



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSTE HASTA VE HEMŞİRELERİN BAKIM
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALİDE AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
ACİL HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. AYSEL GÜRKAN





II. Danışman: Dr. MEFTUN AKGÜN

İSTANBUL-2013

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Halide Aydın
Tez Başlığı : Acil Serviste Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışlarının
Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı
Sınav Tarihi : 08/01/2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Yard.Doç.Dr.Aysel GÜRKAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Yard.Doç.Dr.Aysel GÜRKAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D	
Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ	İç Hastalıkları Hemşireliği A. D	
Yard. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN	Hemşirelik Esasları A.D	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 16.../...01/2014 tarih ve 19 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

HALİDE AYDIN

I. TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmam boyunca benden ilgisini ve bilgisini esirgemeyerek büyük bir özveriyle ve sabırla destek olan tez danışmanlarım sayın Yard. Doç. Dr. Aysel GÜRKAN ve sayın Dr. Meftun EROL AKGÜN' e,

Yüksek Lisans Eğitimim ve tezimde; veri toplamam ve gerekli izinler için bana destek verip rehberlik eden Kocaeli Ün. Hem. Hizm. Müd. Uz.Hem. Havva BOZDEMİR' e, Servis Sorumlum Kerime GÜNBAŞY' a, Acil servis Hemşirelerine, Kocaeli Ün. Acil Tıp Ana bilim Dalı Doktorları; sayın Prof.Dr.Murat PEKDEMİR, Doç. Dr. Serkan YILMAZ, Yard.Doç.Dr.Elif YAKA, Yard.Doç.Dr.N.Özgür Doğan'a, Asistanları ve çalışanlarına,

Tezimde taslak oluşturmam da ve İngilizce çevirilerimde bana rehberlik eden Nejat TURGUT, Dr. Melih ŞİMŞEK 'e teşekkür ederim.

Eğitim yılı ve hayatım boyunca koşulsuz ilgisini, sevgi ve desteğini esirgemeyen canım aileme, sayın Doç.Dr. Manuk MANUKYAN'a ve sevgili arkadaşlarım Deniz SEMİZ, Canana BADEM, Ebru SÖNMEZ SARI, Sevgi BARAN, Sevinç BALI ve Devrim BALI'ya teşekkür ederim.

Halide Aydın

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKÜRLER	II
II. İÇİNDEKİLER	III
III. SEMBOL/KISALTMALAR LİSTESİ	VIII
IV. TABLOLAR LİSTESİ	IX
1. ÖZET	XI
2. SUMMARY	XII
3. GİRİŞ VE AMAÇ	1
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Davranış Modelleri.....	5
5.1.1. Psiko-Sosyal Davranış Modelleri.....	6
4.2. Davranışları Etkileyen Faktörler	6
4.2.1. Sosyal Faktörler	6
4.2.1.1. Kültür ve alt kültür	6
4.2.1.2. Sosyal sınıf.....	7
4.2.1.3. Referans grupları.....	8
4.2.1.4. Roller ve aile	8
4.2.2. Psikolojik Faktörler.....	8
4.2.2.1. Motivasyon.....	8

4.2.2.2. Algılama	8
4.2.2.3. Öğrenme	8
4.2.2.4. Tutum ve inançlar	9
4.2.2.5. Kişilik	9
4.2.3. Kişisel Faktörler	10
4.2.3.1. Demografik faktörler.....	10
4.2.3.2. Durumsal faktörler	10
4.3. Davranış Özellikleri	10
4.3.1. Davranış GÜdülenmiş Bir Davranıştır.....	10
4.3.2. Davranış Dinamik Bir Süreçtir.....	11
4.3.3. Davranış Çevre Faktörlerinden Etkilenir	12
4.4. Sağlık Hizmetlerinde Bakım Davranışları Kavramı	12
4.5. Hemşirelikte Bakım Davranışının Değerlendirilmesi	13
4.6. Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi	17
5. GEREKÇE VE YÖNTEM.....	20
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	20
5.2. Araştırma Soruları	20
5.3. Araştırmanın Yapılacağı Yeri ve Özellikleri	20
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
5.5. Veri Toplama Araçları:	23
5.5.1. Hastalar için Sosyo-demografik Soru Formu.....	23

5.5.2. Hemşireler için Sosyo-demografik Soru Formu	23
5.5.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24):.....	23
5.6. Veri Toplama Yöntemi:	25
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.8. Etik Konular	26
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
6. BULGULAR	27
6.1. Hastaya İlişkin Bulgular.....	28
6.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
6.1.2. Hastaların Tanılarına İlişkin Bulgular.....	29
6.1.3. Hastanın Geçmiş ve Şimdiki Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulgular.....	30
6.1.4. Hastaların, Acil Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri.....	31
6.2. Hemşirelere İlişkin Bulgular.....	31
6.2.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31
6.2.2. Hemşirelerin Mesleki Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
6.2.3. Hemşirelerin, Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri.....	33
6.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular.....	34
6.3.1. Hastaların BDÖ-24 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular.....	34

6.9.Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına.....	35
6.10.Hastaların Sosyo-Demoğrafik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	36
6.11. Hastaların Sosyo-Demoğrafik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (Devam).....	39
6.12.Hastaların Geçmiş ve Şimdiki Sağlık Öyküsüne Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	41
6.13.Hemşirelerin Sosyo-Demoğrafik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	43
6.14. Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarına Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	44
7. TARTIŞMA.....	45
7.1. Hasta ve Hemşirenin Sosyo-demografik Özellikleri.....	47
7.2. Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	48
7.3. Hasta ve Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleriyle Hemşirelik BDÖ-24'ün Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
7.3.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleriyle Hemşirelik Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Değerlendirmesi	49
7.3.2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleriyle Bakım Davranışları Ölçeği-24' Değerlendirilmesi	63
8. SONUÇ.....	68

9. ÖNERİLER	69
10. KAYNAKLAR	70
11.EKLER	79
EK 1 Sosyo-Demografik Formu (Hastalar İçin)	79
EK 2. Sosyo-Demografik Formu (Hemşireler İçin).....	82
EK 3 Bakım Davranışları Ölçeği-24	84
EK 4. Hastalar İçin Bilgilendirme Formu	85
EK 5. Hastalar İçin Onam Formu	86
EK 6. Hemşireler İçin Bilgilendirme Formu.....	87
EK 7. Hemşireler İçin Onam Formu	88
EK 8.Etik Kurum İzni.....	89
EK 9. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (Böd-24)'ÜN Kullanım İzni	90
Ek 10 Kurum İzni.....	91
12. ÖZGEÇMİŞ	93

III. SEMBOL/KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BBS	: Bireyselleştirilmiş Bakım Sıklası Ölçeği
BDÖ	: Caring Assessment Questionnaire-CareQ (Bakım Değerlendirme Ölçeği)
CDC	: Centers For Disease Control and Prevention
HHBAÖ	: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği
ICN	: International Council of Nursing (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
MMBDÖ	: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
NCSS	: Number Cruncher Statistical System
NHAMCS	: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey
PASS	: Power Analysis and Sample Size
THD	: Türk Hemşireler Derneği

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 6.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
Tablo 6.2: Hastaların Tanılarına İlişkin Bulgular.....	28
Tablo 6.3: Hastaların Geçmiş ve Şimdiki Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulgular.....	29
Tablo 6.4: Hastaların, Acil Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri.....	30
Tablo 6.5: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
Tablo 6.6: Hemşirelerin Mesleki Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
Tablo 6.7: Hemşirelerin, Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri.....	33
Tablo 6.8: Hastaların Bakım Davranışları Ölçeği-24 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular.....	34
Tablo 6.9: Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 6.10: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	367
Tablo 6.11: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)	39
Tablo 6.12: Hastaların Geçmiş ve Şimdiki Sağlık Öykülerine Göre Bakım Davranışları Ölçeği-24 Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6.13: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

Tablo 6.14: Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarına Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
---	----

1. ÖZET

Çalışmanın amacı acil serviste tedavi ve bakım gören hastalar ve acil servis hemşireleri tarafından, hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirmektir. Çalışma Haziran-Aralık 2013 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda 378 hasta ve 12 hemşire ile tanımlayıcı türde prospektif olarak yapıldı. Veriler "Hasta Bilgi ve Onam Formu", "Hemşire Bilgi ve Onam Formu" ve "Bakım Davranışları Ölçeği-24" ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistik yöntemler (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran), Student t Testi, Mann Whitney U testi Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi. Bu çalışmada acil serviste uygulanan hemşirelik bakımının değerlendirilmesine yönelik BDÖ-24'ünün ölçek toplamı *hastalarda* 5.12 ± 0.87 , *hemşirelerde* 5.06 ± 0.72 olarak bulundu. Hastaların demografik özelliklerinin hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesini etkilemediği, acil serviste verilen hemşirelik bakımını "kısmen yeterli ve yetersiz" bulan hastalara göre "çok yeterli bulan" hastaların BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.001$). Bakım kalitesini yetersiz ya da kısmen yeterli bulmayan hastaların bu yetersizliği hasta sayısına göre hemşire sayısının yetersizliğine ve buna bağlı olarak bakıma ayıracakları zamanın kalmamasından kaynaklandığını, bununla birlikte hastaların büyük bir çoğunluğunun bakımdan memnun kaldıkları görüldü. Sonuç olarak, çalışma bulguları hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi açısından aralarında istatistiksel anlamda bir fark olmadığını ve hemşirelik bakımının pozitif yönde anlamlı algılandığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, hemşirelik bakımı, bakım davranışı, memnuniyet.

