme ayrılarak düzenlenmiş ve seçenekler sırasıyla 4, 3, 2, 1, ve 0 şeklinde puanlandırılmıştır.

Magnet uyarlamasında puanların artması, ülkemizde hemşirelik hizmetlerinde daha kolay ulaşılacak standartlar hakkında fikir vermektedir. Magnet uyarlamasında puanların azalması, ülkemizde hemşirelik hizmetlerinde hedef alınacak, ancak daha zor ulaşılabilecek standartlar hakkında fikir vermektedir.

Bakım Dostu Hastanelerde bulunması gereken özellikler için, hemşirelik bakımının niteliğinin güvence altına alınması ile ilgili özellikleri içeren, yetmiş maddeli bir liste hazırlanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

- Ülkemizde Akredite olmuş sağlık kuruluşu sayısının azlığı, görüşü alınabilecek yönetici hemşire sayısını sınırlamıştır.

Araştırma Verilerinin Analizi:

Anket verilerinin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler ve kullanım yerleri şu şekildedir:

- Yüzde dağılımı: Katılımcıların sahip olduğu özellikler oransal olarak karşılaştırılmıştır. Katılımcıların “zelliklerin ulaşılabilirliğine ilişkin görüşleri” oransal olarak karşılaştırılmıştır. Katılımcıların kurumlarına göre “Bakım Dostu Hastanelerin sahip olması gereken özellikler ile ilgili görüşleri” oransal olarak karşılaştırılmıştır. Katılımcıların “Bakım Dostu Hastaneler”e ilişkin sıklıkla seçilen özelliklerin ulaşılabilirliğine dair görüşlerinde seçilme sıklığı oransal olarak karşılaştırılmıştır.

- Bağımsız gruplarda ki-kare testi: Katılımcıların “zelliklerin ulaşılabilirliğine ilişkin görüşleri” karşılaştırılmıştır. Katılımcıların kurumlarına göre “Bakım Dostu Hastanelerin sahip olması gereken özellikler ile ilgili görüşleri” karşılaştırılmıştır.

- Ağırlıklı puan hesaplanması: Sinanan 70 özelliğin ulaşılabilirlik derecesine göre sıralanması için; her özelliğin, ulaşılabilirlik puanı (kesinlikle ulaşılabilir 5p., ulaşılabilir 4p., belki ulaşılabilir 3p., ulaşılması çok zor 2p., ulaşılamaz 1p.) o özelliği seçenlerin sayıları ile çarpılıp, satır toplamı alınarak ağırlıklı toplam puanı hesaplanmıştır.

BULGULAR

“Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetlerinin güvence altında olduğunu gösteren standartları belirlemek” amacı ile yapılan araştırmaya ait bulgular iki başlık altında toplanmaktadır:

1. Öğretim elemanlarının ve yönetici hemşirelerin özellikleri,
2. Araştırma sorularına ait bulgular.

1. Öğretim Elemanlarının (Ö.E.) ve Yönetici Hemşirelerin (Y.H.) Özellikleri

Tablo 1 A’da araştırmaya katılan Ö.E.’lerinin ve Y.H.’lerin eğitim durumu görülmektedir:

- Hemşirelik Yüksek Okullarında (H.Y.O.) görevli olup anketi yanıtlayan Ö.E.’lerinin %27.2’sinin (3kişi) yüksek lisans programı, %72.7’sinin (8 kişi) doktora programı mezunu olduğu,
- Sağlık Yüksek Okullarında (S.Y.O.) görevli olup anketi yanıtlayan Ö.E.’lerinin %26.3’ünün (5 kişi) lisans programı, %47.3’ünün (9 kişi) yüksek lisans programı, %26.3’ünün (5 kişi) doktora programı mezunu olduğu,
- Y.H.’lerin %5’inin (1 kişi) sağlık meslek lisesi, %20’sinin (4 kişi) ön lisans programı, %25’inin (5 kişi) lisans programı, %30’unun (6 kişi) yüksek lisans programı, %20’sinin (4 kişi) doktora programı mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1 B’de araştırmaya katılan Ö.E.’lerinin ve Y.H.’lerin unvanları görülmektedir:

- Ö.E.’lerin %6.6’sının (2 kişi) profesör doktor, %3.3’ünün (1 kişi) doçent doktor, %20’sinin (6 kişi) yardımcı doçent doktor , %56.6’sının (17 kişi) öğretim görevlisi, %13.3’ünün (4kişi) araştırma görevlisi olduğu,
- Y.H.’lerin %5’inin (1 kişi) profesör doktor unvanlı başhemşire, %50’sinin (10 kişi) başhemşire ve yardımcısı, %45’inin (9 kişi) bölüm baş hemşiresi ve yardımcısı ve hizmet içi eğitim koordinatörü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1 C’de araştırmaya katılan Ö.E.’lerinin ve Y.H.’lerin “deneyimleri” ve “standartlara ilişkin bilgi durumları” görülmektedir:

- Ö.E.'lerinin %80'inin (24 kişi) 10 yıl ve altı, %20'sinin (6 kişi) 11 yıl ve üzeri "eğitim elemanı olarak" deneyim sahibi olduğu,
- Ö.E.'lerinin deneyimlerinin dağılımı 2 ile 33 yıl arasında olup, ortalama 9.13 ±6.8 yıl olduğu,
- Ö.E.'lerinin %53.3'ünün (16 kişi) "hemşirelik bakımının niteliğini güvence altına alan standartlara ilişkin bilgisi"nin olduğu, %46.6'sının (14 kişi) standartlara ilişkin bilgisinin olmadığı,
- Y.H.'lerin %55'inin (11 kişi) 10 yıl ve altı, %45'inin (9 kişi) 11 yıl ve üzeri yönetici hemşire olarak deneyim sahibi olduğu,
- Y.H.'lerin deneyimlerinin dağılımı 0.3 ile 19 yıl arasında olup, ortalama 6.34 ±6.04 yıl olduğu,
- Yönetici hemşirelerin %70'inin (14 kişi) "hemşirelik bakımının niteliğini güvence altına alan standartlara ilişkin bilgisi"nin olduğu, %30'unun (6 kişi) standartlara ilişkin bilgisinin olmadığı belirlenmiştir.

Ankete Katılanların Özellikleri (N:50)

Tablo 1.A

Eğitimi	Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans		Yüksek Lisans		Doktora ve Üzeri		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Öğretim Elemanları n: 30	SYO	-	-	-	5	26.3	9	47.3	5	26.3	19	100	
	HYO	-	-	-	-	-	-	3	27.2	8	72.7	11	100
Yönetici Hemşireler n: 20		1	5	4	20	5	25	6	30	4	20	20	100
Toplam		1	2	4	8	10	20	18	36	17	34	50	100

Tablo 1.B

Unvanı	Öğretim Üyeleri						Öğretim Görv.	Araş. Görv.	Başhemşire ve Yardımcısı	Bölüm Başhemşiresi ve Yardımcısı ve HİEK	Toplam					
	Prof. Dr.		Doç. Dr.		Yard.Doç.Dr.						n	%	n	%		
	n	%	n	%	n	%					n	%	n	%		
Öğretim Elemanları n: 30	2	6.6	1	3.3	6	20	17	56.6	4	13.3	-	-	-	-	30	100
Yönetici Hemşireler n: 20	(1*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11*	55	9	45	20	100
Toplam	2	4	1	2	6	12	17	34	4	8	11	22	9	18	50	100

(*) Yönetici hemşirelerden biri, profesör doktor unvanına sahip bir başhemşiredir. Bu durum tablonun ilgili her iki ayrı gözünde de gösterilmiştir. Yönetici hemşirelerin sayısı toplam yirmidir.

Tablo 1.C

	Deneyimi				Standartlara (Özelliklere) İlişkin Bilgisi			
	10 Yıl ve Altı		11 Yıl ve Üzeri		Var		Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Öğretim Elemanları n: 30	24	80	6	20	16	53.3	14	46.6
Yönetici Hemşireler n: 20	11	55	9	45	14	70	6	30

2. Araştırma Sorularına Ait Bulgular

Ö.E.'larının ve Y.H.'lerin hemşirelik hizmetleri için rehber olabilecek özelliklere Türk hemşireliğinin ulaşabilmesine dair görüşleri Tablo 2-15'te görülmektedir.

Tablo 2.A
Katılımcıların “Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

1. Özellik: Hemşirelerin alanlarında ilerlemeleri için desteklenmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 29	17	58.6	10+2	41.3	29	100
Yöneticiler n: 19	16	84.2	3+0	15.7	19	100
Toplam	33	68.7	15	31.2	48	100

$$x^2 = 3.53 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur, bu sütun tablodan çıkarılarak işlem yapılmıştır. Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 2.B

2. Özellik: Hemşirelik biriminin misyonu ile kurumun bu yönü arasında uygunluk.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	16	53.3	8+6	46.6	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	5+1	30	20	100
Toplam	30	60	20	40	50	100

$$x^2 = 1.38 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 2.C

3. Özellik: Hemşirelik hizmetleri müdürü hemşirelerin en üst yöneticisi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 28	15	53.5	6+5+2	43.3	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	5+0+1	30	20	100
Toplam	29	60.4	19	39.5	50	100

$$x^2 = 1.35 \quad p > 0.05$$

Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 2.Ç

4. Özellik: Hemşire yöneticilerin yeterli kaynaklar ile hemşirelik uygulamalarını destekleyebilmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	9	30	9+10+2	70	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	5+1	30	20	100
Toplam	23	46	27	54	50	100

$$x^2 = 7.71 \quad p < 0.05$$

Tablo 2.D

5. Özellik: Hemşire memnuniyetinin ölçülmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	23	76.6	6+0+1	23.3	30	100
Yöneticiler n: 20	15	75	4+1	25	20	100
Toplam	38	76	12	24	50	100

$$x^2 = 0.00 \quad p > 0.05$$

Tablo 2.E

6. Özellik: Hemşirelerin değişikliklerin planlanmasında karar verme sürecine katılması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	11	36.6	11+7+1	63.3	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	2+2	20	20	100
Toplam	27	54	23	46	50	100

$$x^2 = 9.03 \quad p < 0.05$$

Tablo 2.F

7. Özellik: Hemşirelerin karar mekanizmasına katılması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	9+7+1	56.3	30	100
Yöneticiler n: 20	15	75	2+3	25	20	100
Toplam	28	56	22	44	50	100

$$x^2 = 4.86 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 2.G

8. Özellik: Hemşirelerin çalışma gruplarına katılması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 28	24	85.7	4+0	14.2	28	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+1	15	20	100
Toplam	41	85.4	7	14.5	48	100

$$x^2 = 0.00 \text{ p} > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur. Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 3.A

Katılımcıların “Kurumsal Yapı”yı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

9. Özellik: Hemşirelik müdürü planlama ve yürütmede karar mekanizmasının bir üyesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 28	10	35.7	8+8+2	64.2	28	100
Yöneticiler n: 20	13	65	5+1+1	35	20	100
Toplam	23	47.9	25	52.0	48	100

$$x^2 = 4.09 \text{ p} < 0.05$$

Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 3.B

10. Özellik: Hemşirelik çalışmalarında katılımcı karar süreci.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	11+6+1	60	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	3+1	20	20	100
Toplam	28	56	22	44	50	100

$$x^2 = 7.77 \quad p < 0.05$$

Tablo 3.C

11. Özellik: Kurumsal yapının değişikliklere duyarlı olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	15+2	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	3+1	20	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 6.6 \quad p < 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 4.A

Katılımcıların “Yönetim Biçimi”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

12. Özellik: Hemşirelik müdürünün, açık iletişim ve akılcı uyarma ile diğerlerini etkilemesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	16	53.3	8+6	46.6	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	3+0	15	20	100
Toplam	33	66	17	34	50	100

$$x^2 = 5.34 \quad p < 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 4.B

13. Özellik: Hemşireler arasında etkili yatay ve dikey iletişim.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	20	66.6	5+5	33.3	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	2+0	10	20	100
Toplam	38	76	12	24	50	100

$$x^2 = 3.56 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 4.C

14. Özellik: Lider/yönetici hemşireleri görme ve ulaşılabilme imkanı.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	18	60	9+3	40	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	2+0	10	20	100
Toplam	36	72	14	28	50	100

$$x^2 = 5.35 \quad p < 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 5.A

Katılımcıların “Personel Politikaları ve Programları”nı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşılabilmesine Dair Görüşleri

15. Özellik: Hemşirelik hizmetleri için belirlenmiş hedeflere ulaşma.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	9	30	17+4	70	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	3+0+1	20	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 8,53 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.B

16. Özellik: Hemşirelik süreci.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	8	26.6	12+9+1	73.3	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	1+1+1	15	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 16.32 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.C

17. Özellik: Kariyer geliştirme planı.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	11	36.6	10+5+4	63.3	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	4+2	30	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 5.32 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.Ç

18. Özellik: Çalışan hakları ve güvenli bir iş ortamı.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	6	20	16+5+3	80	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	1+0+1	10	20	100
Toplam	24	48	26	52	50	100

$$x^2 = 23.55 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.D

19. Özellik: Hemşirelerin nöbet listelerinde esneklik sağlanması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	22	73.3	5+1+2	26.6	30	100
Yöneticiler n: 20	19	95	1+0	5	20	100
Toplam	41	82	9	18	50	100

$$x^2 = 3.8 \quad p > 0.05$$

Tablo 5.E

20. Özellik: Hemşireleri işe alma ve kuruma bağlılıklarını sağlama.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	11	36.6	11+7+1	63.3	30	100
Yöneticiler n: 20	19	95	1	5	20	100
Toplam	30	60	20	40	50	100

$$x^2 = 17 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.F

21. Özellik: Hemşireleri işe alma ile ilgili uzun vadeli planlara hemşirelerin de katılımı.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	8+6+3	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	3+0+1	20	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 6.6 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.G

22. Özellik: Profesyonel uygulamaya fırsat.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	6	20	16+6+2	80	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+0+1	15	20	100
Toplam	23	46	27	54	50	100

$$x^2 = 20.39 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.H

23. Özellik: Hemşirelik, finans ve insan kaynakları bölümleri arasında işbirliği.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	17	56.6	7+5+1	43.3	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	6+0	30	20	100
Toplam	31	62	19	38	50	100

$$x^2 = 5.95 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.I

24. Özellik: Personel politikalarının ilerlemeyi desteklemesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	12+3+2	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	3+1	20	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 6.6 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.İ

25. Özellik: Performans değerlendirme.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	18	60	8+2+2	40	30	100
Yöneticiler n: 20	19	95	1+0	5	20	100
Toplam	37	74	13	26	50	100

$$x^2 = 7.63 \quad p < 0.05$$

Tablo 5.J

26. Özellik: Kendini değerlendirme.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	15	50	9+5+1	50	30	100
Yöneticiler n: 19	17	89.4	1+1	10.5	19	100
Toplam	32	65.3	17	34.6	49	100

$$x^2 = 7.95 \quad p < 0.05$$

Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 5.K

27. Özellik: İş arkadaşlarının değerlendirmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	10	33.3	11+6+3	66.6	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+0+1	15	20	100
Toplam	27	54	23	46	50	100

$$x^2 = 12.87 \quad p < 0.05$$

Tablo 6.A**Katılımcıların “Profesyonel Bakım Modelleri”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri**

28. Özellik: Uygun bakım verme modelleri benimsenmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	8	26.6	14+6+2	73.3	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	1+1+1	15	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 16.932 \quad p < 0.05$$

Tablo 6.B

29. Özellik: Bakım verme modellerinin, uygulama ve çağdaş yönetim kavramlarına dayalı olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	7	23.3	12+9+2	76.6	30	100
Yöneticiler N: 20	18	90	1+0+1	10	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 21.32 \quad p < 0.05$$

Tablo 6.C

30. Özellik: Bakım verme modelleri ile hemşirelik mevzuatı arasında uyum.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	7	23.3	17+4+2	76.6	30	100
Yöneticiler n: 20	12	60	6+1+1	40	20	100
Toplam	19	38	31	62	50	100

$$x^2 = 6.83 \quad p < 0.05$$

Tablo 6.Ç

31. Özellik: Hemşirelerin kliniklerde görevlendirilmesinin ihtiyaçlar, deneyim ile örtüşmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitmciler n: 30	14	46.6	10+5+1	53.3	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+1	15	20	100
Toplam	31	62	19	38	50	100

$$x^2 = 4.83 \quad p < 0.05$$

Tablo 7.A

Katılımcıların “Bakımın Kalitesi”ni Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

32. Özellik: Kaynak yönetim süreci.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitmciler n: 30	12	40	11+6+1	60	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+1	15	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 9.96 \quad p < 0.05$$

Tablo 7.B

33. Özellik: Hasta ve personel güvenliği sistemleri.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitmciler n: 30	13	43.3	11+5+1	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+1	15	20	100
Toplam	30	60	20	40	50	100

$$x^2 = 8.66 \quad p < 0.05$$

Tablo 7.C

34. Özellik: Hemşirelik ahlaki kuralları, hasta hakları.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	22	73.3	4+4	26.6	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	3+0	15	20	100
Toplam	39	78	11	22	50	100

$$x^2 = 0.93 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 7.Ç

35. Özellik: Araştırmaya ve kanıta dayalı uygulama.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	5	16.6	17+6+2	83.3	30	100
Yöneticiler n: 20	15	75	4+0+1	25	20	100
Toplam	20	40	30	60	50	100

$$x^2 = 17 \quad p < 0.05$$

Tablo 7.D

36. Özellik: Hemşireler yüksek kaliteli bakım sağladıklarının farkında.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	15	50	11+3+1	50	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	2+0	10	20	100
Toplam	33	66	17	34	50	100

$$x^2 = 8.53 \quad p < 0.05$$

Tablo 8.A**Katılımcıların “Kaliteyi Geliştirme”yi Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri**

37. Özellik: Klinik ve yönetsel süreçlerin ve bakıma ilişkin sonuçların değerlendirilmesi için programlar.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	10	33.3	12+7+1	66.6	30	100
Yöneticiler n: 20	13	65	6+1	35	20	100
Toplam	23	46	27	54	50	100

$$x^2 = 4.82 \quad p < 0.05$$

Tablo 8.B

38. Özellik: Klinik sonuçların değerlendirilmesi ve geliştirilmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	12+4+2	60	30	100
Yöneticiler N: 20	14	70	4+2	30	20	100
Toplam	26	52	24	48	50	100

$$x^2 = 8.37 \quad p < 0.05$$

Tablo 8.C

39. Özellik: Göstergelerin karşılaştırılması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	9+6+2	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	2+2	20	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 6.6 \quad p < 0.05$$

Tablo 8.Ç

40. Özellik: Her düzeyden hemşirenin kalite geliştirme sürecine katılımı.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	22	73.3	4+3+1	26.6	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	5+0+1	30	20	100
Toplam	36	72	14	28	50	100

$$x^2 = 0.04 \quad p > 0.05$$

Tablo 9.A

Katılımcıların “Danışmanlık ve Kaynaklar”ı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşılmasına Dair Görüşleri

41. Özellik: Hemşirelik uygulamalarının desteklenmesinde kaynakların olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	12+5+1	60	30	100
Yöneticiler n: 20	17	85	2+1	15	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 9.96 \quad p < 0.05$$

Tablo 9.B

42. Özellik: Hemşirelik uygulamalarının desteklenmesinde kurum dışı kaynakların olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	10	33.3	13+6+1	66.6	30	100
Yöneticiler n: 20	13	65	6+1	35	20	100
Toplam	23	46	27	54	50	100

$$x^2 = 4.82 \quad p < 0.05$$

Tablo 9.C

43. Özellik: Mesleki organizasyonlara katılım.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 29	25	86.2	1+3	13.7	29	100
Yöneticiler n: 20	13	65	6+1	35	20	100
Toplam	38	77.5	11	22.4	49	100

$$x^2 = 3.19 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur. Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 9.Ç

44. Özellik: Sağlık bakım organizasyonlarına katılım.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	19	63.3	7+3+1	36.6	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	4+2	30	20	100
Toplam	33	66	17	34	50	100

$$x^2 = 0.22 \quad p > 0.05$$

Tablo 9.D

45. Özellik: Danışmanlık alınması ve kaynak kullanımını olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	15+2+1	60	30	100
Yöneticiler n: 20	10	50	7+3	50	20	100
Toplam	22	44	28	56	50	100

$$x^2 = 0.46 \quad p > 0.05$$

Tablo 10.A
Katılımcıların “Otonomi”yi Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

46. Özellik: Hemşirelik standartlarına uyum olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	14+3+1	60	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	4+0+2	30	20	100
Toplam	26	52	24	48	50	100

$$x^2 = 8.37 \quad p < 0.05$$

Tablo 10.B

47. Özellik: İleri düzeyde ve özel hemşirelik uygulamaları için kredilendirme ve yetkilendirme süreci.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	13+3+1	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	15	75	3+0+2	25	20	100
Toplam	28	56	22	44	50	100

$$x^2 = 4.86 \quad p < 0.05$$

Tablo 10.C

48. Özellik: Hemşirelik uygulamalarını belirleyen standartların olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	14	46.6	13+3	53.3	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	2+0	10	20	100
Toplam	32	64	18	36	50	100

$$x^2 = 9.76 \quad p < 0.05$$

“Ulaşamaz” diyen yoktur.