2. SUMMARY

Emergency Service and Patient Care Behavior Evaluation of Nurses

Purpose of this study is to make an assessment on emergency department nurse caring behaviours by the department nurses and by the patients ,who are treated at emergency service . This study was conducted in a form of prospective and descriptive type as of the dates june-December 2013 at Kocaeli University Health Application and Research Hospital Emergency Medical Main Science by participation of 378 patinets and 12 nurses. The data of the survey were collected through “Patient Information and İnformed Consent”, “Nurse Information and İnformed Consent” ve “Caring Behaviors Inventory-24” .During the assessment of the collected data the descriptive statistical methods (Median, Standard deviation, Frequence , Ratio), Student t Test, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used. Signifinance was assessed by $p < 0.05$ levels. Regarding the emergency nursing care of all patients, the total CBI-24 score of patients and nurses found 5.12 ± 0.83 and 5.06 ± 0.72 , respectivty. Demographic characteristics of patients for nursing care behavior assessment does not affect, in emergency department nursing care "partially adequate and inadequate" blurred compared to patients "very adequate discoverer" of patients with CBI-24 subscales and total score was statistically significant was found ($p < 0.001$). The explanation of the patients who evaluate the nurse carin quality “inefficient or moderately” was not because of the nurse caring behaviours. It depends on insufficient nurse count with this issue, most of patients were pleased with this nurse caring behaviours. In conclusion, the findings of the evaluation of patients and nurses in nursing care behaviors in a statistical sense there is no difference between them in terms of nursing care and demonstrate that significant positive perception.

Key words : Emergency service , Nurse caring , Care Behaviours

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuş biçimi, günümüzde ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeyini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer alır. İyi bir sağlık hizmeti verebilmek için alınan hizmetin algılanışı, memnuniyet ve kalitesinin ölçülmesi gerekir ki, bu da hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirme araştırmalarıyla yapılır (Al ve ark 2009). Bu çerçevede kaliteli sağlık hizmeti, insanların daha mutlu ve sağlıklı olmalarına katkı sağlarken, hükümetlerin de sağlık harcamalarını azaltabilmelerine olanak sağlamaktadır (Demirel ve ark 2009).

Sağlık hizmetlerinde kalite; uluslararası geçerliği olan göstergelerdeki tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra verilen tedavinin kriterlere uygun, güvenli ve uygulanabilir olmasıdır. Hasta bakımında hemşirelik davranışlarının pozitif algılanmasında en önemli süreç; bilgilendirme, yönlendirme, ilgi, empati, psikososyal destek, hizmet hızı, zamanlamanın uygunluğu, hizmet sunanların etkinliği ve tıbbi sonuçların uygunluğu olarak özetlenir. Memnuniyet ve kalite, subjektif bir hasta algısı olmakla birlikte sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilir (Al ve ark 2009).

Acil servisler, genellikle birbirinden farklı şikayetleri olan birçok hastaya hizmet vermekte ve bu hastaların çoğunun tıbben acil girişim gerektirmediği bilinmektedir. Bulut'un çalışmasında hastaların kendi durumlarını acil olarak algıladıkları, acil servisin eve yakın, muayene için sıra beklenilmemesi veya reçete yazdırma, rapor isteme, parenteral uygulama yaptırma ve diğer hastane birimlerinden bakım alamama vb. nedenlerle başvurdukları belirlenmiştir (Bulut 2006). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD), Centers For Disease Control and Prevention (CDC)'nin bir dalı olan National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS)'nin (2010) 2010'da yayınladığı rapora göre; acil servislere 2007 yılında 116.8 milyon kişinin başvurduğu, 1997'ye göre başvuruların %23 arttığı, bunun da acil servilerde yığılmalara neden olduğu, başvuruların sıklıkla göğüs, karın ağrısı ve nefes darlığı gibi şikayetlerle yapıldığı belirtilmektedir. Kılıçaslan ve ark (2005) 30157 hasta da yaptıkları çalışmada, hastaların acil servise en fazla göğüs, karın ağrısı, nefes darlığı,

baş ağrısı ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurdukları görülmüştür. Başvuru nedenleri ne olursa olsun bu durum acil serviste yığılmalara neden olmaktadır. Acil serviste oluşan bu yığılmaların yarattığı kargaşadan dolayı gelişen huzursuzluk, acil hizmetlerin yürütülmesini engelleyebilmektedir (Bulut 2006). Bu durum hastaların acil serviste daha uzun süre beklemesine, sağlık durumu daha ciddi hastaların tedavisinde gecikmeye, hasta algısının negatif yönde artmasına, hizmet kalitesinde düşmeye, güvenlik problemlerine ve sağlık çalışanlarının veriminin azalmasına yol açmaktadır (Kılıçaslan ve ark 2005, Bulut 2006). Rafii ve ark (2007) dahili ve cerrahi servislerde yatan 250 hasta ile yaptıkları çalışmada, eleman yetersizliği ve iş yükü nedeniyle hastalara sağlık bakımı için gerekli zamanı ayıramadıkları, bunun hastanın bakım davranışı algısında memnuniyetsizliğe ve kalitesiz hasta bakım algısına neden olduğunu saptamıştır.

Acil servisler hastanelerin halka açılan pencereleridir ve hastanelerin toplumla ilişkisinin en fazla olduğu bölümlerdir. Acil servisler hasta izleminin 24 saat yapıldığı üniteler olduğundan hemşirelik bakımının, diğer servislerden farklı olarak var olan acil sağlık sorunlarını çözümlenmeye yönelik gerekli ekipman, bilgi ve kanıt temelli uygulamalara sahip olması gerekmektedir (Muntlin et al 2006). Bu nedenle acil servislerin fiziki yapısı ve personel gücü bakımından diğer servislerden farklı, hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet sunma zorunluluğu vardır. Kaliteli bir acil sağlık bakımı ve pozitif davranış algısının oluşması için fiziki şartları iyi bir bina, yeterli tıbbi donanım ve kalifiye insan gücünün yanı sıra o bölgede acil servise başvuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir. Ancak bu şekilde acil serviste hasta bakım kalitesinde ve çalışanların memnuniyetinde artış sağlanabilir (Kılıçaslan ve ark 2005). Hasta bakım davranışlarının pozitif değerlendirilmesi sonucu gelişen memnuniyetin temelini, büyük ölçüde hasta-hemşire birlikteliği oluşturmaktadır. Çünkü, 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre hastayla daha çok zaman geçirdiklerinden, bireyin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunda önemli sorumlulukları bulunan sağlık ekibi üyeleridir (Çoban ve ark 2008).

Hemşireliğin varoluş nedeni ve hizmet amacı; sağlığı sürdürmek ve geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalık durumunda sağlığı yeniden kazandırmak ve baş etmeyi kolaylaştırmak için sağlıklı/hasta birey, aile ve topluma yardım etmektir. Hemşireler bu sorumluluklarını bağımlı ve bağımsız işlevlerle gerçekleştirirler. Rol kapsamında olan bağımsız işlevleri; hemşirelerin mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullandığı, bilgi ve deneyimleri ile çözümlenecek sorunlara yönelik olan “bakım verme” ve “yardım etme” uygulamalarını kapsar. Hemşireliğin temelini oluşturan “bakım”, hasta ve hemşire arasındaki etkileşim ve bakım sürecine bağlıdır. Bakım, yapılan işlemlere ilişkin hastanın bilgilendirilmesi, bireyselliğe önem verilmesi, gereksinimlerin karşılanması, psikososyal destek sağlanması, varolan sorunlarla başedebilme ve kişiler arası iletişim becerisinin geliştirilmesi gibi yönleri içermekte ve bu uygulama hemşireliğin sanat yönünü oluşturmaktadır (Kurşun 2010).

Literatürde, bakıma ilişkin farklı birçok tanım bulunmakla birlikte, bütün tanımlarda bakım hemşireliğin özü, temeli ya da can alıcı noktası olarak kabul edilmektedir (Kurşun 2010). Rafii ve ark (2006) iyi bir hemşire modelini “samimi, sakin, hastalara ve hastaların gereksinimlerine odaklanan” kişi olarak tanımlamaktadır. Sandra ve ark (2010) 728 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalar, hemşire ve sağlık çalışanlarının yardımsever ve sevecen davranışlarda bulduklarını, yapılan tedavi ve bakımlarda hasta bakımına hakim olduklarını ve özverili davranışlarının ön plana çıktığını, bunun da kaliteli hasta bakımında memnuniyet algısı üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan bir çalışmada hastaların hemşirelerden iyi bir bakım almanın yanı sıra özellikle tanıya, tedaviye ve taburculuk sırasında gereksinim duyduklarında ulaşabilecekleri sağlık çalışanlarının iletişim bilgilerine ilişkin yapılan bilgilendirmelerden daha fazla memnun kaldıkları belirtilmektedir (Bulut 2006). Birçok hastane, acil servisten taburcu olan hastalara tanıları, tedavileri, evde bakımları ve takiplerinin yapılacağı poliklinik/kliniğe yönelik bilgiler içeren hasta eğitim materyalleri bulundurmaktadır. Hemşire, hastanın acil servisten taburcu olmadan önce verilen eğitim materyallerini okuyup anlamasından sorumlu tutulmaktadır. Literatürde, hastaların bu şekilde izlenmesinin hasta memnuniyetini,

tedavi ve önerilere uyumunu arttırdığı görülmektedir (Bulut 2006). Yapılan bir çalışmada, bakım kalitesini geliştirmek için sağlık çalışanları ve hemşirelerin, hastaların algıları hakkında objektif bilgi sahibi olmaları ve bakım uygulamaları sırasında tutumlarının farkında olmaları gerektiği bildirilmektedir. Bu özelliklerin, hemşirelerin bakım uygulamalarında değerlendirmeyi pozitif yönde arttırdığı vurgulanmaktadır (Muntlin et al 2006). Yapılan bir başka çalışmada, hemşire ve sağlık çalışanlarının tedavi ve bakımlarda hasta hakimiyetinin, özverili davranışların ön plana çıktığı, hastaların ırk ve sosyodemografik durumunun davranışlarını etkilemediği, hemşirelerin erkek hastalara karşı bilgi temelli, kadın hastalara karşı ise ilişki temelli bakım davranışlarında buldukları, bunun da çarpıcı bir şekilde ön plana çıktığı saptanmıştır (Liu et al 2010).

Sağlık sisteminde hastaya uygulanan hemşirelik bakım davranışlarının, memnuniyetin ölçülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi, hastaların yararlanabileceği yeni düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlar. Bu nedenle bakım kalitesini değerlendirmek, bakıma etkisi olan değişkenleri saptamak, hastalardan elde edilen verilere göre hizmette hangi öğelerin düzenlenmesi gerektiğini belirlemek için, hasta memnuniyetinin geçerli ölçüm araçlarıyla sürekli ölçülmesi gerekmektedir (Coşkun ve ark 2001, Çoban ve ark 2008).

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, acil serviste tedavi ve bakım gören hastalar ve acil servis hemşireleri tarafından hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi ve hasta beklentilerine veri oluşturarak, rehberlik edilmesi amacıyla planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Davranış Modelleri

Davranış, organizmanın uyarılara verdiği tepki olarak tanımlanmaktadır. Amerikalı psikolog J.B. Watson (1878-1958) tarafından 20. yüz yılın başında psikolojide kendi duygu ve düşüncelerini gözleme yöntemine tepki olarak geliştirilmiştir. Organizma ve çevre ilişkilerinin insan ve hayvanlarda birbirinin aynısı olduğunu söyleyen Watson, bunlar üzerinde araştırmalar yapmış, başlangıçta hayvan psikolojisini çalışmıştır (Koptagel-İlal 2001, Köknel ve ark 1993).

Psikoloji, daha önceleri zihinsel deneyimlerin incelenmesi olarak tanımlanıyor ve psikolojiyle ilgili veriler içe bakış biçimindeki kişisel gözlemlerden oluşuyordu (Köknel ve ark 1993).

İçe bakış tekniği, bireylerin daha önceden öğrendiği anlamları bir kenara bırakarak, etki altında kalmadan herhangi bir uyarıcı verildiğinde, neler hissettiklerini ortaya çıkarmaya çalışılmasıdır. Watson içe bakış tekniğini reddetmiş bunun gereksiz bir yaklaşım olduğunu düşünmüş, ona göre psikoloji bir bilim olacaksa, verilerinin gözlemlenebilir ve ölçülebilir olması gerektiğini savunmuştur. Davranışçı düşünceye göre, ruhsal içerik toplumsal olarak gözlenemeyeceğinden, titiz bilimsel araştırmalara konu olamaz. Psikolojinin yalnızca bireylerin yaptıkları davranışları inceleyerek, nesnel bir biçim haline getirilmesiyle mümkün olabileceğini söylenmiştir. Bununla beraber davranışçılar, gözlenen davranışlar ve çevresel etkileri üzerine bir tema geliştirmiş (Köknel ve ark 1993, Erdal 1999, Ünlü S 2001, James et al 2005), bu temayla psikolojinin tek inceleme konusu olduğunu, insanları içsel fonksiyonları yerine davranışlarına bakarak incelemek gerektiğini öne sürmüşlerdir.

İnsan davranışlarını, alışkanlık veya taklit ya da benimsenmiş toplumsal normlar ve bunların yanı sıra gereksinimler başlatır, amaçlar ise yönlendirir. En töresel, en bağımsız görülen toplumsal eylemler bile kişi için taşıdıkları yarar bakımından ele alındığında bir anlam ifade edebilir. Toplumsal davranışın oluşumunda taklit, telkin,

gelenek ve kurumların rolü inkar edilemez. Ancak, esas olarak algı, gereksinme, amaç ve anlamların oluşumunda rol oynarlar (İnceoğlu 2010).

4.1.1. Psiko-Sosyal Davranış Modelleri

İnsan davranışının en önemli özelliği oldukça karmaşık oluşudur. Davranışlar, bir yandan insanın bireysel olarak gereksinim ve güdülerinin, öğrenme sürecinin, kişiliğinin, algılamalarının, tutum ve inançlarının etkisiyle; öte yandan, kişinin üyesi olarak bulunduğu toplumda kültür, sosyal sınıf, referans grubu ve aile gibi sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkar (Köknel ve ark 1993, Erdal 1999). Davranışı çeşitli yönleriyle inceleme konusu yapan davranış bilimleri, biyolojik etkenler yanında psikolojik ve sosyolojik etkenlerde önem vermektedir. Psikoloji, insanı bir birey olarak ele alıp inceleme konusu yaparken, sosyolojide O'nu sosyal bir varlık olarak kabul eder. Psiko-sosyal model bu anlamda, insan davranışlarını açıklamada yararlı katkılarda bulunur. Ayrıca bu model, insanı hem psikolojik bir varlık, hem de sosyal bir varlık olarak ele alır ve bir bütünlük içerisinde inceler. Bu nedenle psiko-sosyal model hem psikolojinin, hem de sosyolojinin kuram ve yaklaşımlarından yararlanır (Erdal 1999, İnceoğlu 2010).

4.2. Davranışları Etkileyen Faktörler

4.2.1. Sosyal Faktörler

Bunlardan başlıcaları; kültür ve alt kültür, sosyal sınıf, referans grupları, roller ve ailedir

4.2.1.1. Kültür ve alt kültür: Kültür kelimesinin, köken itibariyle bakmak veya yetiştirmek anlamına gelen, klasik Latin fiillerinden olan “colere” veya “cultura” dan geldiği kabul edilir. Kültür terimi sosyal bilimlerde çoğunlukla bilgi, inanç ve adetleri içine alan bir kalıtım olarak tanımlanmaktadır. (İnceoğlu 2010). Kişinin isteklerinin en temel nedeni veya belirleyicisi olan kültür insanların yarattığı değer sisteminin, örf, adet, ahlak, tutum, inanç, davranış, sanat ve bir toplumda paylaşılan diğer sembollerin karışımıdır (Ak 2009, Dal 2009).