Tablo 10.Ç

49. Özellik: Bakımın planlanmasında hemşire tarafından kullanılacak literatür ve veri tabanlarına erişim.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	18	60	9+3	40	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	4+0	20	20	100
Toplam	34	68	16	32	50	100

$$x^2 = 2.2 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 10.D

50. Özellik: Meslektaş (akran) değerlendirme süreçleri.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 29	14	48.2	9+5+1	51.7	29	100
Yöneticiler n: 20	15	75	3+0+2	25	20	100
Toplam	29	59.1	20	40.8	49	100

$$x^2 = 3.5 \quad p > 0.05$$

Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 11.A

Katılımcıların “Toplum ve Sağlık Kurumu”nu Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşılmasına Dair Görüşleri

51. Özellik: Sağlık kuruluşunun, enstitüler, diğer sağlık kuruluşları ve toplum kuruluşları ile işbirliği.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	17	56.6	11+2	43.3	30	100
Yöneticiler n: 20	11	55	7+2	45	20	100
Toplam	28	56	22	44	50	100

$$x^2 = 0.00 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 11.B

52. Özellik: Diğer hemşirelerle işbirliği.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitmciler n: 29	15	51.7	11+3	48.2	29	100
Yöneticiler n: 20	13	65	7+0	35	20	100
Toplam	28	57.1	21	42.8	49	100

$$x^2 = 0.81 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur. Yanıtsızlar bu tabloda yer almamıştır.

Tablo 11.C

53. Özellik: Toplum sağlığı kuruluşlarıyla işbirliği, kaynak kullanımının olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitmciler n: 30	10	33.3	15+4+1	66.6	30	100
Yöneticiler n: 20	12	60	7 +0+1	40	20	100
Toplam	22	44	28	56	50	100

$$x^2 = 3.44 \quad p > 0.05$$

Tablo 12.A

Katılımcıların “Eğitimci Olarak Hemşireler”i Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

54. Özellik: Oryantasyon programları.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitmciler n: 30	25	83.3	4+0+1	16.6	30	100
Yöneticiler n: 20	19	95	1+0	5	20	100
Toplam	44	88	6	12	50	100

$$x^2 = 1.53 \quad p > 0.05$$

Tablo 12.B

55. Özellik: Rehberlik programları.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	21	70	7+1+1	30	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	4+0	20	20	100
Toplam	37	74	13	26	50	100

$$x^2 = 0.6 \quad p > 0.05$$

Tablo 12.C

56. Özellik: Hasta ve aile eğitimi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	25	83.3	4+1	16.6	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	2+0	10	20	100
Toplam	43	86	7	14	50	100

$$x^2 = 0.42 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 12.Ç

57. Özellik: Klinik uygulama ve liderlik için personel geliştirme.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	20	66.6	7+3	33.3	30	100
Yöneticiler n: 20	19	95	1+0	5	20	100
Toplam	39	78	11	22	50	100

$$x^2 = 5.6 \quad p < 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 12.D

58. Özellik: Bilimsel girişimler.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	17	56.6	9+3+1	43.3	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	1+1	10	20	100
Toplam	35	70	15	30	50	100

$$x^2 = 6.33 \quad p < 0.05$$

Tablo 12.E

59. Özellik: Öğrenci hemşirelerin eğitimini destekleyici bir ortam olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	22	73.3	5+3	26.6	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	1+1	10	20	100
Toplam	40	80	10	20	50	100

$$x^2 = 2.07 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 13.A

Katılımcıların “Hemşireliğin İmajı”nı Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşılabilesine Dair Görüşleri

60. Özellik: Hemşirelik müdürünün stratejik planlama ve karar verme makamı üzerindeki etkisi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	9+7+2	60	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	4+2	30	20	100
Toplam	26	52	24	48	50	100

$$x^2 = 8.37 \quad p < 0.05$$

Tablo 13.B

61. Özellik: Hemşireler kurumun başarısı için ayrılmaz bir parça.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	19	63.3	9+1+1	36.6	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	4+0	20	20	100
Toplam	35	70	15	30	50	100

$$x^2 = 1.57 \quad p > 0.05$$

Tablo 14.A

Katılımcıların “Disiplinler Arası İlişkiler”i Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşabilmesine Dair Görüşleri

62. Özellik: Komitelerin ve çalışma gruplarının üyelerinin çeşitli disiplinlerden olması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	16	53.3	11+3	46.6	30	100
Yöneticiler n: 20	15	75	4+1	25	20	100
Toplam	31	62	19	38	50	100

$$x^2 = 2.37 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 14.B

63. Özellik: Dokümantasyon sistemleri.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	15	50	13+2	50	30	100
Yöneticiler n: 20	16	80	3+1	20	20	100
Toplam	31	62	19	38	50	100

$$x^2 = 4.56 \quad p < 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 14.C

64. Özellik: Klinik bakım politikalarının oluşturulmasında meslekler arası işbirliği.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	15	50	12+3	50	30	100
Yöneticiler n: 20	13	65	6+0+1	35	20	100
Toplam	28	56	22	44	50	100

$$x^2 = 1.07 \quad p > 0.05$$

Tablo 14.Ç

65. Özellik: Klinik bakım politikalarının onaylanmasında meslekler arası işbirliği.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	13	43.3	13+4	56.6	30	100
Yöneticiler n: 20	12	60	7+1	40	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 1.32 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 14.D

66. Özellik: İşbirliği mekanizmalarının yapıcı biçimde kullanılması.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir+ Ulaşılması Çok Zor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	12	40	13+5	60	30	100
Yöneticiler n: 20	11	55	7+2	45	20	100
Toplam	23	46	27	54	50	100

$$x^2 = 1.08 \quad p > 0.05$$

“Ulaşılamaz” diyen yoktur.

Tablo 15.A

Katılımcıların “Profesyonel Gelişim”i Belirleyen Özelliklere Türk Hemşireliğinin Ulaşılmasına Dair Görüşleri

67. Özellik: Öğrenme ortamı.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	15	50	10+4+1	50	30	100
Yöneticiler n: 20	19	95	1+0	5	20	100
Toplam	34	68	16	32	50	100

$$x^2 = 11.14 \quad p < 0.05$$

Tablo 15.B

68. Özellik: Mesleki gelişim faaliyetleri için insan kaynağı ve finansal kaynak.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	10	33.3	13+4+3	66.6	30	100
Yöneticiler n: 20	15	75	4+0+1	25	20	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

$$x^2 = 8.32 \quad p < 0.05$$

Tablo 15.C

69. Özellik: Yönetimin mükemmelliği teşvik etmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	15	50	4+9+2	50	30	100
Yöneticiler n: 20	14	70	5+1	30	20	100
Toplam	29	58	21	42	50	100

$$x^2 = 1.95 \quad p > 0.05$$

Tablo 15.Ç

70. Özellik: Mesleki sertifikasyonun desteklenmesi.						
	Kesinlikle Ulaşılabilir ve Ulaşılabilir		Belki Ulaşılabilir + Ulaşılması Çok Zor+Ulaşılamaz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimciler n: 30	20	66.6	7+3	33.3	30	100
Yöneticiler n: 20	18	90	1+0+1	10	20	100
Toplam	38	76	12	24	50	100

$$x^2 = 3.56 \quad p > 0.05$$

• Ankette yer alan 70 özellikten 42'sinde Y.H. ile Ö.E.'larının yanıtları arasında istatistiki fark saptanmış olup, bu özellikleri yönetici hemşireler "ulaşılabilir" bulmuştur.

Yönetici hemşirelerin %50'sinden fazlası 70 özelliğin hepsini ulaşılabilir bulurken, öğretim elemanı olan hemşirelerin %50'sinden fazlası sadece 33 özelliği (1, 2, 3, 5, 8, 12, 13, 14, 19, 23, 25, 26, 34, 36, 40, 43, 44, 49, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 70. özellikleri) ulaşılabilir bulmuştur.

"Yönetim Biçimi" ve "Eğitimci Olarak Hemşireler" ana başlıklarındaki özelliklerin tümü bu 33 ulaşılabilir özellik arasında yer almıştır.

Tablo 16'da katılımcıların kurumlarına göre "Bakım Dostu Hastanelerin Özellikleri" ile ilgili görüşleri yer almaktadır.

Tablo 16: Ankete Katılanların Kurumlarına Göre “Bakım Dostu Hastanelerin Sahip Olması Gereken Özellikler” İle İlgili Görüşleri
Serbestlik Derecesi: 1

Özelliklerin Başlığı	Özellikler	HYO/SYO n: 24		Hastane n: 18		Toplam N: 42		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	1	21	87.5	15	83.3	36	85.7	0.13	>0.05
	2	22	91.6	13	72.2	35	83.3	2.76	>0.05
	3	23	95.8	17	94.4	40	95.2	0.05	>0.05
	4	20	83.3	13	72.2	33	78.5	0.75	>0.05
	5	20	83.3	14	77.7	34	80.9	0.18	>0.05
	6	22	91.6	14	77.7	36	85.7	1.89	>0.05
	7	23	95.8	14	77.7	37	88.0	3.23	>0.05
	8	15	62.5	10	55.5	25	59.5	0.21	>0.05
Kurumsal Yapı	9	23	95.8	16	88.8	39	92.8	0.85	>0.05
	10	19	79.1	13	72.2	32	76.1	0.29	>0.05
	11	15	62.5	10	55.5	25	59.5	0.21	>0.05
Yönetim Biçimi	12	16	66.6	13	72.2	29	69.0	0.11	>0.05
	13	16	66.6	14	77.7	30	71.4	0.62	>0.05
	14	13	54.1	8	44.4	21	50	0.37	>0.05
Personel Politikaları ve Programları	15	23	95.8	16	88.8	39	92.8	0.85	>0.05
	16	21	87.5	15	83.3	36	85.7	0.16	>0.05
	17	18	75	13	72.2	31	73.8	0.01	>0.05
	18	23	95.8	14	77.7	37	88.0	3.23	>0.05
	19	17	70.8	14	77.7	31	73.8	0.26	>0.05
	20	18	75	13	72.2	31	73.8	0.01	>0.05
	21	11	45.8	11	61.1	22	52.3	0.93	>0.05
	22	15	62.5	11	61.1	26	61.9	0.00	>0.05
	23	13	54.1	7	38.8	20	47.6	0.93	>0.05
	24	14	58.3	10	55.5	24	57.1	0.01	>0.05
	25	23	95.8	17	94.4	40	95.2	0.05	>0.05
Profesyonel Bakım Modelleri	26	17	70.8	12	66.6	29	69.0	0.08	>0.05
	27	13	54.1	13	72.2	26	61.9	1.39	>0.05
	28	24	100	17	94.4	41	97.6	1.42	>0.05
	29	22	91.6	17	94.4	39	92.8	0.08	>0.05
Bakımın Kalitesi	30	22	91.6	13	72.2	35	83.3	2.79	>0.05
	31	21	87.5	16	88.8	37	88.0	0.01	>0.05
	32	20	83.3	14	77.7	34	80.9	0.17	>0.05
	33	23	95.8	17	94.4	40	95.2	0.05	>0.05
	34	23	95.8	17	94.4	40	95.2	0.05	>0.05
	35	21	87.5	10	55.5	31	73.8	5.34	<0.05
	36	13	54.1	10	55.5	23	54.7	0.00	>0.05

Özelliklerin Başlığı	Özellikler	HYO/SYO n: 24		Hastane n: 18		Toplam N: 42		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Kaliteyi Geliştirme	37	22	91.6	16	88.8	38	90.4	0.06	>0.05
	38	22	91.6	17	94.4	39	92.8	0.08	>0.05
	39	16	66.6	10	55.5	26	61.9	0.53	>0.05
	40	15	62.5	18	100	33	78.5	8.61	<0.05
Danışmanlık ve Kaynaklar	41	19	79.1	14	77.7	33	78.5	0.01	>0.05
	42	18	75	14	77.7	32	76.1	0.2	>0.05
	43	21	87.5	16	88.8	37	88.0	0.01	>0.05
	44	17	70.8	12	66.6	29	69.0	0.08	>0.05
	45	14	58.3	11	61.1	25	59.5	0.00	>0.05
Otonomi	46	22	91.6	14	77.7	36	85.7	1.69	>0.05
	47	22	91.6	17	94.4	39	92.8	0.08	>0.05
	48	24	100	15	83.3	39	92.8	4.71	<0.05
	49	22	91.6	17	94.4	39	92.8	0.08	>0.05
	50	16	66.6	11	61.1	27	64.2	0.11	>0.05
Toplum ve Sağlık Kurumu	51	20	83.3	13	72.2	33	78.5	0.75	>0.05
	52	16	66.6	13	72.2	29	69.0	0.11	>0.05
	53	14	58.3	9	50	23	54.7	0.27	>0.05
Eğitimci Olarak Hemşireler	54	24	100	17	94.4	41	97.6	1.42	>0.05
	55	22	91.6	15	83.3	37	88.0	0.67	>0.05
	56	23	95.8	17	94.4	40	95.2	0.05	>0.05
	57	23	95.8	16	88.8	39	92.8	0.85	>0.05
	58	20	83.3	17	94.4	37	88.0	1.22	>0.05
	59	19	79.1	14	77.7	33	78.5	0.01	>0.05
Hemşireliğin İmajı	60	20	83.3	17	94.4	37	88.0	1.22	>0.05
	61	23	95.8	14	77.7	37	88.0	3.23	>0.05
Disiplinler arası İlişkiler	62	19	79.1	12	66.6	31	73.8	0.77	>0.05
	63	18	75	13	72.2	31	73.8	0.01	>0.05
	64	20	83.3	16	88.8	36	85.7	0.23	>0.05
	65	18	7	10	55.5	28	66.6	1.74	>0.05
	66	11	45.8	10	55.5	21	50	0.37	>0.05
Profesyonel Gelişim	67	22	91.6	16	88.8	38	90.4	0.06	>0.05
	68	11	45.8	16	88.8	37	88.0	8.41	<0.05
	69	23	95.8	15	83.3	38	90.4	1.79	>0.05
	70	20	83.3	17	94.4	37	88.0	1.22	>0.05

Not: Katılımcılardan 8'i 'Bakım Dostu Hastane Özellikleri Ne Olmalıdır?' sorusuna yanıt vermediğinden (özellik seçmediğinden), bu tabloda katılımcı sayısı 42'dir.

Yapılan istatistiki analiz sonucu 35, 40, 48 ve 68. özelliklerde H.Y.O./S.Y.O.'nda görevli öğretim elemanları ile hastanelerde görevli yönetici hemşirelerin görüşleri arasında istatistiki fark saptanmıştır.

Tablo 17.A'da katılımcıların "Bakım Dostu Hastaneler"e ilişkin sıklıkla seçilen özelliklerin ulaşılabilirliğine dair görüşleri yer almaktadır.

Tablo 17 A: Katılımcıların “Bakım Dostu Hastaneler”e İlişkin Sıklıkla Seçilen Özelliklerin Ulaşılabilirliğine Dair Görüşleri

Özellikler	Seçilme Sıklığı		Puan Aralığı [210 – 169]	Puan Aralığı [168 – 127]	Puan Aralığı [126 – 85]	Puan Aralığı [84 – 43]	Puan Aralığı [42 – 0]	Yanıtsız (0pn .)	Ağırlıklı Toplam Puanı	Toplam Puanına Göre Sıralaması
	n	%	Kesinlikle Ulaşılabilir (5pn.)	Ulaşılabilir (4pn.)	Belki Ulaşılabilir (3pn.)	Ulaşılması Çok Zor (2pn.)	Ulaşılmaz (1pn.)			
30	42	100	8	9	18	4	3	-	141	24
7	41	97	8	13	11	8	1	-	142	23
9	41	97	11	8	9	8	3	2	133	33
25	41	97	19	12	6	2	2	-	167	5
28	41	97	8	13	13	5	2	-	143	20
34	41	97	17	14	7	3	-	-	168	4
55	41	97	20	11	8	1	1	-	171	3
3	40	95	10	13	11	4	2	-	145	17
16	40	95	12	11	7	9	1	-	144	18
33	40	95	12	10	12	5	1	-	147	15
47	40	95	12	11	14	1	2	-	150	12
48	40	95	18	7	13	2	-	-	161	7
54	40	95	22	14	3	-	1	-	176	1
56	40	95	22	12	5	1	-	-	175	2
57	40	95	17	14	6	3	-	-	165	6
15	39	92	12	10	13	3	1	-	146	16
29	39	92	9	11	10	6	3	-	134	32
37	39	92	9	9	15	5	1	-	137	27
38	39	92	10	9	13	5	2	-	137	28
43	39	92	14	17	5	3	-	-	159	8
49	39	92	9	18	10	2	-	-	151	10
6	38	90	9	12	9	6	2	-	134	31
31	38	90	9	16	10	2	1	-	144	19

Özellikler	Seçilme Sıklığı		Puan Aralığı [210 – 169]	Puan Aralığı [168 – 127]	Puan Aralığı [126 – 85]	Puan Aralığı [84 – 43]	Puan Aralığı [42 – 0]	Yanıtsız (0pn.)	Ağırlıklı Toplam Puanı	Toplam Puanına Göre Sıralaması
	n	%	Kesinlikle Ulaşılabilir (5pn.)	Ulaşılabilir (4pn.)	Belki Ulaşılabilir (3pn.)	Ulaşılması Çok Zor (2pn.)	Ulaşılamaz (1pn.)			
46	38	90	10	12	11	3	2	-	139	26
58	38	90	14	13	7	3	1	-	150	13
67	38	90	14	13	7	3	1	-	150	14
69	38	90	9	13	6	8	2	-	133	34
70	38	90	17	12	6	3	-	-	157	9
18	37	88	8	9	14	4	2	-	128	38
60	37	88	11	11	8	5	2	-	135	30
61	37	88	15	13	7	1	1	-	151	11
68	37	88	10	9	12	2	4	-	130	35
1	36	85	12	14	8	1	-	1	142	22
64	36	85	11	11	10	3	1	-	136	29
2	35	83	12	6	11	6	-	-	129	36
5	35	83	11	16	6	1	1	-	140	25
32	34	80	7	11	9	6	1	-	119	46
59	34	80	16	12	3	3	-	-	143	21
4	33	78	2	16	7	6	2	-	109	50
41	33	78	10	8	9	5	1	-	120	42
51	33	78	10	10	9	4	-	-	125	40
10	32	76	8	10	11	3	-	-	119	44
35	32	76	4	8	15	3	2	-	105	54
40	32	76	8	15	6	2	1	-	123	41
42	32	76	4	11	11	5	1	-	108	52
17	31	73	7	11	6	4	3	-	108	51
19	31	73	16	9	3	1	2	-	129	37

Özellikler	Seçilme Sıklığı		Puan Aralığı [210 – 169]	Puan Aralığı [168 – 127]	Puan Aralığı [126 – 85]	Puan Aralığı [84 – 43]	Puan Aralığı [42 – 0]	Yanıtsız (0pn.)	Ağırlıklı Toplam Puanı	Toplam Puanına Göre Sıralaması
	n	%	Kesinlikle Ulaşılabilir (5pn.)	Ulaşılabilir (4pn.)	Belki Ulaşılabilir (3pn.)	Ulaşılması Çok Zor (2pn.)	Ulaşılmaz (1pn.)			
20	31	73	8	10	8	3	2	-	112	48
62	31	73	14	8	6	3	-	-	126	39
63	31	73	9	12	7	3	-	-	120	43
13	30	71	4	20	2	4	-	-	114	47
26	29	69	15	7	3	3	1	-	119	45
52	29	69	9	11	6	2	-	1	111	49
12	28	66	5	15	3	4	1	-	103	55
44	28	66	8	9	9	2	-	-	107	53
65	28	66	5	11	9	3	-	-	102	57
50	28	66	8	6	9	2	2	1	97	59
27	27	64	8	9	5	4	1	-	100	58
22	26	61	5	9	8	3	1	-	92	62
39	26	61	4	12	5	4	1	-	92	63
8	25	59	8	13	3	-	1	-	102	56
24	25	59	7	10	4	2	2	-	93	61
45	25	59	8	4	10	3	-	-	92	64
11	24	57	4	7	12	1	-	-	86	66
36	24	57	9	8	6	-	1	-	96	60
53	24	57	5	8	9	1	1	-	87	65
14	22	52	7	8	5	2	-	-	86	67
21	22	52	7	8	4	2	1	-	84	68
23	21	50	6	5	7	3	-	-	77	69
66	21	50	5	8	3	4	1	-	75	70

Not: Katılımcılardan 8'i 'Bakım Dostu Hastane Özellikleri Ne Olmalıdır?' sorusuna yanıt vermediğinden (özellik seçmediğinden), bu tabloda katılımcı sayısı 42'dir. Özellik sıralaması seçilme sıklığına göre yapılmıştır.

70 özellikten seçilme sıklığı en yüksek olan özellik 30. özelliştir (Bakım verme modelleri ile hemşirelik ile ilgili yasa, tüzük, yönetmelik (mevzuat) arasında uyumun sağlanması). Seçilme sıklığı en düşük olan özellikler ise 23 ve 66. özelliklerdir ('Hemşirelik, finans ve insan kaynakları (bölümleri) arasında işbirliğinin olması', '(Örneğin proje çalışmaları, T – Grupları, Kalite Çemberleri gibi) kurulan (işbirliği) mekanizmaların, disiplinler (meslekler) arası çatışmanın yönetiminde etkili, verimli ve yapıcı biçimde kullanılması') (Tablo 17 A).

Tablo 17 B'de katılımcıların 'Bakım Dostu Hastaneler'e ilişkin sıklıkla tercih ettiği özelliklerin toplam puanlarına göre sıralaması görülmektedir.

Tablo 17 B: Katılımcıların “Bakım Dostu Hastaneler”e İlişkin Sıklıkla Tercih Ettiği Özelliklerin Toplam Puanlarına Göre Sıralaması

Özelliklerin Konu Başlığı	Özelliklerin Açık İfadesi	Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik Durumu
54 Eğitimci Olarak Hemşireler	Oryantasyon programlarının olması.	176	Kesinlikle Ulaşılabilir
56 Eğitimci Olarak Hemşireler	Hasta ve aile eğitiminin olması.	175	Kesinlikle Ulaşılabilir
55 Eğitimci Olarak Hemşireler	Rehberlik programlarının olması.	171	Kesinlikle Ulaşılabilir
34 Bakımın Kalitesi	Hemşirelik kadrosunun her düzeydeki çalışmalarının hemşirelik ahlakı kurallarına ve hasta haklarına uyumlu olması.	168	Ulaşılabilir
25 Personel Politikaları ve Programları	Performansın , sürekli ve düzenli olarak değerlendirilmesi ;	167	Ulaşılabilir
57 Eğitimci Olarak Hemşireler	Klinik uygulama ve liderlik için personel geliştirme programlarının olması.	165	Ulaşılabilir
48 Otonomi	Hemşirelik uygulamalarını , belirleyen ve şekillendiren yapı ve süreç standartlarının (örneğin politika ve prosedürler) bulunması.	161	Ulaşılabilir
43 Danışmanlık ve Kaynaklar	Mesleki hemşirelik organizasyonlarına (dernek vb.) katılımın (işbirliği ve üyelik) olması.	159	Ulaşılabilir
70 Profesyonel Gelişim	Mesleki sertifikasyonun sağlık kurumu tarafından desteklenmesi .	157	Ulaşılabilir
49 Otonomi	Hasta bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, hemşire tarafından kullanılacak uygun literatür ve veri tabanlarına erişimin sağlanması.	151	Ulaşılabilir
61 Hemşireliğin İmajı	Hemşirelerin , kurumda kurumun çalışması ve başarısı için ayrılmaz bir parça olarak kabul edilmesi.	151	Ulaşılabilir
47 Otonomi	İleri düzeyde ve özel hemşirelik uygulamaları yapabilmek için kredilendirme ve yetkilendirme sürecinin olması (hemşirelerin sertifika vb. belge alması için yönlendirme).	150	Ulaşılabilir

Özelliklerin Konu Başlığı	Özelliklerin Açık İfadesi	Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik Durumu
58 Eğitimci Olarak Hemşireler	Bilimsel girişimlerin / programların olması.	150	Ulaşılabilir
67 Profesyonel Gelişim	Sürekli bir öğrenme ortamı olması.	150	Ulaşılabilir
33 Bakımın Kalitesi	Hasta ve personel güvenliğini arttıran, destekleyen, izleyen ve geliştiren sistemlerin olması.	147	Ulaşılabilir
15 Personel Politikaları ve Programları	Tüm hemşirelerin performans değerlendirmesinin, hemşirelik hizmetleri için belirlenmiş hedeflere ulaşma derecesine göre yapılması; (enfeksiyon kontrolü, yatak yaraları, istenmeyen olaylar, hasta memnuniyeti vb.);	146	Ulaşılabilir
3 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Hemşirelik hizmetleri müdürünün, tüm çalışanlar tarafından organizasyondaki hemşirelerin en üst yöneticisi olarak görülmesi, hemşirelik uygulamalarını ve uygulama ortamını etkileyen konulardaki temsilcisi olması.	145	Ulaşılabilir
16 Personel Politikaları ve Programları	Hemşirelerin performans değerlendirmesinde, hemşirelik sürecini uygulamalarının da değerlendirilmesi;	144	Ulaşılabilir
31 Profesyonel Bakım Modelleri	Hemşirelerin kliniklerde görevlendirilmesinin hasta ihtiyaçları , hemşirelerin deneyim ve eğitimleri ile örtüşmesi / uyumlu olması.	144	Ulaşılabilir
28 Profesyonel Bakım Modelleri	Hemşirenin profesyonel rolünün tanımlanması ve kolaylaştırılması için; hemşirenin verdiği bakımın sorumluluğunu üstlenmesi için; bakımın sürekliliğinin sağlanması için; (vaka yöntemi, vaka yönetimi, primer hemşirelik gibi) uygun bakım verme modellerinin benimsenmesi.	143	Ulaşılabilir
59 Eğitimci Olarak Hemşireler	Öğrenci hemşirelerin eğitimini destekleyici bir ortam olması.	143	Ulaşılabilir
1 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Hemşirelerin daha yetenekli, becerili ve eğitimli olmasına önem verilmesi, alanlarında ilerlemeleri için bireysel olarak cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi.	142	Ulaşılabilir
7 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Çeşitli rolleri üstlenen hemşirelerin (bakım, ileri uygulama, yönetim, idare vb.) kurumdaki karar verme mekanizmasına katılması.	142	Ulaşılabilir

Özelliklerin Konu Başlığı	Özelliklerin Açık İfadesi	Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik Durumu
30 Profesyonel Bakım Modelleri	Bakım verme modelleri ile hemşirelik ile ilgili yasa, tüzük, yönetmelik (mevzuat) arasında uyumun sağlanması .	141	Ulaşılabilir
5 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Hemşire memnuniyetinin geçerli veri toplama araçları ve metotları ile ölçülmesi .	140	Ulaşılabilir
46 Otonomi	Ulusal hemşirelik standartlarına uyum olması .	139	Ulaşılabilir
37 Kaliteyi Geliştirme	Klinik ve yönetsel süreçlerin ve bakıma ilişkin sonuçların tanımlanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi için kapsamlı programların (öz değerlendirme) olması.	137	Ulaşılabilir
38 Kaliteyi Geliştirme	Klinik alanlara uygun, hemşirelik bakımının sonuçlarının sürekli izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi .	137	Ulaşılabilir
64 Disiplinler Arası İlişkiler	Klinik bakım politikaları, standartları ve rehberlerinin oluşturulmasında (meslekler arası) işbirliğinin olması.	136	Ulaşılabilir
60 Hemşireliğin İmajı	Hemşirelik hizmetleri müdürünün , kurumun en yüksek düzeydeki stratejik planlama ve karar verme makamı üzerindeki etkisini kullanabilmesi.	135	Ulaşılabilir
6 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Hemşirelerin değişikliklerin planlanmasında karar verme sürecine katılması .	134	Ulaşılabilir
29 Profesyonel Bakım Modelleri	Bakım verme modellerinin , kanıta dayalı uygulama ve çağdaş yönetim kavramlarına ve kuramlarına dayalı olması/ temellendirilmesi.	134	Ulaşılabilir
9 Kurumsal Yapı	Hemşirelik hizmetleri müdürünün stratejik planlama ve yürütmede , kurumun en üst karar verme mekanizmasının etkili bir üyyesi olarak hizmet vermesi.	133	Ulaşılabilir
69 Profesyonel Gelişim	Yönetimin , klinik yeterliliğin ve liderlik yeteneğinin geliştirilmesi yolu ile mükemmelliği teşvik etmesi ve desteklemesi.	133	Ulaşılabilir
68 Profesyonel Gelişim	Mesleki gelişim faaliyetleri için yeterli insan kaynağının ve finansal kaynağın tahsis edilmesi.	130	Ulaşılabilir
2 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Hemşirelik biriminin misyonu , vizyonu, değerleri, felsefesi ve stratejik planı ile kurumun bu yönleri arasında uygunluğun olması.	129	Ulaşılabilir

Özelliklerin Konu Başlığı	Özelliklerin Açık İfadesi	Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik Durumu
19 Personel Politikaları ve Programları	Hemşirelerin nöbet listelerinde (görevlendirme), öngörülemeyen değişiklikler gerektiğinde (hastalık, kaza vb.) listelerin yeniden düzenlenmesinde esneklik sağlanması.	129	Ulaşılabilir
18 Personel Politikaları ve Programları	Çalışan haklarının korunmasını; sağlıklı ve güvenli bir iş ortamının oluşmasını destekleyen politika ve prosedürlerin (kural ve yöntemlerin) var olması.	128	Ulaşılabilir
62 Disiplinler Arası İlişkiler	Kurumun komitelerinin ve çalışma gruplarının üyelerinin çeşitli disiplinlerden (mesleklerden) olması ; kararların bu disiplinler (meslekler) arasında beraberce verilmesi.	126	Belki Ulaşılabilir
51 Toplum ve Sağlık Kurumu	Sağlık kuruluşunun, enstitüler, diğer sağlık kuruluşları ve diğer toplum kuruluşları ile işbirliğinin olması.	125	Belki Ulaşılabilir
40 Kaliteyi Geliştirme	Kurumun her düzeyinden hemşirelerin kalite geliştirme sürecine katılımının sağlanması.	123	Belki Ulaşılabilir
41 Danışmanlık ve Kaynaklar	Profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklenmesinde , kurum içi kaynakların olması.	120	Belki Ulaşılabilir
63 Disiplinler Arası İlişkiler	Hasta bakımı dokümantasyon sistemlerinin , disiplinler (meslekler) arası resmi iletişimi yansıtmayı ve desteklemesi.	120	Belki Ulaşılabilir
10 Kurumsal Yapı	Kurumdaki tüm hemşirelik çalışmalarında katılımcı karar verme sürecinin benimsenmesi.	119	Belki Ulaşılabilir
26 Personel Politikaları ve Programları	Hemşirenin de kendi kendini değerlendirmesi ;	119	Belki Ulaşılabilir
32 Bakımın Kalitesi	Hasta bakımının desteklenmesinde, insan kaynaklarını ve mali kaynakları içeren süreçler (kaynak yönetim süreci) ve kalite alt yapısının olması.	119	Belki Ulaşılabilir
13 Yönetim Biçimi	Tüm organizasyonda, hemşireler arasında etkili bir yatay ve dikey iletişimin olması.	114	Belki Ulaşılabilir
20 Personel Politikaları ve Programları	Kurumun, hemşireleri işe alma ve kuruma bağlılıklarını sağlama ile ilgili uzun vadeli planlarının olması;	112	Belki Ulaşılabilir

Özelliklerin Konu Başlığı	Özelliklerin Açık İfadesi	Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik Durumu
52 Toplum ve Sağlık Kurumu	Hemşirelerin toplumdaki diğer hemşirelerle olan işbirliği veya ortaklığının olumlu etkilerinin/ sonuçlarının olması.	111	Belki Ulaşılabilir
4 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Hemşirelik hizmetleri müdürü ve diğer hemşire yöneticilerin, yeterli mali kaynaklar ve insan kaynakları ile hemşirelik uygulamalarını destekleyebilmesi.	109	Belki Ulaşılabilir
17 Personel Politikaları ve Programları	Hemşirenin performans değerlendirmesinin, onun kariyer geliştirme planında dikkate alınması.	108	Belki Ulaşılabilir
42 Danışmanlık ve Kaynaklar	Profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklenmesinde, kurum dışı kaynakların olması.	108	Belki Ulaşılabilir
44 Danışmanlık ve Kaynaklar	Mesleki hemşirelik organizasyonlarının dışında (Örneğin Organ Bağışı, AÇEV, Diyabet Derneği, Kadın Sağlığı Merkezleri vb.) sağlık bakım ve toplum organizasyonlarına katılımın (işbirliği, destekleme) olması.	107	Belki Ulaşılabilir
35 Bakımın Kalitesi	Araştırmaya ve kanıta dayalı uygulamaların klinik ve yönetsel süreçlerle bütünleşmiş olması.	105	Belki Ulaşılabilir
12 Yönetim Biçimi	Hemşirelik hizmetleri müdürünün ileri görüşlü olması ve hedefleri gerçekleştirmede açık iletişim ve akılcı uyarma/ ikna yolu ile diğerlerini etkilemesi.	103	Belki Ulaşılabilir
8 Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	Bakım veren hemşirelerin , kurum içindeki çalışma gruplarına katılımı.	102	Belki Ulaşılabilir
65 Disiplinler Arası İlişkiler	Klinik bakım politikaları, standartları ve rehberlerinin onaylanmasında disiplinler arası/meslekler arası işbirliğinin olması.	102	Belki Ulaşılabilir
27 Personel Politikaları ve Programları	Meslektaşları ve diğer iş arkadaşlarının da hemşireyi değerlendirmesi (360° değerlendirme).	100	Belki Ulaşılabilir
50 Eğitimci Olarak Hemşireler	Bütün hemşireler için meslektaş (akran) değerlendirme süreçlerinin olması.	97	Belki Ulaşılabilir
36 Bakımın Kalitesi	Hemşirelerin hastalarına yüksek kaliteli bakım sağladıklarının farkında olması.	96	Belki Ulaşılabilir

Özelliklerin Konu Başlığı	Özelliklerin Açık İfadesi	Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik Durumu
24 Personel Politikaları ve Programları	Personel politikalarının , kariyer geliştirme ve ilerlemeyi desteklemesi.	93	Belki Ulaşılabilir
22 Personel Politikaları ve Programları	Bu planda profesyonel uygulamaya (hemşirelik sürecinin uygulanmasına) fırsat verildiğinin kanıtlarının olması.	92	Belki Ulaşılabilir
39 Kaliteyi Geliştirme	Bakım süreçlerini değiştirmek için klinik ve yönetsel göstergelerin başka kuruluşlarla karşılaştırılması.	92	Belki Ulaşılabilir
45 Danışmanlık ve Kaynaklar	Danışmanlık alınması ve kaynak kullanımının olması (örneğin yurt dışı ve yurt içinden, Avrupa Birliği Fonlarından, Dünya Sağlık Örgütü Fonlarından yararlanma).	92	Belki Ulaşılabilir
53 Toplum ve Sağlık Kurumu	Diğer toplum sağlığı hemşireliği kuruluşlarıyla işbirliği /ortaklık sürecinde - gerekirse maddi- kaynak kullanımının uygun olması (örneğin toplantı salonu açma, bağış yapma gibi destekler).	87	Belki Ulaşılabilir
11 Kurumsal Yapı	Kurumsal yapının sağlık alanındaki değişikliklere duyarlı (haberli, açık) olması.	86	Belki Ulaşılabilir
14 Yönetim Biçimi	Hemşirelerin, lider/ yönetici hemşireleri görme ve onlara ulaşabilme imkânının olması.	86	Belki Ulaşılabilir
21 Personel Politikaları ve Programları	Bu plana (bakım veren) hemşirelerin de katılması;	84	Ulaşılması Çok Zor
23 Personel Politikaları ve Programları	Hemşirelik, finans ve insan kaynakları (bölümleri) arasında işbirliğinin olması.	77	Ulaşılması Çok Zor
66 Disiplinler Arası İlişkiler	(Örneğin proje çalışmaları, T – Grupları, Kalite Çemberleri gibi) kurulan (işbirliği) mekanizmaların , disiplinler (meslekler) arası çatışmanın yönetiminde etkili, verimli ve yapıcı biçimde kullanılması.	75	Ulaşılması Çok Zor

Özelliklerin ulaşılabilirlik derecesini gösteren (kesinlikle ulaşılabilir 5 p., ulaşılabilir 4 p., belki ulaşılabilir 3 p., ulaşılması çok zor 2 p., ulaşamaz 1 p. ve yanıtız 0 p.) ağırlıklı toplam puanlara göre her özellik sıralanmıştır (Tablo 17 B); “ulaşılması çok zor” denilen sadece üç özellik saptanmıştır.

54. özellik 176 puan ile en yüksek puanı alarak kesinlikle ulaşılabilir bir özellik şeklinde ortaya çıkarken, 66. özellik 75 puan ile en düşük puanı alarak ulaşılması çok zor bir özellik şeklinde ortaya çıkmıştır.