Aslında bir toplumun kimliği, o toplumun kültürel yapısıyla tanımlanır. Bu yönüyle bakıldığında kültür, toplumu oluşturan her bir bireyin de kişiliğinin biçimlenmesinde, istek, beklenti, amacın ve hedeflerinin belirlenmesinde en etkili belirleyicilerden biridir. Bir kültürel kesitin, kültürün hangi türü içinde değerlendirileceğine ise, onun oluşturucu öğeleri, yapısal ve işlevsel özellikleri dikkate alınarak karar verilmelidir (İnceoğlu 2010).

Alt kültür, tüketicilerin giyim tarzlarını, eğlence, yeme-içme ve mesleki tercihlerini etkiler. Her kültür içinde barındırdığı alt kültürlerden meydana gelmektedir. Aynı değer yargılarını kabul etmiş bireyler, aralarında paylaştıkları ortak yaşam deneyimlerine göre farklı alt kültürlerden oluşmaktadır (Dal 2009). Kültürel faktörler günlük yaşantımızın önemli kısmını oluşturduğu için hasta ve hemşirenin bakım davranışını değerlendirmesini etkiler.

4.2.1.2. Sosyal sınıf: Karmaşık bir kavram olup bir toplumun aynı değerleri, aynı ilgileri, yaşam biçimini ve davranış şeklini benimsemiş, göreceli olarak homojen alt bölümlerini ifade eder. Sosyal statünün en önemli ögesi ekonomik alt yapı olarak ifade edilebilir. Sosyal statü kişinin davranış düzlemi içerisinde bulunacağı yeri belirten “pozisyon” veya “sosyal durum” olarak tanımlanabilir (Ak 2009, Dal 2009, İnceoğlu 2010).

Ancak sosyal statünün ardından gelen eğitim, kültür, meslek, düşünsel yapı, değerler, gelenekler, görenekler ve bunların üzerine kurulan yaşam biçimi toplumsal sınıfın yapısal ve işlevsel öğelerini oluştururlar. Psikolojik olarak grup üyelerinin, bir birinin varlığından haberdar olma, bir biriyle etkileşim içinde bulunma, kendilerini grup olarak algılamayı içerir. Buna göre bireylerin kişilikleri bir yandan içinde yer aldıkları sosyal sınıfsal yapılara göre biçimlenirken diğer yandan da bir sosyal sınıf içerisinde üye oldukları sosyal grupların yapılarına göre biçimlenir (İnceoğlu 2010). Sosyal sınıf ayırımı hasta ve hemşirelerin davranış algısını büyük ölçüde etkiler.

4.2.1.3. Referans grupları: Hasta ve hemşirelerin tutumlarını, fikirlerini ve değer yargılarını etkileyen herhangi bir insan topluluğu referans gruptur. Yani örnek alma, taklit etme gibi olgudur (Ak 2009, Dal 2009, İnceoğlu 2010).

4.2.1.4. Roller ve aile: Arkadaş, öğrenci, işveren, anne baba gibi kişinin çeşitli rolleri genel olarak davranışlarını etkilediği gibi bakım davranışını algılamasını yani değerlendirmesini de etkiler. En önemlisi de kişi, bebekliğinden itibaren ailesinden etkilenir. Aile temel ve evrensel yapılardan birisi olmakla birlikte toplumun oluşmasını ve devamlılığını sağlar. Aile topluma yeni bireyler kazandırırken aynı zamanda yetişkinler için özel rollerin kaynağı görünümündedir (Ak 2009, Dal 2009). Ailenin birey davranışları üzerinde etkisi, çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Ailede çocuk sayısı, annenin çalışıp çalışmaması, kırsal veya kentte oturması ve ebeveynlerin eğitim düzeyi vb (İnceoğlu 2010).

4.2.2. Psikolojik Faktörler: Kişinin kendi içinden kaynaklanıp davranışını etkileyen güce psikolojik faktör denir. Bunlar şöyle sıralanabilir; motivasyon, algılama, öğrenme, tutum ve inançlar, kişilik (Ak 2009).

4.2.2.1. Motivasyon: Kişinin davranışının gerisinde yatan etkidir. Motivasyon insanı harekete geçiren güçlerdir. Yani kişinin birtakım iç ve dış uyarıcıların etkisiyle harekete geçmesidir (Ak 2009).

4.2.2.2. Algılama: Algı, nesnelere, niteliklerden ve ilişkilerden, duyu organları aracılığıyla haberdar olma; diğer bir deyişle nesnelere ve olaylara ilişkin izlenimlerin tanımlanması ve duyu yoluyla bilgi edinmedir. (Koptagel-İlal 1991, Köknel ve ark 1993, Cüceloğlu 1996, Ak 2009). İki kişi aynı şey veya olay hakkında çok farklı düşünebilir, çünkü aynı olaya birlikte şahit olmuşlar ancak onu farklı şekilde algılamışlardır. Bir insanın belirli bir yönde eyleme geçebilmesinin ön koşulu; amaçlanan yöndeki alternatifin varlığını bilmesi ve bu alternatif bilgiyi algılamasıdır (İnceoğlu 1985, Ak 2009, İnceoğlu 2010).

4.2.2.3. Öğrenme: Öğrenme kişinin bilgi ve tecrübeden kaynaklanan davranış değişikliğinden oluşur. İnsan beyni kapalı bir kutudur, kutuya belirli uyarıcılar girer

ve kutunun içinde bazı işlemlerin olmasıyla davranış şekilleri ortaya çıkar. En geniş anlamıyla öğrenme, yaşantılar ya da yinelemeler sonucunda davranışta oluşan kalıcı değişiklik olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle öğrenmeyi, pekiştirilmiş tekrarlama veya deneyim sonucu davranışta görülen oldukça kalıcı bir değişim olarak tanımlamak mümkündür (Koptagel-İlal 1991, Köknel ve ark 1993, Cüceloğlu 1996 Dal 2009, Ak 2009).

4.2.2.4. Tutum ve inançlar: Hasta ve Hemşirelerin algılamalarını, değerlendirmelerini ve davranışlarını doğrudan etkileyen bir etken olarak tutum, kişinin bir fikre, bir nesneye ve ya bir sembole ilişkin olumlu ve ya olumsuz duygularını ifade eder (İnceoğlu 1985, Dal 2009, Ak 2009).

Tutumlar da doğrudan doğruya gözlenemeyen, gizli ya da kuramsal değişkenlerdir. Varlıkları ancak dış vurulmuş davranışlar ya da sözlü ifadelerle dayanılarak bilinebilir. Bu nedenle tutum ve davranışlar arasında, kuramsal olarak eş yönlü bir etkileşim bulunduğu söylenebilir (İnceoğlu 1985, Dal 2009, İnceoğlu 1985).

İnanç; kişisel deneye veya dış kaynaklara dayanan doğru veya yanlış bilgileri görüşleri ve kanıları kapsar (Ak 2009). Bireyin kendi dünyasının herhangi bir yönüne ilişkin algı ve zihinsel yapılanmasının, tek boyutlu olarak örgütlenmesi, bir “şey” in veya olaylar bütünü olduğu gibi, irdelenmeksizin kabul edilmesidir. Kısaca, bir konu ile ilgili olarak, bireyin zihinsel yapılanmasının tümüdür. Algıların ve zihinsel yapının, kendi içinde örgütlenmiş olduğunu bildiğimize göre, inançların, bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıktığını söyleyebiliriz (İnceoğlu 2010, Dal 2009).

4.2.2.5. Kişilik: Kişilik, insanın biyolojik ve ruhsal yapısının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada karakteristik biçimde bütünleşmesidir. Kişilik ve dış çevre karşılıklı etkileşim içinde davranışı etkiler (Koptagel-İlal 1991, Köknel ve ark 1993, Ak 2009, İnceoğlu 2010).

Günümüzde, davranışçı yaklaşımı benimseyen psikologlar, kişiliği genel öğrenme alanının bir dalı olarak incelerler. Buna bağlı olarak, kişilik kuramları,

psikoterapiler ve araştırmalar gerçekleştirirler. Albert Bandura'nın 1925'li yıllarda geliştirdiği ‘‘Toplumsal Öğrenme Kuramı’’ davranışçılık akımının etkisiyle gelişen kuramlardan biridir. Bandura'nın toplumsal öğrenme kuramına göre kişilik, davranışsal, bilişsel ve çevresel etkilerin sürekli karşılıklı etkileşmeleri sonucu oluşur (Koptagel-İlal 1991, Köknel ve ark 1993).