Bakım Dostu Hastane özelliklerinin ulaşılabilirliği (“kesinlikle ulaşılabilir”den “ulaşamaz”a doğru) toplam puan sırasına göre; 54, 55 ve 56. özellikler “kesinlikle ulaşılabilir”; 34, 25, 57, 48, 43, 70, 49, 61, 47, 58, 67, 33, 15, 3, 16, 31, 28, 59, 1, 7, 30, 5, 46, 37, 38, 64, 60, 6, 29, 9, 69, 68, 2, 19, 18. özellikler “ulaşılabilir”; 62, 51, 40, 41, 63, 10, 26, 32, 13, 20, 52, 4, 17, 42, 44, 35, 12, 8, 65, 27, 50, 36, 24, 22, 39, 45, 53, 11, 14. özellikler “belki ulaşılabilir”; 21, 23 ve 66. özellikler ise “ulaşılması çok zor” olanlardır.

Tablo 17 C’de “Bakım Dostu Hastanelerin Özelliklerine / Standartlarına Ülkemizdeki Hastanelerin Ulaşılabilirliği”ne dair katılımcıların görüşleri yer almaktadır.

Tablo 17 C: “Bakım Dostu Hastanelerin Özelliklerine / Standartlarına Ülkemizdeki Hastanelerin Ulaşılabilirliği”ne Dair Katılımcıların Görüşleri

Özelliklerin Grupları	Sıra No	Ağırlıklı Toplam Puan Ortalaması	Ulaşılabilirlik Düzeyi
(1-8) Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi	6	130.3	Ulaşılabilir
(9-11) Kurumsal Yapı	11	112.6	Belki Ulaşılabilir
(12-14) Yönetim Biçimi	14	101	Belki Ulaşılabilir
(15-27) Personel Politikaları ve Programları	10	115.3	Belki Ulaşılabilir
(28-31) Profesyonel Bakım Modelleri	4	140.5	Ulaşılabilir
(32-36) Bakımın Kalitesi	7	127	Ulaşılabilir
(37-40) Kaliteyi Geliştirme	8	122.2	Belki Ulaşılabilir
(41-45) Danışmanlık ve Kaynaklar	9	117.2	Belki Ulaşılabilir
(46-50) Otonomi	5	139.6	Ulaşılabilir
(51-53) Toplum ve Sağlık Kurumu	13	107.6	Belki Ulaşılabilir
(54-59) Eğitimci Olarak Hemşireler	1	163.3	Ulaşılabilir
(60-61) Hemşireliğin İmajı	2	143	Ulaşılabilir
(62-66) Disiplinler arası İlişkiler	12	111.8	Belki Ulaşılabilir
(67-70) Profesyonel Gelişim	3	142.5	Ulaşılabilir

“Bakım Dostu Hastaneler”in özelliklerine Türk hastanelerinin ulaşılabilirliğine verilen ağırlıklı toplam puanların ortalaması alındığında (Tablo 17 C), “Ulaşılması Çok Zor” veya “Ulaşılamaz” olarak değerlendirilebilecek bir grup yoktur.

“Bakım Dostu Hastaneler”de aranan özelliklerden, “hemşirelerin eğitimci rolde olması”, en kolay ulaşabileceğimiz özellikler grubu olarak seçilmiştir (163.3 puan); en zor ulaşabileceğimiz özellikler grubu “yönetim biçimi”ne ilişkin özelliklerdir (101 puan) (Tablo 17 C).

TARTIŞMA

Bu araştırmaya katılan %90'ı lisans ve lisans üstü eğitimli; %61'i öğretim elemanı; %30'u 11 yıl ve üzerinde deneyimi olan; %60'ı hemşirelik standartlarına dair bilgisi olan hemşirelerin "hemşirelik hizmetleri için rehber olabilecek özelliklere Türk hemşireliğinin ulaşabilmesine dair görüşleri"ne bakıldığında (Tablo 2 -15),

Yönetici hemşirelerin (Y.H.) her özellikte daha umutlu olduğu, hepsini yakın yıllarda ulaşılabilir bulduğu ve Joint Commission International (JCI) tarafından akredite olmuş ve olacak olan sağlık kurumlarında sunulan hemşirelik hizmetlerinin istenen düzeye ulaşabilir görüldüğü; öğretim elemanlarının (Ö.E.) ise sadece 33 özelliği (1, 2, 3, 5, 8, 12, 13, 14, 19, 23, 25, 26, 34, 36, 40, 43, 44, 49, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 70. özellikleri) ulaşılabilir bulduğu ve bu konuda daha sınırlayıcı olduğu söylenebilir.

Örneğin 17, 20, 21, 26 ve 27. özelliklere Y.H.'lerin (20 kişi) çoğu tarafından kesinlikle ulaşılacağı veya ulaşılacağı bildirilirken (Tablo 5), tüm grubun (50 kişi) görüşü bir arada ve ağırlıklı puana göre sıralandığında (Tablo 17 B) bu özelliklere belki ulaşılacağı veya ulaşılmasının çok zor olacağı sonucu çıkmaktadır.

Ö.E.'lerinin "Yönetim Biçimi" ve "Eğitimci Olarak Hemşireler" ana başlıklarındaki özelliklerin tümünü (12, 13, 14, 54, 55, 56, 57, 58, 59. özellikler) ulaşılabilir bulması, Türk hemşireliğinin yakın yıllarda yönetim biçiminde ve hemşirelerin öğretmenlik (bilgi, beceri kazandırma) faaliyetlerinde daha güçlü ve etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Magnet konsepti, "yöneticiler için standartlar" [American Nurses Credentialing Center (ANCC), 2003] şeklinde öne sürdüğü temel dokümanlar ile başlangıçta karakteristiklerini üç alanda (yönetim, liderliğin kalitesi ve organizasyonel yapı) sınıflandırarak yönetimin önemini ortaya koymuştur (32). Ö.E.'lerinin öne çıkardığı ve daha öncelikli olarak ulaşılabilir gördüğü "Yönetim Biçimi" özellikleri ve yönetim ile ilgili konular Magnet konseptinde de ayrıcalıklı yer almış ve ilk olarak tanımlanmıştır.

Ülkemizde 1981 yılında, Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi'nin kurduğu "Eğitim Komisyonu", hemşirelik mesleğinin işlevlerini, standartlarını ve niteliklerini bilimsel bir biçimde saptamak amacıyla bir rehber hazırlanmıştır. Türk Hemşireler Derneği bu çalışmasıyla diğer meslekler arasında öncü bir faaliyeti üstlenmiş ve kendine özgü bir yöntem getirmiştir. Hizmetin etkinliğini ve gelişimini sağlamak amacıyla saptanan işlev, standart ve niteliklerin geleceğe yönelik çalışmalara da ışık tutacağı düşünülmüştür (12).

Ankette yer alan 70 özellikten 42'sinde Y.H. ile Ö.E.'lerinin yanıtları arasında istatistiki fark saptanmış olup, bu özellikleri "ulaşılabilir" bulan yönetici hemşirelerin oranı yüksektir.

Yönetici hemşireler “Kurumsal Yapı” özelliklerinin tümünü (9. Özellik: Hemşirelik müdürü planlama ve yürütmeye karar mekanizmasının bir üyesi. 10. Özellik: Hemşirelik çalışmalarında katılımcı karar verme süreci. 11. Özellik: Kurumsal yapının değişikliklere duyarlı olması.) “ulaşılabilir” bulmuşlar; “Personel Politikaları ve Programları” ana başlığındaki özellikleri ise bir çoğunu “ulaşılabilir” bulmuşlardır. Magnet programı ile ilgili araştırmalarda (McClure, Poulin, Sovie & Wandelt, 1983), sağlık kurumlarının hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde, katılımcı yönetimin çalışanları cezp ettiği, yöneticilerin personeli dinlemesinin ve çift yönlü iletişimi benimsemesinin, liderlerin sorumluluk sahibi olmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (9).

Katılımcıların kurumlarına göre “Bakım Dostu Hastanelerin Özellikleri” ile ilgili görüşlerinde (35, 40, 48 ve 68. özelliklerde) Yükseköğretim Ö.E.’leri ile hastanedeki Y.H.’lerin görüşleri arasında istatistiksel fark saptanmıştır (Tablo 16).

“Bakım Dostu Hastane”lerde olması istenen, ‘Araştırmaya ve kanıta dayalı uygulamaların klinik ve yönetsel süreçlerle bütünleşmiş olması’ özelliğini (35. özellik) (%87.5 oranında) ve ‘Hemşirelik uygulamalarını, belirleyen ve şekillendiren yapı ve süreç standartlarının (örneğin politika ve prosedürler) bulunması’ özelliğini (48. özellik) (%100 oranında) Ö.E.’lerinden gerekli görenlerin sayısı fazladır; ‘Kurumun her düzeyinden hemşirelerin kalite geliştirme sürecine katılımının sağlanması’ özelliğini (40. özellik) (%100 oranında) ve ‘Mesleki gelişim faaliyetleri için yeterli insan kaynağının ve finansal kaynağın tahsis edilmesi’ özelliğini (68. özellik) (%88.8 oranında) Y.H.’lerden gerekli görenlerin sayısı fazladır. Bu bulgulardan her iki grubun kendi çalışma/ilgi alanlarının gereklerini daha öncelikli bulduklarını göstermekte ve okul-hastane arasındaki koordinasyonun önemi ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelik eğitimi ve uygulamasının yönetiminde, ortaklık ve işbirliği hizmette standardizasyon için gereklidir. JCI standartları arasında “hemşire liderler, müfredat ders programını, klinik ve yönetsel öğrenim deneyimlerini etkilemek üzere hemşire eğitimcilerle ortaklık kurmalıdır” istemi yer almaktadır. Amerikan Hemşirelik Okulları Derneği 1990’da yayınladığı bir bildirmede, hemşireliğin uygulama, eğitim ve araştırmada mükemmelliği yakalayabilmesi için eğitim ve uygulama yapan birimlerin üretken bir işbirliğine yönelmeleri gerektiği vurgulanmıştır. Tüm hemşirelik okullarına, uygulama alanları ile işbirliği yapma, sürdürme ve değerlendirme çağrısı yapılmıştır. Benzer şekilde, 2000 yılında “Herkesin Sağlık Hedefleri”nin sahibi ve izleyicisi Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bölgesi Hemşirelik-Ebelik-Sağlık Ziyaretçileri Dairesinin yöneticileri bize hemşire akademisyenlerin uygulama ortamına katılmalarının beklendiğini uyarılmaktadır (16).

Kurumlarına göre katılımcılardan “Bakım Dostu Hastane” kavramına muhalefet eden olmamış, konu olumlu algılanarak istenen özellikler seçilmiştir.

Tablo 17 A’ya bakıldığında katılımcıların “Bakım Dostu Hastaneler”e ilişkin sıklıkla seçilen özelliklerin ulaşılabilirliğine dair görüşleri görülmektedir. 70 özellikten seçilme sıklığı en yüksek olan özellik 30. özelliktir (Bakım verme modelleri ile hemşirelik ile ilgili mevzuat (yasa, tüzük, yönetmelik) arasında uyumun sağlanması). Bu özellik “Profesyonel Bakım Modelleri” ana başlığına aittir. Magnet konsepti ile ilgili yapılan bir araştırmada, profesyonel uygulamanın ve profesyonel gelişimin Magnet hastanelerinin ayrılmaz bir parçası olduğu vurgulanmaktadır (Curan, 2000; Havens, 2001, p. 266) (9).

Seçilme sıklığı en düşük olan özellikler ise 23 ve 66. özelliklerdir:

- Hemşirelik, finans ve insan kaynakları (bölümleri) arasında işbirliğinin olması,
- Örneğin proje çalışmaları, T – Grupları, Kalite Çemberleri gibi kurulan (işbirliği) mekanizmaların, disiplinler (meslekler) arası çatışmanın yönetiminde etkili, verimli ve yapıcı biçimde kullanılması.

Magnetizmin sağlanması ile ilgili bir araştırmada, profesyonel disiplinlerden oluşan takımlar arasında kurulan işbirliği ilişkilerinin, takımların faaliyetlerinin kalitesini arttırdığı vurgulanmaktadır (Newhouse and Mills, 2002, p. 64-69) (9).

Ağırlıklı puanlar kullanılarak yapılan ulaşılabilirlik sıralamasına göre (Tablo 17 B), “Bakım Dostu Hastane” özelliklerinden:

- 54. özelliğin (Oryantasyon programlarının olması) en yüksek puan (176 puan) ile en kolay ulaşılabilir özellik olduğu anlaşılmaktadır. 1987 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’nın her bölgede düzenlediği hemşirelik hizmetleri yönetimi çalıştaylarında Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon programlarının önemi ve tekniği vurgulanmıştır. Daha sonra International Organization for Standardization (ISO) 9000 belgesi almak için başvuran hastanelerin değerlendirme sürecinde, hemşirelik yönetiminin bu işlevi belgelenmiştir. Hemşireler bu programları yönetmeye alışkındır.

- 66. özelliğin (Örneğin proje çalışmaları, T – Grupları, Kalite Çemberleri gibi kurulan (işbirliği) mekanizmaların, disiplinler (meslekler) arası çatışmanın yönetiminde etkili, verimli ve yapıcı biçimde kullanılması.) en düşük puan (75 puan) ile “ulaşılması çok zor” görüldüğü söylenebilir. Bu özellik, bir sağlık örgütünün geliştirilmesinde yararlanılabilecek bazı yöntemleri kapsamaktadır (8); bizim sağlık kurumlarımızda henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır.

- Özelliklerin hepsinde seçilme sıklığı %50 veya üzerindedir, bu nedenle tümü “Bakım Dostu Hastane”lerin özellikleri olarak öne çıkmıştır ve bunlardan “ulaşılabilir” denilen özellik yoktur.

“Bakım Dostu Hastaneler”in özelliklerine gruplar halinde bakıldığında (Tablo 17 C), hem “Ulaşılması Çok Zor” veya “Ulaşılabilir” olarak nitelendirilebilecek bir grubun olmadığı görülmektedir; hem de “Kesinlikle Ulaşılabilir” (çok kolay ulaşılabilir) düzeyinde özellikler de yoktur. Bir seri standart oluştururken, istenen, mevcut durumdan bizi daha ileriye götürecek özelliklerin saptanmasıdır. Bu nedenle, Amerikan Hemşireliğince benimsenen/istenen standartların bizce “ulaşılması çok kolay olamayan” ama “ulaşılması çok zor da olmayan” bir hizmet düzeyine denk bulunması, istenen bir sonuçtur.

“Hemşireliğin İmajı” grubu katılımcılar tarafından (143 puan) “Ulaşılabilir” bulunmuştur.

Hemşirelik her yerde kadın işidir ve düşük ücret, düşük statü, dikkate alınmama, kötü çalışma koşulları, çok az ilerleme olanakları ve zayıf eğitim olmak üzere kadınlara özgü diğer mesleklerle aynı özelliklere sahiptir. Akut tıbbi tedavi ise her ülkede prestij ve kaynak kullanımında aslan payını almaktadır. Avrupa Bölgesi’ndeki ülkelerin çoğunluğunda sağlık bakanları, devlet görevlileri ve üst düzey sağlık yöneticileri doktordur. Hastanelerde veya toplumda hemşireler genellikle işi tıbbi emirleri yerine getirmek olan yardımcıları olarak görülmekte, hastanın iyileşmesinde bakımın rolü göz ardı edilmekte ve gereken değer verilmemektedir.

Sağlık bakım sisteminin gereksinimlerinden çok, insanların sağlıkla ilgili gereksinimlerini ön planda tutan bir hemşirelik rolü belirlenmesine olan gereksinim, hemşireliğin gelişme sürecinde üzerinde durulması gereken en önemli kavramdır. Bu da hemşirenin doktorlara yardımcı ve ağır işçilik olarak tabir edilebilecek geleneksel rolünün temelden değiştirilmesi gerektiği anlamına gelmektedir; hemşire son derece iyi eğitilmiş, sağlık hizmetlerinde ayrı ve benzersiz bir yeri olan, sağlık hizmetine olan katkısı diğer meslek grupları tarafından kabul gören ve sağlık ekibi içerisinde hak ettiği saygıyı gören bir kişi olmalıdır (Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995, s. 4-6) (23).

Bu anlamda düşünüldüğünde, araştırma sonucundan farklı olarak, imaj değişikliği yaratmanın kolay ulaşılabilir olmayacağı söylenebilir.

“Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi” grubu katılımcılar tarafından (130.3 puan) “Ulaşılabilir” bulunmuştur.

1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi’nden geçirilen ve herkese sağlık stratejilerinin desteklenmesi amacıyla hemşirelik ve ebeliğin güçlendirilmesine yönelik bir kararda Üye devletlerin, [hemşirelik/ebelik personelinin üst düzey liderlik ve yönetim kadrolarına

atanmasını teşvik etmeleri ve her ülkenin kendi sağlık etkinliklerinin planlanması ve yürütülmesinde hemşireler ile ebelerin katılımını kolaylaştırmaları] istenmiştir. Hemşirelikte liderlik konusuna verilen bu önem, Asamble'nin 1992 yılında kabul ettiği kararda da vurgulanmıştır [hemşirelerin ve ebelerin yöneticilik ve liderlik yeteneklerini güçlendirmelerini ve ilgili programlardan sorumlu sağlık bakanlıklarının ve yerel yetkili makamların merkezi ve yerel hizmetleri de dahil olmak üzere her türlü sağlık bakım ortamlarında ve her türlü hizmet düzeylerinde hemşirelik ve ebelik personelinin durumlarını güçlendirmeleri].

Her ülkenin kendine özgü ve başarıya ulaşabilir bir eylem planı olmadıkça hemşirelik alanında uzun süreli bir ilerleme olanağı bulunamayacağı açıktır. Bu tür bir plan hazırlanırken öncelikle bir hedef belirlenmeli ve daha sonra bu hedefin gerçekleştirilmesine yönelik somut adımlar atılmalıdır. Özellikle beklentilerin çatıştığı ve kaynakların sınırlı olduğu bir zamanda böyle bir plan olmaksızın hemşireler her zaman sıkıntılarla karşılaşmaya devam edecekler, öncelikleri belirleyemeyecekler veya gelecekleri kendi kontrollerinde olmayacaktır. Öncelikleri nasıl belirlemeleri gerektiğini öğrenmeleri, başkalarından talimat beklemek yerine kendinden emin ve etkin bir şekilde hedeflerini gerçekleştirmeye çalışmaları gerekmektedir. Liderlik konusu her ne kadar toplumda ve hastanedeki günlük iş ortamında hemşirelerin en son kaygı duydukları bir konu gibi duruyorsa da son derece önemlidir (Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995, s. 8-9) (23).

Yukarıda değinilen nedenler düşünüldüğünde ülkemizde “Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi”ne ulaşmanın, araştırma sonucundan farklı olarak kolay ulaşılabilir olmayacağı söylenebilir.

Araştırma sonucunda araştırma sorularına yanıt bulunmuştur. Ülkemizde hemşirelik hizmetlerinin niteliğini güvence altına alan standartlar belirlenirken, hemşirelik bakımının kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalarda uluslar arası standartların rehber alınabileceği ortaya çıkmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

“Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetlerinin güvence altında olduğunu gösteren standartları belirlemek” amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Ankette yer alan 70 özellikten 42’sinde Yönetici Hemşireler (Y.H.) ile Öğretim Elemanları(Ö.E.)’nın yanıtları arasında istatistiki fark saptanmış olup, bu özellikleri yönetici hemşireler arasında “kesinlikle ulaşılabilir veya ulaşılabilir” bulanların oranı daha yüksektir.

Uluslar arası düzeyde hemşirelik hizmetlerinin niteliğini güvence altına almaya yönelik standartlara Türk hemşireliğinin ulaşabilmesi konusunda: Akredite olmuş hastanelerin Y.H.’leri (her özellikte) daha umutludur ve hepsini yakın yıllarda ulaşılabilir görmektedir. Ö.E.’ları ise sadece 33 özelliği “kesinlikle ulaşılabilir veya ulaşılabilir” bulmakta ve bu konuda daha sınırlayıcı görünmektedir.