4.2.3. Kişisel Faktörler:

Kişisel faktörler demografik ve durumsal faktörlerdir

4.2.3.1. Demografik faktörler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir seviyesi, eğitim ve meslek gibi bireysel karakteristik niteliklerdir. Bunlar kişinin algısını, değerlendirmesini ve davranışlarını büyük ölçüde etkiler (Ak 2009).

4.2.3.2. Durumsal faktörler: Hasta ve Hemşireler bakım davranışlarını değerlendirirken mevcut olan şartlar veya durumlardır. Bazen davranış algıları ve değerlendirmeleri ani olarak ortaya çıkan bir durumdan kaynaklanabilir (Ak 2009).

4.3. Davranış Özellikleri

4.3.1. Davranış Güdülenmiş Bir Davranıştır: İnsan davranışı biyolojik, ruhsal ve toplumsal öğelerin etkileşiminden oluşur (Köknel ve ark 1993). Organizmadaki bu psikolojik veya fizyolojik uyarılar güdü (motive) olarak adlandırılmaktadır. Güdülenme kavramı, davranışı anlamada çok önemli bir süreçtir. Diğer psikolojik süreçler gibi güdülenme de gözle görülemeyen varsayımsal bir kavramdır. Güdüyü, davranışı amaca doğru harekete geçiren, yönelten, bir iç durum olarak tanımlamak mümkündür (İnceoğlu 1985,Dal 2009).

Güdüleri sosyo-psikolojik yönden ele alınırsak; modern eğilim, gerek biyolojik gerek sosyolojik bilimlerde, psikolojik gelişimi biyo-sosyal bir gelişim olarak kabul eder. Ayrıca organizmadan ve dış çevreden gelen etkilerin karşılıklı etkileşimlerinin bir sonucu olarak ele alır. Davranış ve yaşantının seçicilik karakterinin oğuda güdülerle ilgilidir. Pek çok güdü sosyal ilişkiler sonucu meydana gelir (İnceoğlu 1985).

Güdüler, ya doğuştan getirilen öğrenme ve eğitimle kazanılmayan, yaşamın sürdürülmesi için zorunlu olan bazı gereksinimlerin giderilmesine hizmet eden “içgüdü” ler ya da sonradan kazanılmış, öğrenme ve eğitimle pekiştirilmiş “dürtüler” olarak oluşur (Köknel ve ark 1993).

İçgüdü, herhangi bir canlının kendi türüne özgü bir davranışı açığa çıkaran, başlatan ve yönlendiren, doğuştan sahip olduğu davranış nedenleridir. Açlık, susuzluk, cinsellik, korunma, ağrıdan kaçma, saldırganlık vb. fizyolojik varlığını koruma ve türün sürekliliğini sağlama amacına yönelik davranışların motivasyonunu gerçekleştirir. İnsanın içgüdülerini doyurma biçimleri vardır ve bunlar asırlardan bu yana değişime uğramıştır. Denilebilir ki, insanda içgüdüsel dürtüler vardır, fakat bunların doyurulma biçimi, insana özgü öğrenme ve eğitimle değişikliğe uğrayabilir. İçgüdüler arasında cinsellik ve saldırganlık insanın en çok değiştirip donattığı güdüleridir (Köknel ve ark 1993, Koptagel-İlal 2001).

Dürtü ise, sonradan kazanılan, öğrenilen güdülerdir. İnsanda yeni davranışların ortaya çıkması, ancak yeni güdüleri öğrenmekle olur. Bu nedenle kazanılmış dürtüler, insanın toplumsal ve kültürel gelişimini de belirleyen ruhsal-toplumsal süreçler olarak değerlendirilir. Sonradan kazanılmış dürtüler, toplumsal ilişki kurma, insan insana birlikte olma, güçlü ve kudretli olma, sahip olma ve kendini gerçekleştirme gibi bireyin başkalarıyla birarada olduğu zaman anlam kazanan davranışlardır (Köknel ve ark 1993, Koptagel-İlal 2001).

Bunlardan yola çıkarak her davranışın bir uyarıcı-organizma ve tepki üçlüsünden oluştuğu söylenebilir. Uyarıcı ya içsel ya da dışsal uyarılma ile ihtiyaç itilimi olarak algılanır ve bilinç düzeyine çıkar. Organizma ile uyarıcı bütünleşir ve bir doyum amacına yönelir (Köknel ve ark 1993, Koptagel-İlal 2001,).

4.3.2. Davranış Dinamik Bir Süreçtir: Hasta ve Hemşirelerin davranışında, bakım davranışlarını değerlendirme kararı, süreci ve bu sürecin hangi boyutlarda neden farklı olduğu incelenildiği gibi, değerlendirme sonrası ortaya çıkan davranışlar da incelenir. Süreç birbirine bağlı, bir biri ile ilgili ve birbirini izleyen adımlar

silsilesidir. İhtiyacın ortaya çıkması, seçim yapma, satın alma ve kullanma bir süreç olarak kabul edilebilir (Ak 2009).

4.3.3. Davranış Çevre Faktörlerinden Etkilenir: Hasta ve hemşire davranışının dış faktörlerden etkilenme özelliği, onun hem değişebileceğini hem de uyum sağlayacak bir yapıya sahip olduğunu kabul etmektedir (Ak 2009). Bu ise çevre koşullarının hasta ve hemşire davranışı açısından ne kadar önemli olduğunun göstergesidir. Hastaneye ulaşılabilirlik, hastane ortamı, hastanenin teknolojik alt yapısı, çalışma saatleri, otoparkın olması, hastane temizliği, beslenme hizmetlerinin kalitesi gibi faktörler bakım kalitesinin algılanması ve değerlendirmesi üzerinde etkilidir (Walker ve ark 1998, Yılmaz 2001, Kurşun 2010).

4.4. Sağlık Hizmetlerinde Bakım Davranışları Kavramı

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan, mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan, planlı hizmetlerin tümü olarak tanımlanır (Erdem 2007). Sağlık hizmetlerinde bu hizmetler tıbbi tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde topluma sunulmaktadır.

Sağlık hizmetinin temel amacı; bireylerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmesini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuş biçimi, günümüzde ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeyini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer alır. İyi bir sağlık hizmeti verebilmek için, alınan hizmetin algılanışı, memnuniyet ve kalitesinin ölçülmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinde kalite; uluslararası geçerliği olan göstergelerdeki tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra verilen tedavinin kriterlere uygun, güvenli ve uygulanabilir olarak tanımlamasıdır (Erdem 2007, Al ve ark 2009). Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmesi, hastaların verilen hizmet davranışlarını algılayışıyla ve değerlendirmesiyle ölçülür.

Sağlık kurumlarında, hasta merkezli bakım ve hasta-bakım verici ilişkisine verilen önemin artması ile birlikte, hasta bireyin beklentilerinin karşılanmasında öncelik kazanmıştır. Hasta bireyler, hastaneye bakımlarıyla ilgili çeşitli beklentilerle girerler ve beklentilerinin karşılanma düzeyi yalnızca bakım kalitesiyle ilgili algılarını değil, kurumun ve bir bütün olarak sağlık sisteminin kalitesi ile ilgili algılarını etkiler (Algier ve ark 2005).

Sağlık hizmetlerinde bakım davranışlarının pozitif algılanmasında ve değerlendirilmesinde en önemli süreç; Bireyin sağlığını sürdürmek, geliştirmek ve sağlığını kaybettiğinde tekrar kazanması için sağlık hizmetini toplumdaki tüm bireylerle eşit olarak alma hakkının sağlanması, sağlık hizmetinin herkes tarafından ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasının sağlanmasıdır (Erdem 2007). Ancak teorik olarak, yerinde olan bu amaca pratikte ulaşılması mümkün değildir. Çünkü toplumun politik, sosyal, ekonomik konumuyla birlikte bireyin biyolojik yapısı, yaşam şekli, içinde yaşadığı kültür, hizmete talebin artması, saptanan politikalarla ucuz eleman ve kalifiye olmayan eleman çalıştırılması, verilen hizmete karşılık gereken ödemenin yapılmaması kaliteyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Akdemir 1994). Sağlık kurumlarının sayısının yetersizliği, hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayılarının eksikliği, araç, gereç ve malzemenin hastaların gereksinimlerini karşılamadaki yetersizliği vb. pek çok faktör, sağlığın sürdürülmesini etkilemektedir (Erdem 2007, Çakırcalı 2000). Sağlık sektöründeki bu olumsuz faktörler, düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik ise, hizmet kalitesinin çeşitli yöntemlerle ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmiştir (Kuşun ve ark. 2010).