- Katılımcıların kurumlarına göre “Bakım Dostu Hastanelerin sahip olması gereken özellikler” ile ilgili (Ö.E.’ları ve Y.H.’lerin) görüşleri farklıdır. Her iki grubun kendi çalıştığı alanın gerek ve ihtiyaçlarını daha önemli ve öncelikli gördüğü saptanmıştır; bu nedenle “Bakım dostu Hastaneler”i belirleyecek özelliklerin oluşturulmasında “karma bir çalışma grubu” oluşturulmalıdır.

- “Bakım Dostu Hastane” kavramına katılımcılardan muhalefet eden olmamış, konu olumlu algılanarak istenen özellikler seçilmiştir. Ankette yer alan 70 özelliğin hepsi, anketi yanıtlayan hemşirelerin çoğu (%50 ve üstü) tarafından seçilmiştir.

- “Bakım Dostu Hastane”ler için listelenen özelliklerin ağırlıklı puanlar kullanılarak yapılan ulaşılabilirlik sıralamasında, “Bakım Dostu Hastane” özelliklerinden 54. özellik (Oryantasyon programları) en kolay ulaşılabilirlik düzeyindedir; 66. özelliğin en zor ulaşılabilirlikte olması ise meslekler arası işbirliğini bu hastaneler için dikkate alınacak bir hedef haline getirmiştir. Sıralanan tüm özellikler “Bakım Dostu Hastane” özellikleri olarak ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya ilişkin önerilerimiz:

Gelecekte bu araştırmaya ait soru kağıdının kullanılması durumunda, “Bakım Dostu Hastane” özelliklerini seçme sütununu standart ifadelerinin sol tarafına alınması, dikkati çekmek ve boş bırakılmasını engellemek adına yarar vardır.

Ülkemizde bu gibi çalışmalara katılımın yüksek olması ve görüş birliğinin sağlanması için, Türk Hemşireler Derneği ve diğer hemşirelik kuruluşlarının, ulusal düzeyde hemşirelik

hizmetleri standartlarının belirlenmesi ve korunmasında etkin rol alması, öncülük etmesi gerekmektedir.

Ek – 1

VERİ TOPLAMA FORMU – 1. KISIM

Bu veri toplama formu, **ülkemizde bir hastanede sunulacak/sunulan “hemşirelik hizmetlerinin istenen düzeyde olduğunu gösteren özellikleri”** belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Gelecekte bu özelliklere ulaşan hastanelerin BAKIM DOSTU HASTANELER olarak tanımlanması mümkün olabilir.

Cevaplarınız toplu olarak değerlendirilip sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Bireysel bir değerlendirme yapılmayacağı için isim yazmanıza gerek yoktur. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Hamiyet Güven

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Öğrencisi

Diploma Unvanınız:

- Eğitim Durumunuz ()Sağlık Meslek Lisesi Mezunu
()Ön Lisans Mezunu
()Lisans Mezunu
()Yüksek Lisans (Alanınız.....)
()Doktora (Alanınız.....)
()Diğer.....

- Çalıştığımız Kurum () Hemşirelik Yüksek Okulu () Sağlık Yüksek Okulu
() Özel Hastane () Üniversite Hastanesi

- Unvanınız ()Prof. Dr. ()Doç. Dr. ()Yard. Doç. Dr. ()Doktor
()Öğretim Görevlisi
()Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
()Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
()Hemşirelik Hizmetleri Bölüm Başhemşiresi
()Hemşirelik Hizmetleri Bölüm Başhemşire Yardımcısı
()Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörü
()Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü

Eğitim Görevlisi Olarak Çalıştığınız Süre.....

Hemşire/Yatak Başı Hemşiresi Olarak Çalıştığınız Süre.....

Yönetici Hemşire Olarak Çalıştığınız Süre.....

“Hemşirelik Bakımının Niteliğini Güvence Altına Alan Standartlar”la ilgili (eğitim, araştırma, uygulama, yönetim amaçlı) çalışmalarınız var mı?

- ()Evet ()Hayır

Ek - 2

VERİ TOPLAMA FORMU - 2. KISIM

Sayın Katılımcı,

Arka sayfadaki listede yer alan özellikler, bir sağlık kuruluşunda ulaşılması istenen hemşirelik hizmetlerine rehber olmak ve hizmetin düzeyini güvence altına almak için aranan özelliklerdir.

Sizden beklenen, bizim hemşireliğimizin, sağlık kuruluşlarımızda bu özelliklere ulaşmasının mümkün olup olmadığını değerlendirmenizdir.

A) Önce, her satırda, Ülkemiz Hastanelerinde **Hemşireliğin** yakın gelecekte, örneğin 2008 - 2010 yıllarında, bu standartlara ulaşma olasılığını,

- **Kesinlikle Ulaşılabilir** (4p.)
- **Ulaşılabilir** (3 p.)
- **Belki Ulaşılabilir** (2 p.)
- **Ulaşılması Çok Zor** (1 p.)
- **Ulaşılamaz** (0 p.) sütunu üzerinde işaretlemenizi;

B) Sonra, bizim hastanelerimizden “**BAKIM DOSTU HASTANE**” olarak nitelendirebileceklerimizi belirlemede kullanılacak **özellikleri seçmenizi** rica ediyoruz.

Bunu, özellikler kutucuğuna (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Kesintilde Ulaşılabilir	Ulaşılabilir	Belki Ulaşılabilir	Ulaşılması Çok Zor	Ulaşılmaz	Özellikleri İşaretleyniz
HEMŞİRELİK LİDERLİĞİNİN KALİTESİ	1	Heşirelerin daha yetenekli, becerili ve eğitimli olmasına önem verilmesi, alanlarında ilerlemeleri için bireysel olarak cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi.					
	2	Heşirelik biriminin misyonu, vizyonu, değerleri, felsefesi ve stratejik planı ile kurumun bu yönleri arasında uygunluğun olması.					
	3	Heşirelik hizmetleri müdürünün, tüm çalışanlar tarafından organizasyondaki heşirelerin en üst yöneticisi olarak görülmesi, heşirelik uygulamalarını ve uygulama ortamını etkileyen konulardaki temsilcisi olması.					
	4	Heşirelik hizmetleri müdürü ve diğer heşire yöneticilerin, yeterli mali kaynaklar ve insan kaynakları ile heşirelik uygulamalarını destekleyebilmesi.					
	5	Heşire memnuniyetinin geçerli veri toplama araçları ve metodları ile ölçülmesi.					
	6	Heşirelerin değişikliklerin planlanmasında karar verme sürecine katılımı.					
	7	Çeşitli rolleri üstlenen heşirelerin (bakım, ileri uygulama, yönetim, idare vb.) kurumdaki karar verme mekanizmasına katılımı.					
	8	Bakım veren heşirelerin, kurum içindeki çalışma gruplarına katılımı.					
KURUMSAL YAPI	9	Heşirelik hizmetleri müdürünün stratejik planlama ve yürütmede, kurumun en üst karar verme mekanizmasının etkili bir üyesi olarak hizmet vermesi.					
	10	Kurumdaki tüm heşirelik çalışmalarında katılımcı karar verme sürecinin benimsenmesi.					
	11	Kurumsal yapının sağlık alanındaki değişikliklere duyarlı (haberli, açık) olması.					
YÖNETİM BİÇİMİ	12	Heşirelik hizmetleri müdürünün ileri görüşlü olması ve hedefleri gerçekleştirmede açık iletişim ve akılcı uyarma/ ikna yolu ile diğerlerini etkilemesi.					
	13	Tüm organizasyonda, heşireler arasında etkili bir yatay ve dikey iletişimin olması.					
	14	Heşirelerin, lider/ yönetici heşireleri görme ve onlara ulaşabilme imkânının olması.					
PERSONEL POLİTİKALARI VE PROGRAMLARI	15	Tüm heşirelerin performans değerlendirmesinin, heşirelik hizmetleri için belirlenmiş hedeflere ulaşma derecesine göre yapılması; (enfeksiyon kontrolü, yatak yaraları, istenmeyen olaylar, hasta memnuniyeti vb.);					
	16	Heşirelerin performans değerlendirmesinde, heşirelik sürecini uygulamalarının da değerlendirilmesi;					
	17	Heşirenin performans değerlendirmesinin, onun kariyer geliştirme planında dikkate alınması.					
	18	Çalışan haklarının korunmasını; sağlıklı ve güvenli bir iş ortamının oluşmasını destekleyen politika ve prosedürlerin (kural ve yöntemlerin) var olması.					
	19	Heşirelerin nöbet listelerinde (görevlendirme), öngörülemeyen değişiklikler gerektiğinde (hastalık, kaza vb.) listelerin yeniden düzenlenmesinde esneklik sağlanması.					
	20	Kurumun, heşireleri işe alma ve kuruma bağlılıklarını sağlama ile ilgili uzun vadeli planlarının olması;					
	21	Bu plana (bakım veren) heşirelerin de katılımı;					
	22	Bu planda profesyonel uygulamaya (heşirelik sürecinin uygulanmasına) fırsat verildiğinin kanıtlarının olması.					

		Kesinlikle Ulaşılabilir	Ulaşılabilir	Belki Ulaşılabilir	Ulaşılması Çok Zor	Ulaşamaz	Özellikleri İşaretleyniz
PERSONEL POLİTİKALARI VE PROGRAMLARI	23	Hemşirelik, finans ve insan kaynakları (bölümleri) arasında işbirliğinin olması.					
	24	Personel politikalarının, kariyer geliştirme ve ilerleme yi desteklemesi.					
	25	Performansın, sürekli ve düzenli olarak değerlendirilmesi;					
	26	Hemşirenin de kendi kendini değerlendirmesi;					
	27	Meslektaşları ve diğer iş arkadaşlarının da hemşireyi değerlendirme (360° değerlendirme).					
PROFESYONEL BAKIM MODELLERİ	28	Hemşirenin profesyonel rolünün tanımlanması ve kolaylaştırılması için, hemşirenin verdiği bakımın sorumluluğunu üstlenmesi için; bakımın sürekliliğinin sağlanması için; (vaka yönetimi, vaka yönetimi, primer hemşirelik gibi) uygun bakım verme modellerinin benimsenmesi.					
	29	Bakım verme modellerinin, kanıta dayalı uygulama ve çağdaş yönetim kavramlarına ve kuramlarına dayalı olması/ temellendirilmesi.					
	30	Bakım verme modelleri ile hemşirelik ile ilgili yasa, tüzük, yönetmelik (mevzuat) arasında uyumun sağlanması.					
	31	Hemşirelerin kliniklerde görevlendirilmesinin hasta ihtiyaçları, hemşirelerin deneyim ve eğitimleri ile örtüşmesi / uyumlu olması.					
BAKIMIN KALİTESİ	32	Hasta bakımının desteklenmesinde, insan kaynaklarını ve mali kaynakları içeren süreçler (kaynak yönetim süreci) ve kalite alt yapısının olması.					
	33	Hasta ve personel güvenliğini artıran, destekleyen, izleyen ve geliştiren sistemlerin olması.					
	34	Hemşirelik kadrosunun her düzeydeki çalışmalarının hemşirelik ahlakı kurallarına ve hasta haklarına uyumlu olması.					
	35	Araştırmaya ve kanıta dayalı uygulamaların klinik ve yönetsel süreçlerle bütünleşmiş olması.					
	36	Hemşirelerin hastalarına yüksek kaliteli bakım sağladıklarının farkında olması.					
KALİTE Yİ GELİŞTİRME	37	Klinik ve yönetsel süreçlerin ve bakıma ilişkin sonuçların tanımlanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi için kapsamlı programların (öz değerlendirme) olması.					
	38	Klinik alanlara uygun, hemşirelik bakımının sonuçlarının sürekli izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi.					
	39	Bakım süreçlerini değiştirmek için klinik ve yönetsel göstergelerin başka kuruluşlarla karşılaştırılması.					
	40	Kurumun her düzeyinden hemşirelerin kalite geliştirme sürecine katılımının sağlanması.					

		Kesimlikle Ulasilabilir	Ulasilabilir	Belki Ulasilabilir	Ulaslması Çok Zor	Ulaslması az	Özellikleri İşaretleymiz
DANIŞMANLIK VE KAYNAKLAR	41	Profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklenmesinde, kurum içi kaynakların olması.					
	42	Profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklenmesinde, kurum dışı kaynakların olması.					
	43	Mesleki hemşirelik organizasyonlarına (dernek vb.) katılımın (işbirliği ve üyelik) olması.					
	44	Mesleki hemşirelik organizasyonlarının dışında (Örneğin Organ Bağışı, AÇEV, Diyabet Derneği, Kadın Sağlığı Merkezleri vb.) sağlık bakım ve toplum organizasyonlarına katılımın (işbirliği, destekleme) olması.					
	45	Danışmanlık alınması ve kaynak kullanımının olması (örneğin yurt dışı ve yurt içinden, AB Fonlarından, DSÖ Fonlarından yararlanma).					
OTONOMİ	46	Ulusal hemşirelik standartlarına uyum olması.					
	47	İleri düzeyde ve özel hemşirelik uygulamaları yapabilmek için kredilendirme ve yetkilendirme sürecinin olması (hemşirelerin sertifika vb. belge alması için yönlendirme).					
	48	Hemşirelik uygulamalarını, belirleyen ve şekillendiren yapı ve süreç standartlarının (örneğin politika ve prosedürler) bulunması.					
	49	Hasta bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, hemşire tarafından kullanılacak uygun literatür ve veri tabanlarına erişimin sağlanması.					
	50	Bütün hemşireler için meslektaş (akran) değerlendirme süreçlerinin olması.					
TOPLUM VE SAĞLIK KURUMU	51	Sağlık kuruluşunun, enstitüler, diğer sağlık kuruluşları ve diğer toplum kuruluşları ile işbirliğinin olması.					
	52	Hemşirelerin toplumdaki diğer hemşirelerle olan işbirliği veya ortaklığının olumlu etkilerinin/ sonuçlarının olması.					
	53	Diğer toplum sağlığı hemşireliği kuruluşlarıyla işbirliği/ortaklık sürecinde - gerekirse maddi- kaynak kullanımının uygun olması (örneğin toplantı salonu açma, bağış yapma gibi destekler).					
EĞİTİM Çİ OLARAK HEMŞİRELER	54	Oryantasyon programlarının olması.					
	55	Rehberlik programlarının olması.					
	56	Hasta ve aile eğitiminin olması.					
	57	Klinik uygulama ve liderlik için personel geliştirme programlarının olması.					
	58	Bilimsel girişimlerin / programların olması.					
	59	Öğrenci hemşirelerin eğitimini destekleyici bir ortam olması.					

		Kesinlikle Ulaşılabilir	Ulaşılabilir	Belki Ulaşılabilir	Ulaşılması Çok Zor	Ulaşılmaz	Özellikleri İşaretleyiniz	
HEMŞİRELİĞİN İMAJİ	60	Hemşirelik hizmetleri müdürünün , kurumun en yüksek düzeydeki stratejik planlama ve karar verme makamu üzerindeki etkisini kullanabilmesi.						
	61	Hemşirelerin , kurumda kurumun çalışması ve başarısı için ayrılmaz bir parça olarak kabul edilmesi.						
DİSİPLİNLERARASI İLİŞKİLER	62	Kurumun komitelerinin ve çalışma gruplarının üyelerinin çeşitli disiplinlerden (mesleklerden) olması ; kararların bu disiplinler (meslekler) arasında beraberce verilmesi.						
	63	Hasta bakımı dokümantasyon sistemlerinin , disiplinler (meslekler) arası resmi iletişimi yansıtmaması ve desteklemesi.						
	64	Klinik bakım politikaları, standartları ve rehberlerinin oluşturulmasında (meslekler arası) işbirliğinin olması.						
	65	Klinik bakım politikaları, standartları ve rehberlerinin onaylanmasında disiplinler arası/meslekler arası işbirliğinin olması.						
	66	(Örneğin proje çalışmaları, T – Grupları, Kalite Çemberleri gibi) kurulan (işbirliği) mekanizmaların , disiplinler (meslekler) arası çalışmanın yönetiminde etkili, verimli ve yapıcı biçimde kullanılması.						
PROFESYONEL GELİŞİM	67	Sürekli bir öğrenme ortamı olması.						
	68	Mesleki gelişim faaliyetleri için yeterli insan kaynağının ve finansal kaynağın tahsis edilmesi.						
	69	Yönetimin , klinik yeterliliğin ve liderlik yeteneğinin geliştirilmesi yolu ile mükemmelliği teşvik etmesi ve desteklemesi.						
	70	Mesleki sertifikasyonun sağlık kurumu tarafından desteklenmesi.						

Bu çalışmaya destek verdiğiniz için çok teşekkür ediyorum. EKLEMEK İSTEDİĞİNİZ GÖRÜŞLERİNİZİ DE belirtmenizi diliyorum.

Magnet Standartları (2005)

1. Güç: Hemşirelik Liderliğinin Kalitesi

Hemşire liderleri, bilgili, hemşire departmanının günlük çalışmalarında belirgin bir felsefe izleyerek yüksek risk üstlenen kişiler olarak algılanır. Hemşire liderleri ayrıca, personel adına yandaşlık duygusu ve destek taşırlar.

Mıknatıs Kurumların Beklentileri

Konusunda uzman, güçlü, risk üstlenici hemşireler, hemşirelik departmanının günlük çalışmalarında iyi belirlenmiş, stratejik ve ileri görüşlü bir felsefe izlerler. Hemşire liderleri, kurumun her düzeyinde, personel yüksek savunma duygusu taşırlar, personele ve hastalara destek olurlar (Kaliteli liderliğin sonuçları, hemşirelik uygulamalarının hastanın tarafında olduğunun kanıtıdır).

Bileşenler

- Uzmanlık, beceri ve yüksek eğitim, her düzeydeki hemşirelerin değerli nitelikleridir. Bireyler teşvik edilir ve bu alanlarda yapacakları ilerlemeler desteklenir.
- Misyon, vizyon, değerler, felsefe ve hemşirelik hizmetlerinin stratejik planı ve kurumun bu yönleri arasında bir ahenk bulunmaktadır.
- CNO (Chief Nursing Officer), çalışanların hepsi tarafından kurumdaki hemşirelerin en yüksek yönetici birimindeki ve hemşirelik uygulamalarını ya da uygulama ortamını etkileyen ya da bunlardan kaynaklanan meselelerdeki temsilcisi olarak algılanır.
- CNO ve diğer hemşire yöneticileri, hemşirelik uygulamalarını desteklemek için yeterli mali kaynaklar ya da insan kaynakları sağlar.
- Hemşire memnuniyeti, geçerli veri toplama araçları/metotlarıyla ölçülür. Bakım hemşireleri, verilere dayalı değişiklikleri planlamada karar verme sürecine katılırlar.
- Çeşitli rolleri üstlenen hemşireler(bakım, ileri uygulama, yönetim, idare vb.), kurumdaki karar verme birimine dahildirler.
- Bakım hemşireleri, kurum içindeki resmi ve resmi olmayan iş gruplarına dahildirler.

2. Güç: Kurumsal Yapı

Kurumlar birim bazlı karar vermenin hakim olduğu dikeyden çok yatay yapılanmanın hüküm sürdüğü yapılar olarak tanımlanır. Hemşirelik departmanında, kurumsal komite yapısında açıkça görülen hemşire temsiliyle merkezden yönetim uygulanmaz. Hemşire lideri kurumun idari düzeyi olarak hizmet eder ve CNO, bu idari düzeye rapor verir.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Kurumsal yapılar genellikle dikeyden daha çok yatay yapılanmıştır ve dağıtılmış bir karar verme hakimdir. Kurumsal yapı dinamiktir ve değişime açıktır. Güçlü hemşire temsili, kurumsal komite yapısında oldukça belirgindir. İdari düzeydeki hemşire liderleri, kurumda idari düzeyde hizmet ederler. CNO tipik olarak doğrudan CEO'ya (Chief Executive Officer) rapor verir. Kurum, paylaşılan karar verme görevinin verimli sistemine ve işlevselliğine sahiptir.

Bileşenler

- CNO, stratejik planlama ve uygulamada, kurumun en yüksek karar verme mekanizmasının etkili bir üyesi olarak hizmet verir.

- Hemşirelik uygulamaları ve organizasyonları üzerinde dağıtılmış ve paylaşılmış karar verme süreçlerinin hakimiyeti görülür.
- Kurumsal yapı sağlık bakım ortamlarında değişikliklere açıktır.

3. Güç: Yönetim Biçimi

Kurum ve hemşire idarecileri kurumun her düzeyinden personelden aldığı dönüt ve tepkileri birleştirerek katılımcı bir yönetim biçimi uygular. Dönüt ve tepkiler teşvik edici ve değerli olarak nitelendirilirler. Liderlik pozisyonlarındaki hemşirelik hizmetleri görülebilir, erişilebilir ve personelle etkili iletişim taahhüt eder niteliktedir.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Sağlık bakım kurumu ve hemşire liderleri katılımı destekleyen bir atmosfer yaratır. Dönüt ve tepkiler teşvik edilir ve değerlendirilir ve kurumun her düzeyindeki çalışanlardan dönüt ve tepkiler alınır. Liderlik konumundaki hemşirelik hizmetleri görülebilir, erişilebilir ve personelle etkili iletişim taahhüt eder niteliktedir.

Bileşenler

- CNO, ileri görüşlüdür ve açık iletişim ve zihinsel uyarım yoluyla, hedefleri gerçekleştirme konusunda diğerlerini etkiler.
- Kurum içindeki hemşireler arasında yatay ve dikey yönde etkili bir iletişim vardır.
- Hemşire liderlerinin görülebilirliği ve erişilebilirliği vardır.

4. Güç: Personel Politikaları ve Programları

Maaşlar ve avantajlar rekabeti artırıcılar olarak nitelendirilir. Dönüşümlü vardiya en aza indirgenmiştir ve yaratıcı ve esnek istihdam modelleri kullanılır. Personel politikaları, çalışanlarla birlikte yaratılır ve anlamlı idari ve klinik destek olanakları bulunmaktadır.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Maaşlar ve avantajlar rekabeti artırıcı olarak nitelendirilir. Güvenli ve sağlıklı çalışma ortamını destekleyen yaratıcı ve esnek istihdam modelleri kullanılır. Personel politikaları, bakım hemşireleriyle birlikte yaratılır. Profesyonel gelişme için, idari ve klinik bölümlerde anlamlı olanaklar bulunmaktadır. Personel politikaları ve programları profesyonel hemşire uygulamaları, iş/özel yaşam dengesi ve kaliteli bakım verilmesini destekler.

Bileşenler

- Bütün hemşireler için performans değerlendirme süreci hedef odaklıdır ve uygulama profesyonel standartları ve kariyer gelişimi ile bağlantılıdır.
- Çalışan haklarının korunduğu ve sağlıklı ve güvenli bir iş ortamının var olduğu yansıtan işyeri destek politikaları ve prosedürleri mevcuttur.
- İstihdam sistemi, çalışanların rahatsızlanması, iş yükündeki öngörülemez iş yükü değişimleri vb. gibi dahili ve harici faktörlere uygun olarak esneklik gösterir.
- Bakım hemşirelerinin dahil edildiği ve profesyonel uygulama olanaklarının görüldüğü stratejik hemşire istihdamı ve alıkoyma programları mevcuttur.
- Bakım, finans ve insan kaynakları arasında işbirliği vardır.
- Personel politikaları kariyer geliştirmeyi ve ilerlemeyi destekler.
- Resmi, resmi olmayan, düzenli ya da süren performans değerlendirme süreçleri belirgindir ve kendini değerlendirme ve emsal taramayı kapsar. Uygun olduğu zamanlarda 360° değerlendirme kullanılır.

5. Güç: Profesyonel Bakım Modelleri

Bakım modelleri hastanın bakımının sağlanmasında hemşirelere sorumluluk ve yetki vermek için kullanılır. Hemşireler bakım koordinatörleridir ve kendi uygulamalarından sorumludur.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Doğrudan hasta bakımı sağlanmasında hemşirelere sorumluluk ve yetki veren bakım modelleri bulunmaktadır. Hemşireler bakım koordinatörü olmanın yanı sıra kendi uygulamalarından da sorumludur. Bakım modelleri (örneğin, temel bakım, vaka yönetimi, aile merkezli, koğuş, bütünsel) süreç içinde bakımın sürekliliğini sağlar. Modeller hastaya özgü ihtiyaçları dikkate alır ve istenilen sonuçların alınması için vasıflı hemşire ve yeterli kaynak sağlar.

Bileşenler

- Bakım sağlama modelleri, kişinin kendi uygulamalarından ve bakımın sürekliliğinden sorumlu olması da dahil olmak üzere hemşirenin profesyonel rolünü tanımlar ve destekler.
- Bakım sağlama model(ler)i, uygulama ve çağdaş yönetim konseptleri ve teorilerine dayanan kanıtları bir araya getirir.
- Bakım sağlama modelleriyle ilgili düzenleyici unsurlara uyum söz konusudur.
- İstihdam sistemi hasta ihtiyaçları, personel becerilerini ve personel uyumunu bir araya getirir.

6. Güç: Bakımın Kalitesi

Hemşireler hastalarına yüksek kaliteli bakım sağladıklarının farkındadırlar. Kaliteli bakım sağlama kurumsal bir öncelik olarak da görülür ve liderlik konumunda hizmet eden hemşireler yüksek kaliteli bakımın sağlanabileceği ortamı geliştirmekten sorumludurlar.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Kalite, hemşireler ve kurum için teşvik edici sistematik bir güçtür. Liderlik konumunda hizmet eden hemşireler hastalardan alınan sonuçların olumlu olarak etkileneceği ortamı sağlamaktan sorumludurlar. Hemşireler arasında hastalarına yüksek kaliteli bakım sağlama anlayışı yaygındır.

Bileşenler

- Bir kalite altyapısı vardır ve bakım sağlamayı desteklemek için insan ve malzeme kaynaklarını kapsayan süreçler bulunmaktadır.
- Hasta ve personel güvenliğini arttıran, destekleyen, izleyen ve geliştiren sistemler mevcuttur.
- ANA Hemşire Etik Yasası ve Hasta Hakları Beyannamesi, her düzeydeki bakım organizasyonlarıyla bütünleşmiştir.
- Araştırma ve kanıt bazlı uygulama klinik ve operasyonel uygulamalarla bütünleşmiştir.
- Hemşireler, hastalarına yüksek kaliteli bakım sağladıklarının farkındadırlar.

Kanıt Kaynakları

Kalite Alt Yapısı ve Süreçleri

- Kalite altyapısını – hasta bakımını etkileyen kurumsal komiteler ve karar verme makamlarını – ve çeşitli alanlardan ve kurumun her düzeyinden hemşirelerin uygulama standartlarının kurulması, izlenmesi ve değerlendirilmesine ve kurum ve birim düzeyindeki hasta bakım politikalarına ne kadar dahil olduğunu tanımlayınız.
- Bakım hemşirelerinin, hastalarına yüksek kaliteli bakım sağladıklarının farkında olduklarına dair kanıtlar gösteriniz.

- İnsan ve malzeme tahsisinin hasta bakım kalitesini nasıl geliştirdiğine dair örnekler veriniz.

7. Güç: Kaliteyi Geliştirme

Kalite geliştirme faaliyetleri eğitimle ilgilidir. Hemşire personel kalite geliştirme süreçlerine katılır ve bu süreçleri kurum içindeki bakım sağlama kalitesinin gelişimini arttıran bir süreç olarak algılar.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Kurum içindeki hizmetler ve bakım kalitesinin geliştirilmesi amacıyla kalite ve programların ölçülmesi için kullanılan yapılara ve süreçlere sahiptir.

Bileşenler

- Klinik ve uygulama süreçlerini sonuçlarını atamak, analiz etmek ve değerlendirmek için kapsamlı planlar vardır.
- Klinik alanlara uygun hemşire duyarlı sonuçların sürekli izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi söz konusudur.
- Bakım süreçlerini değiştirmek için klinik ve uygulamayla ilgili göstergeler harici kişilerle karşılaştırılır.
- Kurum içinde her düzeyden hemşirenin kalite geliştirme planlamasına ve geliştirme süreçlerine katılımı sağlanır.

8. Güç: Danışmanlık ve Kaynaklar

Yeterli danışmanlık ve diğer insan kaynakları mevcuttur. Bilgili uzmanlar özel ileri muayene hemşireleri mevcuttur ve kullanılmaktadır. Ayrıca, hemşirelik bölümünün içinde ve dışında meslektaş desteği verilmektedir.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Sağlık kurumu, uzmanların, özel ileri muayene hemşirelerinin kullanılması için yeterli kaynak, destek ve fırsat sağlar. Kurum ayrıca hemşirelerin, profesyonel organizasyonlara ve topluluktaki meslektaşları arasına katılmasını destekler.

Bileşenler

- Profesyonel hemşirelik hizmetlerinin desteklenmesi için kurum içi kaynaklar vardır.
- Profesyonel hemşirelik hizmetlerinin desteklenmesi için kurum dışı – örneğin, doğrudan ya da ortaklık uygulaması aracılığıyla- kaynaklar vardır.
- Mesleki hemşire organizasyonlarına katılım söz konusudur.
- Mesleki hemşire organizasyonlardan başka sağlık bakım ve topluluk organizasyonlarına da katılım sağlar.
- Danışmanlık ve kaynak kullanımı olumlu sonuçlar verir.

9. Güç: Otonomi

Hemşirelerin, mesleki standartlara uygun olarak özerk bir şekilde çalışmalarına izin verilir ve kendirlerinden bu beklenir. Hemşirelerden, hasta bakımında çok ilkeli bir yaklaşım bağlamında bağımsız karar vermeleri beklenir.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Özerk hemşire bakımı bir hemşirenin, uzmanlık, mesleki değerlendirme ve bilgiye dayalı hasta bakımı için uygun hemşirelik faaliyetlerini sağlaması ve bunları değerlendirme yeteneğidir. Hemşirenin, mesleki standartlara uygun olarak özerk hareket etmesi beklenir. Hasta/muhtaç/müşteri bakımında disiplinler arası ve çok ilkeli yaklaşımların kullanıldığı bir bağlamda bağımsız karar verme yeteneğinin bulunması beklenir.

Bileşenler

- Ulusal hemşirelik standartlarına uygunluk olmalıdır.
- İleri muayene hemşireleri için, güven ve ayrıcalık prosesi yerleşmiş olmalıdır.
- Hemşire çalışmalarını ifade eden ve şekillendiren standartlar/yapılır ve prosesler (örneğin, politikalar ve prosedürler) bulunmalıdır.
- Hasta bakımını planlama, icra etme ve değerlendirme hemşire tarafından kullanılacak uygun literatür ve veri tabanlarına erişim sağlanmalıdır.
- Bütün hemşireler için meslektaş eleştiri süreçleri söz konusu olmalıdır.

10. Güç: Toplum ve Sağlık Kurumu

Hemşire istihdamı ve hemşireleri kurumda tutabilmeyi en iyi şekilde başaran kurumlar, toplum gözünde güçlü bir duruşu sergilerler. Bu güçlü duruşu, süren, uzun dönemli sosyal yardım programlarında çeşitli şekillerde kendini gösterir. Bu sosyal yardım programları, kurumun güçlü, olumlu ve üretken bir kuruluş olarak algılanmasıyla sonuçlanacaktır.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Hastalardan elde edilen sonuçların iyileşmesi ve hizmet edilen toplumun sağlık düzeyinin yükselmesini destekleyen güçlü bir ortaklık geliştirmek için, her tür sağlık bakım kurumu ve diğer toplum kuruluşları arasında kurulmuş bir ilişki söz konusudur.

Bileşenler

- Enstitüler, sağlık kurumları ve diğer toplum temelli kuruluşlarla işbirliği açıkça görülmektedir.
- Hemşire toplumdaki diğer hemşire bireylerle işbirliği/ortaklığıyla elde edilen sonuçların örnekleri sağlanmaktadır.
- Hemşire toplumdaki diğer hemşire bireylerle işbirliği/ortaklık sürecinde kullanılacak kaynaklar, spesifik olarak belirtmek gerekirse mali kaynaklar, tahsis edilir.

11. Güç: Eğitimci Olarak Hemşireler

Hemşirelerin çalışmalarının her alanında, öğretme uygulamalarıyla bağlantılı olması sağlanmakta ve onlardan bu beklenmektedir. Öğretme, hemşirelere büyük profesyonel tatmin sağladığı söylenen bir faaliyettir.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Profesyonel hemşireler kurum ve toplum içinde eğitim faaliyetlerine katılmaktadırlar. Kurumda çeşitli akademik programlardan öğrenciler kabul edilir ve desteklenir; sözleşmeli çalışmalar her iki taraf için de yararlıdır. Her düzeyden öğrencilere (öğrenci, yeni mezun yada deneyimli hemşireler de dahil) eğitim verecek personel için geliştirici ve yol gösterici bir program söz konusudur. Her düzeyden personel, çeşitli akademik programlardan öğrenciler için öğretici olarak hizmet verirler. Kurumdaki bütün alanlardaki hastaların çeşitli ihtiyaçlarını karşılayan bir hasta eğitim programı mevcuttur.

Bileşenler

- Oryantasyon.
- Yol gösterme.
- Hasta ve aile eğitimi.
- Klinik ve lider personel geliştirme.
- Bilimsel girişimler.

12. Güç: Hemşireliğin İmajı

Hemşireler kurumun hasta bakım hizmetlerini sağlaması için olmazsa olmaz bir parça olarak görülür. Hemşireler tarafından sağlanan hizmet sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından temel olarak nitelendirilebilir.

Mıknatıs Kurumun Beklentileri

Hemşireler tarafından sağlanan hizmet, sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından temel olarak nitelendirilirler. Hemşireler, kurumun hasta bakım hizmetlerini sağlaması için olmazsa olmaz bir parçası olarak görülür. Hemşireler sistem çapındaki süreçleri etkiler.

Bileşenler

- CNO, kurumdaki en yüksek düzeydeki stratejik planlama ve karar verme makamı üzerindeki etkisini kullanır.
- Kurumda hemşireler, kurum uygulamaları ve başarısı için ayrılmaz bir parça olarak kabul edilir.

Kanıt Kaynakları

- CNO'nun kurumsal karar verme ve stratejik planlamayı etkileme şeklini gösteren örnekler temin ediniz.
- CNO, kurum ortakları tarafından diğer üst düzey karar verme yetkisine sahip kişilerle eşit tutulduğuna dair kanıtlar gösteriniz.
- Kurumun, stratejik önceliklerini başarmada hemşire katkısını nasıl sağladığını ve bu katkıları kurum içinde nasıl görünür hale getirdiğine dair kanıtlar gösteriniz.
- Hemşirelik departmanı ve diğer departmanlar arasında iyi ilişkiler olduğuna dair örnekler temin ediniz.
- Geleneksel olmayan rollerdeki (örneğin; bilişim, grup rahatlatma, kurumsal performans, personel geliştirme, kaynak analizi) hemşirelerin, kurumdaki hemşire imajı üzerindeki olumlu etkisinin nasıl gerçekleştiğine dair örnekler veriniz.
- Hemşirelerin, mektuplar, bülten panoları, internet siteleri, basılı liderlik profilleri vs. de dahil olmak üzere kurumun promosyon reklam stratejileri ve materyallerine ne şekilde katkı sağladıkları ve katıldıklarına dair örnekler temin ediniz.
- Disiplinler arası ekiplerin kurumdaki hemşireler tarafından nasıl algılandığını gösteren örnekler veriniz.
- Toplumun, kurumda sağlanan hemşirelik hizmetlerinin yanında hemşireliği de nasıl algıladığını gösteren örnekler veriniz.

13. Güç: Disiplinler Arası İlişkiler

Disiplinler arası ilişkiler olumlu olarak nitelendirilir. Bütün disiplinler arasında karşılıklı saygı ortaya konmaktadır.

Mıknatıs Ortamının Beklentileri

Disiplinlerde ve disiplinler arasındaki işbirliğine dayalı çalışma ilişkileri değerlidir. Klinik sonuçların elde edilmesinde tüm sağlık bakım ekibi üyelerinin önemli ve anlamlı katkıları olduğu inancına dayalı bir karşılıklı saygı durumu söz konusudur. Çatışan yönetim stratejileri uygundur ve belirtildiğinde etkili bir şekilde kullanılır.

Bileşenler

- Kurum içindeki komiteler ve görev birimleri gibi yapısal unsurlar çok ilkeli üyelikler ve disiplinler arası karar verme sürecini biçimlendirir.
- Hasta bakımı dokümantasyon sistemleri, disiplinler arası resmi iletişimi yansıtır ve destekler.

- İşbirliğine dayalı mekanizmalar klinik politikaları, standartları ve/veya rehberliğinin formülleştirilmesinin bir kanıtıdır.
- İşbirliğine dayalı mekanizmalar klinik bakım politikaları, standartları ve/veya rehberliğinin onaylanmasının bir kanıtıdır.
- Kurulan mekanizmalar, disiplinler arası çatışmanın kontrol edilebilmesi için, etkili, verimli ve yapıcı bir biçimde kullanılır.

14. Güç: Profesyonel Gelişim

Oryantasyon, servis içi eğitim, süren eğitim, resmi eğitim ve kariyer geliştirme önemli ölçüde vurgulanmaktadır. Kişisel ve mesleki gelişime önem verilir. Bunların yanında, yeterliliği sürdüren kaynaklar ve yeterlilik esaslı klinik yükselme olanakları da bulunmaktadır.

Mıknatıs Ortamının Beklentileri

Sağlık kurumu, personelin kişisel ve mesleki gelişimine önem verir ve destekler. Kalite oryantasyonu ve servis içi eğitim daha önce, kariyer geliştirme hizmetleri sağlama konusu vurgulanarak 11. Güç başlığı altında ele alınmıştır. Resmi eğitim, mesleki sertifikasyon ve kariyer geliştirme birer göstergedir. Yeterlilik esaslı klinik gelişimi ve liderlik/ıdari gelişim desteklenir ve bütün mesleki gelişim programları için insan kaynakları ve finansal kaynak sağlanır.

Bileşenler

- Sürekli bir öğrenme ortamı görülür.
- Mesleki gelişim faaliyetleri için yeterli insan kaynağı ve finansal kaynak tahsis edilir.
- Yönetim, klinik yeterlilik ve liderlik yeteneği aracılığıyla mükemmelliği teşvik eder ve destekler.
- Mesleki sertifikasyon sağlık kurumu tarafından desteklenir.

Forces Of Magnetism Descriptions (2005)

Force 1: Quality Of Nursing Leadership

Nursing leaders are perceived as knowledgeable, strong risk-takers who follow an articulated philosophy in the day-to-day operations of the nursing department. Nursing leaders also convey a strong sense of advocacy and support on behalf of the staff.