4.5. Hemşirelikte Bakım Davranışının Değerlendirmesi

Hemşireliğin değişik zamanlarda, değişik kuruluşlar tarafından tanımlamaları yapılmıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (İnternational Council of Nursing-ICN), hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan meslek gurubu” olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik ayrıca, sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel

planlarının geliştirilmesine ve uygulamasına katılır. Viginia Henderson 1955'te yaptığı hemşirelik tanımında hemşireyi, “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” olarak görmüştür (Sabuncu 2008). Türk Hemşireler Derneği (THD) Eğitim Komisyonu ise 1981'de “Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” şeklinde tanımlamıştır (Velioğlu 2001, Birol 2002, Çakırcalı 2000, Sabuncu 2008).

Hemşireliğin amacı, kendi gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmektir. Hemşirelerin hasta ya da sağlıklı bireye verdiği bakımın başarılı olabilmesi için temel insan gereksinimlerini ve bunların öncelik sırasını bilmesi gerekir. Hemşireliğin tanımında da verildiği gibi sağlıklı/hasta bireylerin hastalık vb. nedenlerle kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları durumlarda, onların adına bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu hemşire üstlenmiştir (Birol 2002).

Hemşireler bu gereksinimi karşılamak için yardım ederken, bir takım sorumluluklarını uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, yönetici, profesyonel rol ve işlevleri sayesinde yerine getirmektedir (Velioğlu 2001, Birol 2002, Sabuncu 2008, Kurşun ve ark 2010). Hemşireler uygulayıcı rollerini bağımlı ve bağımsız işlevlerle gerçekleştirmektedir. Rol kapsamında olan *bağımsız işlevleri*; hemşirelerin mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullandığı, bilgi ve deneyimleri ile çözümleyeceği sorunlara yönelik olan “bakım verme” ve “yardım etme” uygulamalarını kapsamaktadır (Velioğlu 2001, Birol 2002, Sabuncu 2008, Kurşun ve ark 2010). Hemşireliğin temelini oluşturan “*bakım*”, hasta ve hemşire arasındaki etkileşime ve bakım sürecine bağlıdır. Bakım, yapılan işlemlere ilişkin hastanın bilgilendirilmesi, bireyselliğe önem verilmesi, karşılanamayan gereksinimlerin karşılanması, destek sağlanması, baş etmeye yardım ve kişilerarası beceri gibi yönleri içermektedir. Bu uygulamalar hemşireliğin sanat yönünü oluşturmakta ve hemşirenin yaptığı bağımsız işlevler kapsamına girmektedir (Birol 2002, Sabuncu 2008, Kurşun ve ark 2010).

Hemşireler tarafından yapılan uygulamalar, hemşirelik bakımı olarak isimlendirilir (Kurşun ve Ark 2010)

Profesyonel hemşirelik bakımı, daima hastanın yanında olmak ve hasta için bir şeyler yapmak gibi bazı davranışları ve bu davranışların geliştirilmesini zorunlu kılar. Bu davranışlar, hemşirenin sağlıklı/hasta bireyi karşılaması ile başlar, bireyin gereksinimlerini algılaması ile gelişir ve gereksinimlerin karşılanması ile sonlanır (Eskimez 2012)

İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimi olan bir bütündür. Bireylerde fizyolojik gereksinimler hiç değişmez, fakat psikolojik gereksinimleri zaman zaman değişiklik gösterir. Hastalık, stres ve kriz durumlarında gereksinimlerin karşılanması sonucu verilen hemşirelik bakımının negatif ya da pozitif yönde algılanması gibi farklılıkları ortaya çıkartır. Bireyin yaşamı tehdit altında olduğu zaman fizyolojik gereksinimleri ön plana çıkar fakat bu tehlike geçince diğer psikolojik gereksinimlerin karşılanması gerekir (Birol 2002, Eskimez 2012).

İnsanı oluşturan psikolojik gereksinimdeki bireysel özellikler, kişilik ve huy, çalışmaya istek ya da isteksizliği, duygusal durumu-tepkileri, bilgi edinme isteği ve motivasyonudur. Hemşirelik mesleğinde insan insana iletişim-etkileşim, bireyi ve sorunlarını anlayabilmek, bu sorunlara yönelik çözüm yolları oluşturmak, dolayısı ile hemşirelik bakımında başarıya ulaşmak oldukça önemli olduğu için, hemşirenin hastayla empati kurması ve insanı , kendine özgü kültür zenginlikleri, estetik ve güzellik anlayış ve kendine özgü yaşam biçimi olan bir birey olarak değerlendirmesi gerekir (Birol 2002, Eskimez 2012). Hemşire bireyin gereksinimlerini belirlerken ve buna bağlı hemşirelik bakımını geliştirirken, çeşitli hemşirelik kuram modellerini kullanır. Hemşirelik bir çok hemşire kuramcı tarafından, “kişilerarasıbir etkileşim süreci” olarak tanımlanmıştır.

Hemşirelik bir yardım mesleğidir ve temel rolü bakımdır. Watson (2010) hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir

kişilerarası süreç olarak tanımlanmıştır. En basit bir hemşirelik girişiminde bile hemşire-hasta arasında bir etkileşim söz konusudur. Hemşire, olumlu/yapıcı iletişim tutum ve davranışları, ayrıcalıklı hemşirelik girişimleri ile hasta bireyi etkiler ve ondan etkilenir. Sonuç olarak hemşirelik, bakım verme bilim ve sanatı; bakım ise bir kişiler arası süreç, bir etkileşim olarak tanımlanabilir. Watson (2005) da hemşire-hasta etkileşimine temellenen hemşirelik bakımını savunmuş, hümanistik ve holistik bir bakış açısı ile Bakım Kuramı'nı geliştirmiştir (Yalçın Atar ve ark. 2012).

Hemşirelik bakımını belirlemede en çok kullanılan kuram modeli Maslow'un "Temel İnsan Gereksinimi Piramididir." Abraham Maslow 1940 yılında, insan gereksinimlerini aşağıdan yukarıya doğru, fizyolojik güdüler (açlık, susuzluk, cinsellik vb.), güven gereksinimi (tehlikeden uzak, emniyette ve güvende hissetmek), ait olma ve sevgi gereksinimi (bir grubun üyesi olmak, kabul görmek ve ait olmak), saygı gereksinimi (başarmak ve kabiliyetli olmak, onay ve kabul görmek), zihinsel gereksinim (bilmek, anlamak, araştırmak), estetik gereksinimi (düzen, simetri, güzellik) ve kendini gerçekleştirme gereksinimi şeklinde hiyerarşik bir düzene göre sıralamıştır. Bu piramitten yola çıkarak Virginia Henderson; hasta bireyin bakımında 14 temel gereksinim belirlemiş ve bunların karşılanmasının hemşirenin temel görevi olduğunu vurgulamıştır (Çakırcalı 2000, Veliöğlu 2001, Birol 2002).

1. Hastaya solunumunda yardım etme,
2. Hastaya yeme ve içmede yardım etmek,
3. Hastaya boşaltımda yardım etmek,
4. Hastaya yürüme, oturma, yatma, bir pozisyondan diğerine geçmede ve istenen pozisyonu vermede yardım etmek,
5. Hastaya dinlenme ve uykuda yardım etmek,
6. Hastaya giyim eşyalarını seçme, giyinmede ve soyunmada yardım etmek,
7. Hastanın beden sıcaklığının normal sınırlarda devam etmesinde yardımcı olmak,
8. Hastanın bedeninin temiz ve bakımlı olmasına ve cildini korumasına yardımcı olmak,

9. Hastayı çevredeki tehlikelerden uzak tutmak ve kazalardan korunmayı öğretmek,
10. Hastanın diğer bireylerle iletişime girerek duygularını, gereksinimlerini, korku ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak,
11. Hastaya dini ibadetini yerine getirmede, doğru ve yanlış inançlarını belirlemede yardımcı olmak,
12. Hastaya çalışırken başarı duygusuna erişmede yardım etmek,
13. Çeşitli eğlence faaliyetlerine katılmada yardım etmek,
14. Normal gelişimi ve sağlığı için, varolan sağlık olanaklarından yararlanmasını kolaylaştıracak olan öğrenme, keşfetme ve mekanı tatmin etmede yardımcı olmak.