Expectations Of The Magnet Organization

Knowledgeable, strong, risk-taking nurse leaders follow a well-articulated, strategic, and visionary philosophy in the day-to-day operations of the nursing services. Nursing leaders, at all levels of the organization, convey a strong sense of advocacy and support for the staff and for the patient. (The results of quality leadership are evident in nursing practice at the patient's side.)

Components

- Competency, skill, and educational advancement are valued attributes of nurses at all levels. Individuals are encouraged and supported in making progressive gains in these areas.
- There is congruence between the mission, vision, values, philosophy, and strategic plan of nursing services and those aspects of the organization.
- The CNO (Chief Nursing Officer) is accurately perceived by all employees as representing all nurses in the organization at the highest governing body and in matters arising from or impacting the practice of nursing or the environment in which it is practiced.
- The CNO and other nurse administrators are able to secure adequate fiscal and human resources to support nursing practice.
- Nurse satisfaction is measured using valid data collection tools/methods. Direct care nurses participate in decision-making relative to planning changes based on the data.
- Nurses from a variety of roles (direct care, advanced practice, management, executive, etc.) are involved in decision-making bodies in the organization.
- Direct care nurses are routinely involved in formal and informal work groups within the organization.

Sources of Evidence

- Describe how the mission, vision, values, philosophy, and strategic plan of nursing services are congruent with those aspects of the organization.
- Describe how the CNO includes nurses who work in areas other than nursing services in activities and decision-making regarding nursing care.
- Give examples, from several different nursing units, of advocacy by the CNO on behalf of the staff, such as requests for additional full-time equivalents, systems, equipment, personnel support, and so forth.
- Provide examples of how nurses at all levels are leading and participating in Professional nursing organizations and activities at the local, state, national, and/or international levels. Include examples of how this benefits the practice setting and the nursing community.
- Describe the involvement of nurses at all levels in the budget development process.
- Provide evidence of data-driven decision-making regarding budget formulation, implementation, monitoring, and evaluation.

- Provide specific examples of ways nurses at all levels have identified and advocated for additional nursing resources to support unit goals.
- Provide nurse satisfaction data for a two-year period. Describe how nurse-satisfaction data are tracked and analyzed, and how action plans are developed and evaluated based on data. Address how direct care are involved in the process.

Force 2: Organizational Structure

Organizations are characterized as flat, rather than tall, structures in which unit-based decision-making prevails. Nursing departments are decentralized, with strong nursing representation evident in the organizational committee structure. The nursing leader serves at the executive level of the organization, and the CNO to the executive level.

Expectations Of The Magnet Organization

Organization structures are generally flat, rather than tall, and decentralized decision-making prevails. The organizational structure is dynamic and responsive to change. Strong nursing representation is evident in the organizational committee structure. Executive-level nursing leaders serve at the executive level of the organization. The CNO typically reports directly to the Chief Executive Officer (CEO). The organization has a functioning and productive system of shared decision-making.

Components

- The CNO serves as an influential member of the organization's highest decision-making body for strategic planning and operations.
- Decentralized, shared decision-making processes prevail throughout the nursing operations of the organization.
- The organizational structure is responsive to changes in the healthcare environment.

Sources of Evidence

- Provide a narrative and supportive evidence from nursing and non-nursing executive leadership that describes the CNO's structural and operational relationship with organizational leaders.
- Provide evidence of the CNO's position and influence on the organization's highest decision-making body.
- Provide a narrative that describe the CNO's structural and operational relationships in all areas where nursing is practiced.
- Describe how the CNO has enabled decentralized decision-making through education, facilitation, and support.
- Describe how decision-making is operationalized to involve all levels of nurses.
- Provide examples of how the organizational structure has been modified to accommodate change from an internal or external force.

Force 3: Management Style

Organization and nursing administrators use a participative management style, incorporating feedback from staff all levels of the organization feedback is characterized as encouraged and valued. Nurses serving in leadership positions are visible, accessible, and committed to communicating effectively with staff.

Expectations Of The Magnet Organization

Healthcare organization and nursing leaders create an environment supporting participation. Feedback is encouraged and valued and is incorporated from the staff

at all levels of the organization. Nurses serving in leadership positions are visible, accessible, and committed to communicating effectively with staff.

Components

- The CNO is visionary and influences others toward the achievement of goals through open communication and intellectual stimulation.
- There is effective horizontal and vertical communication between nurses throughout the organization.
- There is visibility and accessibility of nurse leaders.

Sources of Evidence

- Describe the CNO's leadership style and give at least two (2) examples related to the components referenced above.
- Provide examples of effective and ineffective leadership-style outcomes and follow up action as appropriate.
- Provide examples of how direct care nurses' feedback is used in organizational decision-making.
- Describe mechanisms or processes that create a practice environment that fosters horizontal and vertical communication between nurses at all levels throughout the organization.
- Provide examples of how direct care nurses initiate change to improve patient care, nursing practice, and/or the work environment.
- Provide examples of how direct care nurses' feedback is used by nurse leaders to make changes to improve patient care, nursing practice, and/or the work environment.
- Describe how nursing leaders are visible and accessible to direct care nurses.
- Provide examples of mentoring and succession planning by and for nurse leaders and direct care nurses.

Force 4: Personnel Policies And Programs

Salaries and benefits are characterized as competitive. Rotating shifts are minimized, and creative and flexible staffing models are used. Personnel policies are created with staff involvement, and significant administrative and clinical promotional opportunities exist.

Expectations Of The Magnet Organization

Salaries and benefits are competitive. Creative and flexible staffing models that support a safe and healthy work environment are used. Personnel policies are created with direct care nurse involvement. Significant opportunities for Professional growth exist in administrative and clinical tracks. Personnel policies and programs support Professional nursing practice, work/life balance, and the delivery of quality care.

Components

- The performance appraisal process for all nurses is goal oriented and is linked to Professional standards of practice and career development.
- There are workplace advocacy policies and procedures that reflect safeguards for employee rights and a safe and healthy work environment.
- The staffing system adapts and flexes to internal and external factors such as staff illness, unanticipated shifts in workload and so forth.
- Strategic nursing recruitment and retention programs exist that involve direct care nurses and show evidence of Professional practice opportunities.
- There is collaboration between nursing, finance, and human resources.
- Personnel policies support career development and advancement.

- Formal, informal, regular, and ongoing performance appraisal processes are evident and include self appraisal and peer review 360° appraisal is used as appropriate.

Sources of Evidence

- Describe the formal and informal performance appraisal processes used in the organization, including self-appraisal, peer review, and 360° evaluation (as appropriate) for nurses at all levels in the organization.
- Provide examples of how workplace advocacy policies and procedures safeguard employee rights and promote a safe and healthy work environment.
- Describe how staffing plans and practices are consistent with The ANA Principles of Nurse Staffing.
- Describe how the organization fosters a nondiscriminatory climate in which care is delivered in a manner that is sensitive to diversity.
 - Provide examples of how the organization addresses workforce diversity.
 - Describe the organization's nursing recruitment and retention programs and responses to ongoing challenges in the marketplace.
 - Provide action plans developed with direct care nurse input/involvement to address variation in unit-or service-based turnover and vacancy rates.
 - Provide examples of how direct care nurses participate in recruitment and retention activities.
 - Illustrate the ongoing collaborative efforts of nursing, finance, and human resources related to personnel policies and programs.
 - Demonstrate how trending data are used in the formulation of the staffing plan and to acquire necessary resources.
 - Provide representative examples of the development of unit staffing plans and corresponding schedules.
 - Explain how staffing adjustments are made in response to fluctuating patient workload and acuity (e.g., use of agency, float staff, overtime).
 - Describe alterations in scheduling practices related to budget variance analyses.
 - Relate the delegation activities of direct care nurses to the requirements of the state Nurse Practice Act, other regulatory stipulations, and Professional standards.
 - Demonstrate mechanisms by which direct care nurses are educated about matching staff assignments to patient needs and staff member skill sets and experience.
 - Provide representative examples of patient assignments, including the rationale for the assignments of personnel of various roles, who was responsible for making assignments, and who had input into the process.
 - Provide examples that the organization employees career development opportunities for organization employees interested in becoming nurses support staff.
 - Provide examples of how the performance appraisal processes improve the practice of nurses at the direct care and the nurse administrator levels.

Force 5: Professional Models Of Care

Models of care are used that give nurses the responsibility and authority for the provision of patient care. Nurses are accountable for their own practice and are the coordinators of care.

Expectations Of The Magnet Organization

There are models of care that give nurses the responsibility and authority for the provision of direct patient care. Nurses are accountable for their own practice as well as the coordination of care. The models of care (i.e., primary nursing, case management, family-centered, district, and holistic) provide for the continuity of care across the continuum. The models take into consideration patient's unique needs and provide skilled nurses and adequate resources to accomplish desired outcomes.

Components

- Care delivery models define and promote the Professional role of the registered nurse, including accountability for one's own practice and the continuity of care.
- Care delivery model(s) incorporates evidence based practice and contemporary management concepts and theory.
- There is adaptation to regulatory considerations relating to care delivery models.
- The staffing system incorporates patient needs, staff member skill sets, and staff mix.

Sources of Evidence

Regulatory Considerations

- Detail how the state Nurse Practice Act, other regulatory stipulations, and Professional standards influence the care delivery model(s).
- Demonstrate how the state Nurse Practice Act, other regulatory stipulations, and Professional standards are incorporated into the development, implementation, and evaluation of Professional models of care.
- Describe how direct care nurses are educated regarding the tenets of the state Nurse Practice Act, other regulatory documents, and Professional standards.
- Demonstrate how the state Nurse Practice Act, other regulatory stipulations, and Professional standards are available as references on each unit and incorporated into daily decisions.

Care Delivery Model

- Describe the role of the direct care nurse in the development, implementation, and evaluation of care delivery models.
- Describe how the model of care addresses patient needs, patient population demographics, number of nursing staff members, and ratio of nurses serving in various roles and levels.
- Describe innovations by direct care nurses to implement the model of care and to meet the needs of specific patient populations at the unit level.
- Describe how the continuity of the patient's care is addressed in the Professional model(s) for the delivery of patient care.

Staffing Systems

- Provide representative examples that depict the scheduling process and describe how scheduling is tailored to the patient population, unit needs, and the needs of individual staff members.
- Provide several examples of how direct care nurses influence scheduling.
- Describe how the various levels of nurse leaders ensure that the utilization of personnel resources is consistent with the established staffing plan, scheduling plan, patient needs, and model of care.

Force 6: Quality Of Care

Nurses perceive that they are providing high-quality care to their patients. Providing quality care is seen as an organizational priority as well, and nurses serving in leadership positions are viewed as responsible for developing the environment in which high-quality care can be provided.

Expectations Of The Magnet Organization

Quality is the systematic driving force for nursing and the organization. Nurses serving in leadership positions are responsible for providing an environment that positively influences patient outcomes. There is a pervasive perception among nurses that they provide high-quality care to patients.

Components

- There is a quality infrastructure and there are processes that include human and material resources to support care delivery.
- There are systems that promote, support, monitor, and improve patient and staff safety.
- There is integration of the ANA Code Of Ethics For Nurses and patients Bill of Rights into practice at all levels of the nursing organization.
- There is integration of research and evidence-based practice into clinical and operational processes.
- Nurses perceive that they provide high-quality care.

Sources Of Evidence

Quality Infrastructure And Processes

- Describe the quality infrastructure-the organizational committees and decision-making bodies that affect client care-and the involvement of nurses from various settings and at all levels of the organization in establishing, monitoring, and evaluating practice standards and patient care policies at the unit and organizational levels.
- Provide evidence that direct care nurses perceive that they are providing high-quality patient care.
- Give an example to illustrate how the allocation of human and material resources has improved the quality of patient care.
- Describe the processes by which standards of practice and standards of care are developed, implemented, monitored for impact, and systematically evaluated at the organizational and unit levels.
- Describe how each step of the nursing process is operational ized in nursing practice throughout the organization.

Patient Safety

- Describe the process by which innovative patient safety program sor initiatives have been developed, implemented, and evaluuated. Include examples that demonstrate the involvement of nurses from various practice settings and at all levels, and that demonstrate how these program sor initiatives have improved patient safety outcomes.
- Describe the process by which staff safety programs have been developed, implemented, and evaluated.
- Provide policies and prosedures that address the identification and management of problems related to incompetent, unsafe, or unethical practice. Give examples to illustrate compliance with these policies.

- Provide evidence that nurses have Access to avenues for confidential and anonymous reporting of unsafe practice or unsafe environmental factors without recrimination.

- Describe organizational support, resources, and initiatives that have improved workplace safety for nurses.

Ethical Practice

- Describe policies and procedures for ensuring protection of confidentiality, privacy, and security for patients and staff and monitoring systems for ensuring compliance.

- Describe how the ANA Code of Ethics for Nurses is adhered to across the nursing organization.

- Describe processes for educating patients and families about the Patients' Bill of Rights, processes for the dissemination of the Patients' Bill of Rights, and examples to illustrate how the Patients' Bill of Rights shapes organizational policy and practice.

- Describe how the nurses are educated about the ANA's Bill of Rights for Registered Nurses and how it is implemented across the organization.

- Provide examples that show how nurses at all levels are educated in applying ethical principles in nursing practice.

- Provide examples that show how nurses are supported in applying ethical principles in nursing practice.

- Give examples of programs, services, and initiatives developed to meet the cultural, ethical, and demographic needs of a diverse patient population and the resources, fiscal and human, allocated to support these programs, services, and initiatives.

- Provide data that compare and contrast the ethnicity of the organization's service area, with the ethnicity of inpatients/residents for the most recent fiscal year, and include an ethnic profile of the professional nursing staff.

- Describe how the nursing organization prepares the Professional staff to meet the projected needs of diverse populations.

- Provide copies of structure and process standards (policies and procedures) that reflect how the organization addresses patient/resident language and hearing needs.

- Provide evidence of workplace advocacy efforts that have improved the work environment for nurses at all levels.

Research and Evidence-Based Practice

- Describe how current literature, appropriate to the practice setting, is available, disseminated, and used to change administrative and clinical practices.

- Discuss the institution's policies and procedures that protect the rights of participants in research protocols. Include evidence of consistent nursing involvement in the governing body responsible for protection of human subjects in research.

- Provide evidence that research consultants are actively involved in shaping nursing research infrastructure, capacity, and mentorship.

- Provide a copy of the nursing budget or other sources of funding for the past year, the current year-to-date, and the future projection, highlighting the allocation and utilization of resources for nursing research.

- Supply documentation of all nursing research activities that are ongoing, including internal validation studies, internal and external research, and participation in surveys completed within the past twelve (12) month period.

- Provide evidence of education and mentoring activities that have effectively engaged staff nurses in research and/or evidence-based practice activities.
- Describe resources available to nursing staff to support participation in nursing research and nursing research utilization activities.

Force 7: Quality Improvement

Quality improvement activities are viewed as educational. Staff nurses participate in the quality improvement process and perceive the process as one that improves the quality of care delivered within the organization.

Expectations Of The Magnet Organization

The organization has structures and processes for the measurement of quality and programs for improving the quality of care and services within the organization.

Components

- There is a comprehensive plan to assess, analyze, and evaluate clinical and operational processes and outcomes.
- There is ongoing monitoring, evaluation, and improvement of nurse-sensitive outcomes appropriate to the clinical setting(s).
- Clinical and operational indicators are benchmarked with external entities to modify care processes.
- There is involvement of nurses at all levels of the organization in quality improvement planning and improvement processes.

Sources of Evidence

- Describe the organization's quality plan and the relationship of nursing quality initiatives at the CNO to the unit level to the plan.
- Describe the role and accountability of the CNO related to quality improvement. Give an example to demonstrate how the CNO has effectively influenced system-level change to improve the quality of care.
- Explain the mechanisms for ensuring comprehensive dissemination of quality data to all stakeholders in the organization and illustrate the process with a representative example.
- Describe the processes and rationale for the identification, development, and utilization of national databases that include nursing-sensitive measures that impact client-centered outcomes.
- Provide an example at the organizational, departmental, or unit level of a change in practice that resulted from an integrated analysis of data from fiscal, human resource, clinical outcomes, and/or satisfaction survey sources.
- For clinical areas that are not included in national databases, explain how benchmarks and nursing-sensitive measures are selected, implemented, and evaluated by nurses at the organizational, departmental, and unit levels to improve patient outcomes.
- Give examples to demonstrate how nursing services communicates expectations of direct care nurses' accountability for quality improvement activities.
- Give examples to demonstrate how nursing services provides the resources, education, and support to facilitate staff involvement in quality improvement activities.
- Provide examples of nurse involvement in evidence-based quality initiatives to improve coordination and delivery of care across the continuum of services.

Force 8: Consultation And Resources

Adequate consultation and other human resources are available. Knowledgeable experts, particularly advanced practice nurses, are available and used.

In addition, peer support is given within and outside the nursing division.

Expectations Of The Magnet Organization

The healthcare organization provides adequate resources support and opportunities for the utilization of experts, particularly advanced practice nurses. In addition, the organization promotes involvement of nurses in Professional organizations and among peers in the community.

Components

- There are resources from within the organization for support of Professional nursing practice.
- There are resources arising from external resources-either directly or through partnership practice, for example-for support of Professional nursing practice.
 - There is participation in Professional nursing organizations.
 - There is participation in healthcare and community organizations other than Professional nursing organizations.
- Utilization of consultation and resources yields positive outcomes.

Sources of Evidence

- Describe how leadership establishes a practice environment in which resources – from within the organization as well as from sources external to the organization – are developed and/or procured to support Professional nursing practice for nurses at all levels in the organization.
 - Describe the processes that ensure that adequate resources for consultation and Access to nursing experts (expertise) are available to nurses at all levels in the organization.
 - Describe the organization's relationships with educational institutions (including schools of nursing) for consultation and building a collaborative/Professional nursing community.
 - Describe how leadership facilitates and support participation of nurses at all levels in the organization in Professional nursing organizations.
 - Describe how leadership facilitates and supports participation of nurses at all levels in the organization in healthcare and community organizations (other than Professional nursing organizations):
 - Describe how the organization utilizes advanced practice nurses.
 - Give examples of how networking activities, professional organization participation, and use of consultants and advanced practice nurses have contributed to enhancing patient outcomes.
 - Give examples of how networking activities, professional organization participation, and use of consultants and advanced nurses at all levels in the organization through enhancement of their knowledge and skills.

Force 9: Autonomy

Nurses are permitted and expected to practice autonomously, consistent with Professional standards. Independent judgment is expected to be exercised within the context of a multidisciplinary approach to patient care.

Expectations Of The Magnet Organization

Autonomous nursing care is the ability of a nurse to assess and provide nursing actions as appropriate for patient care based on competence, Professional

expertise, and knowledge. The nurse is expected to practice autonomously, consistent with Professional standards. Independent judgement is expected to be exercised within the context of interdisciplinary and multidisciplinary approaches to patient/resident/client care.

Components

- There is compliance with national Professional nursing standards.
- There is an established credentialing and privileging process for advanced practice nurses.
- There are standards/structures and process (i.e., policies and procedures) that frame and shape the practice of nursing.
- There is access to appropriate literature and databases for use by the nurse in planning, providing, and evaluating patient care.
- Peer review processes are in place for all nurses.

Sources of Evidence

- Describe the process by which advanced practice nurses are credentialed, privileged, and evaluated.
- Describe how the organization ensures that nurses in all settings practice autonomously and in accordance with national professional nursing standards.
- Demonstrate how direct care nurses use available professional standards, literature, and research findings to support control over nursing practice, independent decision-making, and assertiveness/leadership in patient care management and practice. Provide evidence from multiple patient care settings within the organization.
- Provide examples of issues that were identified by direct care nurses, and that affected patient outcomes, and how said issues were addressed.
- Describe how opportunities for independent, intradependent, and interdependent nursing practice for direct care nurses are developed and initiated, including required educational programs and continuing competence evaluations.
- Provide evidence that nurses throughout the organization have access to the internet, library, and/or other appropriate literature/data sources.
- Describe how the peer review process is used for professional growth for nurses at all levels in the organization.
- Describe examples in which staff nurses exercise independent judgement to resolve patient care issues.