Bakım davranışlarının değerlendirilmesi; bakım sonucunun algılanması ve beklentilerin karşılanması ya da karşılanmaması ile ilişkili olan memnuniyet; farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından, farklı zamanlarda farklı tanımlanabilmektedir. Beklentilerin karşılanmaması ise şikayet konusu olabilmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyetinin ve buna bağlı olarak bakım davranışlarının pozitif değerlendirilmesinin sağlanmasında, hasta beklentilerinin karşılanmasına, şikayetlerinin azaltılmasına ya da ortadan kalkmasına, verilen bakımın sonucunda istenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığına bakılır (Bırol 2002, Karadağ ve ark. 2008). Hemşire, hastaya verdiği bakımın kalitesini ve hasta memnuniyetini değerlendirmede, verdiği bakım davranışlarının pozitif ya da negatif yönde algılanıp algılanmadığını çeşitli ölçüm yöntemleriyle değerlendirmelidir.

4.6. Bakım Davranışlarının Değerlendirmesi

Sağlık kurumlarının, sağlık çalışanlarının özellikle hemşire sayısının eksikliği, malzeme, araç ve gerecin yetersizliği gibi faktörler sağlık kurumlarında düzeltici önlemlerin alınması ile hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır. Ölçülmeyen/değerlendirilmeyen bir şeyi iyileştirmenin mümkün olmayacağı ilkesiyle, hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık kurumlarında dikkat edilmesi gereken konulardan biri olmaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumları verilen bakımın, hastalar

tarafından nasıl algılandığını ve ne derece memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve gerekli iyileştirmeleri yapmak gereksinimindedir (Kurşun 2010). Memnuniyet buna bağlı bakım davranışlarının değerlendirme derecelendirmelerinin oluşturulmasında, tüm değerlendirmelerin tek ölçümüne güvenmekten çok, konuya özgül puanların toplanması önerilir. Böylelikle bir hizmet alanında olan yetersizliğin, diğer hizmet sağlanan alana olan olumsuz etkisi en aza indirilir. Örneğin hastalar hasta ayırımı olayından memnun olmayabilir ve bakım davranışının negatif yönde değerlendirmesine neden olabilirken, doktor ve hemşire bakım davranışının pozitif yönde değerlendirilmesine neden olabilir. Sonuçları değerlendiren kuruluşlar memnuniyeti buna bağlı bakım davranışlarının değerlendirmesini bağımsız olarak etkileyen bu hizmet alanındaki kusurları yanlış değerlendirmeye açısından dikkatli olmalıdır. Örneğin acil birimine geldiğinde yol gösterici bir kılavuzun olmaması veya yakın bir park yerinin olmaması, hasta ayırımı olayından memnun olmayabilir ve bakım davranışının negatif yönde değerlendirmesi olarak değerlendirilebilir (Şahbaz Karagün 2006).

Sağlık hizmetlerinin sürekli kullanılması, yanlış kullanımların en az indirilmesi, tıbbi uygulamalarda başarılı sonuçlar alınması ve kalitenin yükseltilmesinde hasta memnuniyeti gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır (Kurşun 2010). Her sosyal sınıfın zevkleri, davranış biçimleri, satın alma karar süreci, değerlendirme eğilimleri farklılık gösterdiğinden, bakımda verilen hizmetlerde, tutum ve değerlendirme farklılıkları göz önünde tutulmalıdır (İnceoğlu 2010). Hastaların, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık bakım çalışanlarından beklentileri ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ve hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır (Kıdak 2008). Bu nedenle sağlığı koruma girişimlerinde daha doğru ve geçerli bilgiler elde edebilmek için, bireylerin sağlık davranışlarını kültürlerine uygun geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirilmesi gerekmektedir (Bahar ve ark 2008).

Hasta beklentilerinin ve algılamalarının önemli olduğu hasta memnuniyet değerlendirmeleri, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde ve geliştirilmesinde

oldukça yararlı ve vazgeçilmez bir ölçüm olarak kabul edilmektedir (Yılmaz 2001). Kurumlar, bakım kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde hasta tercihlerini ve toplumsal beklentileri dikkate almak, verilen bakımın hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar (Yılmaz 2001).

Hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir çok ölçek çeşidi bulunmaktadır. Bu ölçeklerden biri de Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)- (Caring Assessment Questionnaire-CareQ)'dir. Bu ölçek, çok uzun zamandır bilinen ve farklı gruplarla (hemşire, hasta ve öğrenci) çalışanlarda kullanılan bir ölçektir (Larson 1981, Watson 2009).

Hasta memnuniyetinin ve bakım davranışlarının düzenli olarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi, hastalar tarafından algılanan kalitenin düzeyinin izlenmesine ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında gerekli düzenlemelerin yapılmasına, dolayısıyla da hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına olanak sağlayacaktır (Uzun 2003).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, acil serviste tedavi ve bakım gören hastalar ve acil servis hemşireleri tarafından, hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla prospektif, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

5.2. Araştırma Soruları

1. Hasta ve hemşirelerin, sosyo-demografik özellikleri ile hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi arasında bir ilişki var mı?
2. Hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi arasında herhangi bir fark var mı?
3. Acil serviste verilen hemşirelik bakım davranışları hasta ve hemşireler tarafından nasıl algılanıyor?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapıldı.

Acil Tıp Anabilim Dalı, iki yataklı bir resüstasyon odası, iki yataklı bir travma odası, üçer yataklı iki muayene odası ve altışar yataklı iki gözlem odasından oluşmaktadır. Acil Tıp Anabilim Dalı'na yılda ortalama 28620 hasta başvurmakta, 18 yaş altı travma hastaları da bu bölümde izlenmektedir. Hastaların izlem süreleri başvuru nedenlerine göre değişebilmektedir.

Acil Tıp Anabilim Dalı'nda hasta kabulü iki aşamada yapılmaktadır. Hastalara ilk etapta ambulans ve acil bakım teknikerleri tarafından hasta triyaj sınıflaması yapılarak, hastalar acil servise kabul edilmektedir. İkinci etapta, Acil Tıp Anabilim Dalı'na kabul edilen hastalara acil servis hemşireleri tarafından, hasta bakımı gerçekleştirilmektedir.

Acil Tıp Anabilim Dalı'nda 18 hemşire ve hasta triyaj sınıflamasını uygulayan 9 ambulans ve acil bakım teknikerleri çalışmaktadır. Acil hemşireleri, 5 vardiya şeklinde çalışmakta, 08-16 saatleri arasında en az 4, 16-24 saatleri arasında 3, 24-08 saatleri arasında da 2 hemşire görev almaktadır.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na kabul edilen hastalar ile bu birimde çalışan hemşireler oluşturdu.

Acil Tıp Anabilim Dalı'na 01 Ocak 2012 - 31 Aralık 2012 tarihleri arasında 28620 hastanın başvurduğu, bu hastaların 1550'sinin 18 yaş altı çocuk hastaların oluşturduğu belirlendi.

Örneklem sayısını belirlemede, acil serviste hemşirelik bakım davranışlarının görülme sıklığından (%52) (Davis et al 1999) yola çıkılarak basit rastgele örnekleme yöntemiyle örneklem sayısı;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (27070)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (?)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.52)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı(0.48)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0.05)

$$n = \frac{(27070)(1.96)^2(0.52)(0.48)}{(0.05)^2(27070-1) + (1.96)^2(0.52)(0.48)}$$

n= 378 olarak belirlendi.

Hastaların Araştırmaya Alınma Kriterleri

Örnekleme; acil serviste bakım gören ya da taburcu olduktan sonraki ilk üç gün içinde telefonla görüşülen,

- 18 yaş ve üzeri,
- Bilinci açık,
- Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan,
- Türkçe konuşan ve yazan,
- İletişimi güçleştirecek herhangi bir engeli bulunmayan,
- Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmaya yazılı onay veren hastalar alındı.

Hastaların Araştırmaya Alınmama Kriterleri

Uygulanan hemşirelik bakımını değerlendirme algılarını etkileyebileceğinden;

- Çocuk hastalar,
- Psikiyatri tanısı bulunan ya da psikotik, uyutucu ilaç kullanan hastalar çalışma kapsamı dışında tutuldu.

Hemşirelerin Araştırmaya Alınma Kriterleri

“Acil serviste hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarının değerlendirilmesine” yönelik olarak çalışmanın yürütüldüğü zaman diliminde, acil serviste çalışan, bilgilendirildikten sonra yazılı onay veren toplam 12 hemşireler çalışma kapsamına alındı.

Araştırmanın yapıldığı tarihte, çalışmaya katılmak istemeyen, servis değişikliği yapan ve izinde olan 6 hemşire çalışmaya alınamadı.

5.5. Veri Toplama Araçları:

Verilerin toplanmasında Soyo-demografik Soru Formu“(Ek 1, Ek 2) ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)“(Ek 3) kullanıldı.