Force 10: Community And The Healthcare Organization

Organizations that are best able to recruit and retain nurses also maintain a strong community presence. A community presence is seen in a variety of ongoing, long-term outreach programs. These outreach programs result in the organization being perceived as a strong, positive and productive corporate citizen.

Expectations Of The Magnet Organization

Relationships are established within and among all types of the healthcare organizations and other community organizations, to develop strong partnership that support improved client outcomes and the health of the communities they serve.

Components

- Collaboration with institutions, healthcare organizations and other community-based organizations is apparent.
- Examples are provided of outcomes resulting from nursing collaborations/partnership with other community nursing entities.

- Resources used, fiscal if indicated, in the process of collaborating/partnering with other community nursing entities are appropriate.

Sources of Evidence

- Describe partnerships established by the organization and/or by nurse leaders with community-based entities to advance nursing practice within the organization.
- Describe partnerships and programs established by nursing services with community-based entities to meet the healthcare needs of the populations served.
- Describe nurse involvement in the community (meant to be personal, such as Red Cross volunteers, Habitat for Humanity, school presentations, etc.).
- Discuss the process for fiscal allocations for nursing affiliations (e. g., nursing school, nurse researchers, consortium work, outreach programs, etc.).
- Explain how the organization supports/encourages nurse involvement in the community. Specifically, explain how nurses are compensated (as appropriate) for this community effort.
- Discuss expectations for participation in community activities found in position descriptions and performance evaluations.
- Provide examples of outcomes resulting from community collaborations/partnerships, including clinical and fiscal elements, and evidence of overall community impact.
- Describe programs and outcomes that have resulted from nursing collaborations/partnerships with other nursing entities in the community (e. g., nursing schools, nurse researchers, consortium work, outreach programs) or region.
- Describe awards/recognitions received by the facility or its employees for community support/involvement.

Force 11: Nurses As Teachers

Nurses are permitted expected to incorporate teaching in all aspects of their practice. Teaching is one activity that reportedly gives nurses a great deal of professional satisfaction.

Expectations of the Magnet Organization

Professional nurses are involved in educational activities with in the organization and community. Students from a variety of academic programs are welcomed and supported in the organization; contractual arrangements are mutually beneficial. There is a development and mentoring program for staff preceptors for all levels of students (including students, new graduates, experienced nurses, etc.). staff in all positions serve as faculty and preceptors for students from a variety of academic programs. There is a patient education program that meets the diverse needs of patients in all of the care settings of the organization.

Components

- Orientation.
- Mentoring.
- Patient and family education.
- Clinical and leadership staff development.
- Scholarly initiatives.

Sources of Evidence

- Describe the process of assessing, planning, organizing, implementing, and evaluating the educational needs of nurses at all levels of the organization.
- Describe how the transition of new graduate nurses is facilitated.

- Describe the orientation, and continuing education developed for clinicians, administrators, and other nursing-role specialties at all levels of the organization.
- Describe and provide evidence of mentoring activities at all levels of the organization for both clinical and leadership roles.
 - Give examples of organizational incentives (e. g., clinical ladder promotion criteria, position descriptions, standardized care plans, clinical pathways) that promote the nurse teaching role.
 - Delineate staff involvement as faculty/adjunct faculty.
 - Describe all innovative, creative academic practicum experiences that are in place in the organization.
 - Describe the process of assessing, planning, organizing, implementing, and evaluating the educational needs, reflecting concern for cultural differences and language, of patient populations at all levels of the organization.
 - Provide examples of specialty or population-based patient education initiatives conducted, implemented, and evaluated by nurses.
 - Give examples of community collaborative educational endeavors (e. g., guest lectures for affiliating agencies).
 - Provide evidence of board participation in professional development programs designed to develop, refine, and enhance teaching of expertise.

Force 12: Image Of Nursing

Nurses are viewed as integral to the organization's ability to provide patient care services. The services provided by nurses are characterized as essential by other members of the healthcare team.

Expectations Of The Magnet Organization

The services provided by nurses are characterized as essential by other members of the healthcare team. Nurses are viewed as integral to the healthcare organization's ability to provide patient care. Nurses effectively influence system-wide processes.

Components

- The CNO exerts influence on strategic planning and decision-making bodies at the highest level of the organization.
- There is recognition throughout the organization of nursing as integral to the operations and success of the organization.

Sources Of Evidence

- Provide examples to illustrate how the CNO has influenced organizational decision-making and strategic planning.
 - Provide evidence that the CNO is viewed by organization stakeholders as having equal status with other senior decision-makers.
 - Provide evidence of how the organization recognizes the contribution of nurses toward the achievement of strategic priorities and makes these contributions visible within the organization.
 - Provide examples of the good relationship(s) between nursing and other departments.
 - Give examples of how nurses in nontraditional roles (informatics, group facilitation, organizational performance, staff development, resource analysis) have had a positive impact on the image of nursing within the organization.

- Provide examples of how nursing is featured in the organizations promotional advertising strategies and materials, including newsletters, bulletin boards, internet sites, published leadership profiles and so forth.
- Give examples of how interdisciplinary teams perceive nursing in the organization.
- Give examples of how the community perceives nursing as well as nursing services provided within the organization.

Force 13: Interdisciplinary Relationships

Interdisciplinary relationships are characterized as positive. A sense of mutual respect is exhibited among all disciplines.

Expectations Of The Magnet Environment

Collaborative working relationships within and among the disciplines are valued. Mutual respect is based on the premise that all members of the healthcare team make essential and meaningful contributions in the achievement of clinical outcomes. Conflict management strategies are in place and used effectively, when indicated.

Components

- Structural elements within the organization, such as committees and task forces, model multidisciplinary membership and interdisciplinary decision-making.
- Patient care documentation systems reflect and support formal communication within and among the disciplines.
- Collaborative mechanisms are evident in the formulation of clinical care policies, standards and/or guidelines.
- Collaborative mechanisms are evident in the approval of clinical care policies standards and/or guidelines.
- Established mechanisms are used effectively, efficiently and constructively to manage interdisciplinary conflict.

Sources Of Evidence

- Describe mechanisms used to ensure and/or promote the participation of the nurses at all levels in interdisciplinary activities.
- Submit a list of all committees and/or task forces and their nurse membership, roles and work locations within the organization.
- Provide the policy or operating guidelines for committees and/or task forces within the organization that include representatives of nursing, detailing committee membership requirements and voting privileges.
- Provide three examples of interdisciplinary collaboration in which nurses have assumed a leadership role.
- Describe the formal mechanisms that govern organizational operations at the senior policy-making level, including membership, voting privileges, and/or processes typically used in decision-making activities.
- Provide examples of documentation systems/tools used in patient months prior to submission of written documentation.
- Provide at least two patient/resident exemplars/case studies that demonstrate interdisciplinary collaboration across multiple settings, such as acute care, extended care facilities, and home care, highlighting the cooperation and collaboration between and among healthcare team members.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing patient-centered clinical outcomes.

- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing policy development.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing nursing governance.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing establishing inter/intradepartmental standards.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing decision-making related to the allocation of scarce resources.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing continuous quality/process improvement.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing fiscal planning.
- Provide at least one example of interdisciplinary involvement in addressing the facility's development or remodeling projects.
- Describe the process by which all levels of nurses participate in the evaluation of nursing standards and detail mechanisms for the inclusion of other disciplines, where indicated.
- Describe the approach that governs the management of interdisciplinary conflict, including a description of the most recent use of this approach and resulting outcomes thereof.

Force 14: Professional Development

Significant emphasis is placed on orientation, in-service education, continuing education, formal education and career development. Personal and Professional growth and development are valued. In addition, opportunities for competency-based clinical advancement exist, along with the resources to maintain competency.

Expectations Of The Magnet Environment

The healthcare organization values and supports the personal and professional growth and development of staff. In addition to quality orientation and in-service education addressed earlier in Force 11, emphasis is placed on providing career development services. Programs that promote formal education, Professional certification and career development are evident. Competency-based clinical and leadership/management development is promoted and adequate human and fiscal resources for all Professional development programs are provided.

Components

- A continuous learning environment is evident.
- Adequate fiscal and human resources are allocated for Professional development activities.
- Management fosters and supports excellence through the development of clinical competence and leadership capability.
- Professional certification is promoted by the healthcare organization.

Sources of Evidence

- Describe professional development programs, such as tuition reimbursement, access to web-based education, and participation in local, regional, national, and international conferences/meetings. Supply the structure and process standards (policies and procedures) that govern/guide the programs.
- Submit a report that details the continuing education activities, self-directed learning activities, and attendance at nursing and interdisciplinary conferences of the CNO and nurse executive leadership group for the twelve (12) months prior or the

documentation submission and demonstrate that these activities reflect a pattern of personal professional development.

- Submit a report that details the formal educational activities (whether initiated or ongoing) of the CNO and the nurse executive leadership group for the twelve (12) months prior to documentation submission.

- Submit a report that details how education is provided regarding ethical issues, nursing research, and evidence-based practice, and include learning objectives, a content outline, and numbers of employees (specifically identifying the number of nurses) who were educated in the twelve (12) months prior to documentation submission.

- Describe how the healthcare organization provides employee education regarding patient/resident privacy, security, and confidentiality rights. Detail the frequency of such offerings; provide presentation objectives, content outline, and numbers of employees (specifically identifying the number of nurses) who were educated in the twelve (12) months prior to documentation submission.

- Submit report that details, on a clinical unit basis, the financial support expended to support nurses attending educational program or conferences outside the healthcare organization.

- Describe how the development of cultural competence in the professional healthcare staff is promoted and supported.

- Describe the participation/involvement of nurses at all levels in the activities of professional organizations.

- Submit a report that details, on a clinical unit basis, the participation of the direct care nurses in continuing education programs during the twelve (12) months prior to documentation submission. List the number of continuing education offerings and the percentage of nurses (on a basis) who attended each offering.

- Identify clinical skills and/or competencies recognized by nursing as requiring formal credentialing and privileging mechanisms.

- Describe how nurse administrators ensure that direct care nurses achieve clinical competency and leadership skills.

- Describe how professional certification across all nursing roles (administration and clinical practice) is promoted by the healthcare organization.

- Describe the structure and process standards that govern/guide the privileging and credentialing of professional nurses to perform specific clinical skills or competencies recognized by nursing as requiring formal credentialing and privileging mechanisms.

- Submit a report that details leadership development programs that have been offered or have been engaged in on topics such as delegation, the change process, and conflict management during the twelve (12) months prior to documentation submission.

- Provide a report that details the academic credentials of the nurse administrators, formal academic programs in which currently enrolled and earned professional certification(s).

Ek – 5

Veri Toplama Formunun Oluşturulmasında Görüşü İstenen Uzmanlar

Yedi hakemden oluşan birinci hakem grubu:

1. Güler Çakmak: Memorial Hastanesi Kalite Koordinatörü,
2. Prof. Dr. Semra Erdoğan: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı başkanı öğretim üyesi,
3. Aytün Leymun: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü,
4. Suzan Pamuk: Yeditepe Üniversitesi Hastanesi orta düzey yönetici hemşire,
5. Yrd. Doç. Emine Türkmen: Koç Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelikte Yönetim dersi öğretim üyesi,
6. Azime Uslu: Memorial Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörü,
7. Doç. Dr. Aytolan Yıldırım: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı başkanı öğretim üyesi.

Bu hakemlerden üç ve beş numarada yer alan hakemler cevap vermemişlerdir.

Altı hakemden oluşan ikinci hakem grubu:

1. Prof. Dr. Seçil Aksayan: Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü,
2. Mine Ayşen Aksoy: Anadolu Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörü,
3. Sibel Gönülsüz: Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı,
4. Rabia Güven: Mesa Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı,
5. Prof. Dr. Gülseren Kocaman: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Başkanı öğretim üyesi,
6. Saliha Koç: Acıbadem Hastanelerinin Hemşirelik Hizmetlerinin Direktörü.

İki hakemden oluşan üçüncü hakem grubu:

1. Sibel Gönülsüz: Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı,
2. Saliha Koç: Acıbadem Hastanelerinin Hemşirelik Hizmetlerinin Direktörü.

* İsimler soyadına göre alfabetik sıra ile yazılmıştır.

KAYNAKLAR

Kitap Kaynaklar

- (1)-Abaan S., Argon G., Kocaman G., Oktay S., Uyer G.: Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı,Editör: Gülten Uyer. Vehbi Koç Vakfı Yayınları-No:15, Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2000, s. 137.
- (2)-.....: Accreditation Manual For Hospitals, The Joint Commission, United States Of America, 1994, p. 65.
- (3)-Akdemir N.: Sağlık Bakımında Kalite, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı, Editör: Yusuf Öztürk, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1998, s. 4-6.
- (4)-Alcan Z.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Anadolu Matbaası, İstanbul, 2001, s. 1-4.
- (5)-Alcan Z.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Sertifikalı Yönetim ve Liderlik Kursu Kitabı, İstanbul, 2004, s. 1-2.
- (6)-.....: “American Nurses Credentialing Center Recognizing Excellence İn Nursing Services Application Manual”, Published By American Nurses Credentialing Center, United States Of America, 2005, s. 10-65.
- (7)-Dramalı A.: Hemşirelik Uygulamalarında Kalite, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı, Editör: Yusuf Öztürk, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1998, s. 9.
- (8)-Eren E.: Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, 8. Baskı, Beta Basım A. Ş., İstanbul, 2004, s. 571-572.
- (9)-Finkelman A. W.: Magnet Nursing Services Recognition Program, Leadership and Management in Nursing, Copyright By Upper Saddle River, United States Of America, 2006, p. 188-195.
- (10)-Gökdoğan F.: Hemşirelik Bakımında Standardizasyona İlişkin Bir Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992, s. 25.
- (11)-.....: Hemşireliğe Özgü Akreditasyon Programı ‘Magnet Hospital Accreditation’, Koç Üniversitesi Amerikan Hastanesi Hemşirelik Haftası Etkinliği Kitabı, İstanbul, 2005, s. 1-8.

- (12)-.....: Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerinin Kapsayan Bir Rehber, Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi, Ankara, 1981, s. 9-10.
- (13)-Kocaman G.: Hemşirelikte Kalite Güvenliği: Gerekli Koşullar ve Değerlendirme Yöntemleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992, s. 108-109.
- (14)-Kurtulmuş S.: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s. 127-128.
- (15)-Nural N.: Kaliteli Bakım Standardı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992, s. 28.
- (16)-Oktay S.: Hemşirelik Yönetiminde Birleşik Model, Aydın Sağlık Yüksekokulu ve Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Yapıcı Okul-Hastane İşbirliği Sempozyum Kitabı, Editörler: Fatma Demirkıran, Sakine Memiş, Tuna Ofset, Aydın, 2003, s. 28-29.
- (17)-Okumuş H.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Güvenliği, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992, s. 97.
- (18)-Swansburg R., Swansburg R.: Management And Leadership For Nurse Managers, Third Edition, Jones And Bartlett Publishers, United States Of America, 2002, s. 557-559.
- (19)-Tomey A. M.: Guide To Nursing Management And Leadership, Sixth Edition, Copyright By Mosby, United States Of America, 2000, s. 407-410.
- (20)-Turkel M. C.:Magnet Status Assessing, Pursuing And Achieving nursing Excellence, Copyright HC Pro, United States Of America, 2004, s. 1-6, 51, 73-75.
- (21)-.....: Uluslar Arası Birleşik Komisyon Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, ABD'de Basılmıştır, Ocak 2003, s. 1-5.
- (22)-Uyer G.: Hemşireliğe Genel Bakış, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993, s. 88.
- (23)-Ülker S.: Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995, s. 41-43.

Tez Kaynaklar

- (24)-Aksoy M. A.: Hemşirelerin Hemşirelikte Kalite Güvencesine İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Hemşirelik Esasları Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001.
- (25)-Alpman N.: Türk Standartları Enstitüsü'nün Hazırladığı Hastanelerin Akreditasyonu ile İlgili Standartların Çağdaş Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Ölçütleri ile Uyumunun Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
- (26)-Çatalca H. H.: Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlama ve Değerlendirme Sistemleri ve Örnek Olaylar, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmış Doktora Tezi, İstanbul, 1989.
- (27)-Dağ C.: Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
- (28)-Şahin A. O.: Hasta Kabulü Standartlarının Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
- (29)-Şahin H. M.: Hastanelerde Joint Commission International 9000 Uygulamaları ve Hastanelerin Finansal Göstergelerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- (30)-Uzunkavak E.: Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

Makale Kaynaklar

- (31)-Bektaş G.: Hasta Bakım Kalitesinin Güvenliğinin Sağlanması ve Yükseltilmesi İçin Neler Yapılmalıdır?, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt 47, Sayı 1, Erk Yayıncılık, İstanbul, Ocak-Şubat 1997, s. 31-32.
- (32)-Cimiotti J. P., Qinlan P. M., Larson E. L., Pastor D. K., Lin S. X., Stone P. W.: The Magnet Process and the Perceived Work Environment of Nurses, Nursing Research, Volume 54, Number 6, November/December, Lippincott Williams & Wilkins Copyright, United States Of America, 2005, p. 384-385.
- (33)-Çakmak G.: Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?, SB Diyalog Dergisi, Yıl 2, Sayı 15, T. C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Eylül 2005, s. 24.

- (34)-Demirbaş A. R.: Başlangıçtan Bu Güne Akreditasyon, SB Diyalog Dergisi, Yıl 2, Sayı 15, T. C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Eylül 2005, s. 17.
- (35)-Gökdoğan F.: Hemşirelik Bakım Standardı, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt 42, Sayı 3, Erk Yayıncılık, İstanbul, Temmuz-Ağustos-Eylül 1992, s. 6-8.
- (36)-Gömbül Ö.: Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt 43, Sayı 3, Erk Yayıncılık, İstanbul, Temmuz-Ağustos-Eylül 1993, s. 22-24.
- (37)-Klauer P., Scherer E., Floyd J.: Evaluation of the Magnet Recognition Program, The Journal of Nursing Administration, Volume 36, Number 1, Lippincott Williams & Wilkins Copyright, United States Of America, 2006, p. 42-48.
- (38)-Oktay S.: Hemşirelik Bakımının Niteliğinin Güvenceye Alınması, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Bülteni, Cilt 3, Sayı 10, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1988, s. 64-65.
- (39)-Öcal İ. E.: Joint Commission International Standartları ve Uluslar Arası Kalite, SB Diyalog Dergisi, Yıl 2, Sayı 15, T. C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Eylül 2005, s. 30.
- (40)-Pektekin Ç.: Hemşirelik Bakımının Kalite Güvenliğinin Sağlanması, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Bülteni, Cilt 5, Sayı 19, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1991, s. 15-17
- (41)-Sur H.: Sağlıkta Akreditasyon, SB Diyalog Dergisi, Yıl 2, Sayı 15, T. C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Eylül 2005, s. 14.

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Bulgaristan'da doğdu. İlköğretimi Bulgaristan'da, orta ve lise eğitimini İstanbul'da tamamladı. 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu. 2004 yılında Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Kuruluşları İşletmeciliği ön lisans programına kaydoldu. 2005 yılında Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans programına kaydoldu. Halen bu programlarda eğitimini sürdürmektedir. Aynı zamanda Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yeni doğan özel bakım bölümünde hemşire olarak çalışmaktadır.