5.5.1. Hastalar için Sosyo-demografik Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan bu formda; hastalara yönelik olarak yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, mesleği, daha önce herhangi bir acil servise başvurma durumu, acil servise geliş ve ayrılış zamanı, acil servisten ayrılış şekli ve acil servisteki hemşirelik süreci uygulamalarına ilişkin değerlendirmelerini belirlemeye yönelik 6’si açık uçlu, 10’u kapalı uçlu olarak hazırlanmış 16 soru yer almaktadır (Ek 1).

5.5.2. Hemşireler için Sosyo-demografik Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan bu formda; hemşirelere yönelik olarak yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, acil servisteki çalışma yılı, çalışma koşulları ve hemşirenin kaliteli bakımını etkileyen faktörleri değerlendirmeye yönelik 4’ü açık uçlu, 10’u kapalı uçlu olarak hazırlanmış 14 soru yer almaktadır (Ek 2).

5.5.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24):

Bakım Davranışları Ölçeği-42 (BDÖ-42) Wolf ve ark. tarafından 1994 yılında, hasta ve hemşire tarafından çift yönlü olarak, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek amacı ile tasarlanmıştır. 2006 yılında Wu ve ark. tarafından BDÖ-42’nin kısa formu olarak iç tutarlığında benzer sonuçlar elde edilmesiyle, Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) şekline dönüştürülmüştür (Wu at al. 2006).

Ölçek, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Wolf ve at al. 1994). BDÖ-24, hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. (Wu at al. 2006). Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde, verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) formunun ülkemiz için geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında Kurşun ve Kanan tarafından yapılmıştır (Kurşun 2010).

Ölçek, güvence (16,17,18,20,21,22,23,24 maddeleri), Bilgi-beceri (9,10,11,12,15 maddeleri), saygılı olma (1,3,5,6,13,19 maddeleri) ve bağlılık (2,4,7,8,14 maddeleri) olmak üzere 4 alt gruptan ve 24 maddeden oluşmaktadır. BDÖ-24'ün yanıtları için 6 puanlık likert tipi bir skala (1: Asla, 2: Hemen hemen asla, 3: Bazen, 4: Genellikle, 5: Çoğu zaman, 6 : Her zaman) kullanılmaktadır. Ölçek hasta ile araştırmacı tarafından (bireysel veya telefon görüşmesi) ya da hasta veya hemşire tarafından bireysel olarak doldurulabilmektedir.

Ölçek puanlarının hesaplanması;

Toplam ölçek puanının elde edilmesi: 24 maddenin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir.

Alt boyutların elde edilmesi: Her bir alt boyut için, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir.

Ölçek puan değerinin yüksekliği bakım kalitesini algılama düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı hem hasta hem hemşire için toplamda 0.96 olup alt gruplarda 0.82-0.92 aralığındadır (Wu et al 2006). Kurşun (2010) çalışmasında hem hastalarda hem de hemşirelerde 0.80'nin üzerinde olduğu, alt boyutlarda hasta grubu için 0.85-0.94 arasında, hemşire grubu için 0.81-0.95 arasında olduğunu saptamıştır.

Bizim çalışmamızda Ölçeğin iç tutarlılığı hem hasta hem hemşire için toplamda 0.93 olup alt gruplarda 0.77-0.92 aralığındadır. Güvence için; 0,920, Bilgi -Beceri; 0,773, Saygılı olma; 0,906, Bağlılık: 0,880 'dir.

5.6. Veri Toplama Yöntemi:

Araştırma çalışmasında verileri toplamak için, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu onayı alındı (Ek 8). Etik onayı alındıktan sonra, çalışmanın yapılacağı Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden Kurum izni alındı. Etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmak için bilgilendirilmiş onay veren (Ek 4, 5) hastalara “Sosyo-demografik Soru Formu (Ek 1) ve “BDÖ-24 Formu” (Ek 3) uygulandı.

Hasta görüşmeleri tamamlandıktan sonra, Acil Anabilim Dalında çalışmanın yürütüldüğü zaman dilimi içerisinde, çalışan hemşirelerle görüşülerek, çalışmaya katılmaya bilgilendirilmiş onay veren (Ek 6, 7) hemşirelere “Sosyo-demografik Soru Formu (Ek 2) ve “BDÖ-24 Formu” (Ek 3) uygulandı.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, istatistik uzmanı danışmanlığında değerlendirildi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran) yanısıra, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

5.8. Etik Konular

Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün kullanımı için, ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Kurşun ve Kanan'dan yazılı ve sözlü izin, (Ek 9). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu onayı (Ek 8). Çalışmanın yapılacağı Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinden Kurum izni (Ek 10) ve çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerden yazılı onayları (Ek 4, 5, 6, 7) alındı.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Anabilim Dalında yapıldığı için tüm hastalara ve hemşirelere genellenememesi araştırmanın bir sınırlılığıdır.

6. BULGULAR

Bu çalışma 378'i hasta, 12'si hemşire olmak üzere toplam 390 olgu üzerinde yapılmıştır.

6.1.Hastalara İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=378)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	161	42.6
Erkek	217	57.4
Yaş Grubu		
18-29 Yaş	43	11.4
30-39 Yaş	49	13.0
40-49 Yaş	46	12.2
50-59 Yaş	74	19.6
≥ 60 Yaş	165	43.8
Medeni Durum		
Evli	330	87.6
Bekar	48	12.4
Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	38	10.1
Okur Yazar	46	12.2
İlköğretim	183	48.4
Lise	64	16.9
Üniversite	44	11.6
Lisansüstü	3	0.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	109	28.8
Çalışmıyor	269	71.2
Meslek		
Ev hanımı (işsiz)	128	33.9
İşçi	67	17.7
Memur	17	4.5
Emekli	121	32.0
Diğer*	45	11.9
Sağlık Güvencesi		
Var	364	96.3
Yok	14	3.7

*Serbest meslek, öğrenci, esnaf.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %57.4'ü (n=217) erkek olup, çoğunluğunun 60 yaş üstü (%43.8; n=165), evli (%87.3; n=330), ilköğretim mezunu (%48.4; n=183), herhangi bir işte çalışmadığı (%71.2; n=269) belirlendi.

Tablo 6.2. Hastaların Tanılarına İlişkin Bulgular (N=378)

	Özellikler	n	%
Tanı	Düşme	21	5.6
	Travma	43	11.4
	Akut Böbrek Yetmezliği	26	6.9
	Akut Batın	39	10.3
	Apendisit	34	9.0
	Kolesistit/kolelitiaziz	25	6.6
	Pankreatit	16	4.2
	GIS Kanama	6	1.6
	MI	22	5.8
	Kalp Yetmezliği	20	5.3
	İleus	25	6.6
	Pnömoni	15	4.0
	KOAH	10	2.6
	Hemoptizi	10	2.6
	İnme	16	4.2
	Diğer	50	13.2

*Sepsis, İntoks, Ca, Pulmoner Emnoli, DVT, Pnömotoraks, SAK, Diare, Nötropenik Ateş, Üsy.

Çalışma kapsamına alınan hastaların acil servise geldiklerinde konulan tanılarına ilişkin dağılımlar Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 6.3. Hastaların Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulgular (N=378)

Özellikler	n	%	
Acil Servise Başvurma Öyküsü	Evet	330	87.3
	Hayır	48	12.7
Acil Serviste Kalış Süresi	≤ 1 Saat	38	10.1
	1-2 Saat	42	11.1
	2-3 Saat	47	12.4
	3-6 Saat	133	35.2
	6-12 Saat	96	25.4
	12-18 Saat	8	2.1
	18-24 Saat	14	3.7
	Ayakta	2	0.5
	Servise Yatış	292	77.2
	Acil Servisten Ayrılış Şekli	Başka Kuruma Sevk	2
Ameliyat		55	14.6
Yoğun Bakım Ünitesi		27	7.1

Çalışma kapsamına alınan hastaların %87.3'ünün (n=330) daha önce herhangi bir acil servise başvurma öyküsünün bulunduğu, %35.2'sinin (n=133) çalışmanın yapıldığı zaman diliminde acil serviste 3-6 saat arasında kaldığı, %77.2'sinin (n=292) servise yatış yaptığı saptandı.

Tablo 6.4. Hastaların, Acil Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri (N=378)

Hemşirelik Bakımı	n	%
Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulma Durumu		
Çok Yeterli	112	29.6
Yeterli	242	64.0
Kısmen Yeterli	12	3.2
Yetersiz	12	3.2
Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulmama Nedenleri (n=12)*		
Hemşirelerin bakım vermek istememesi	1	6.3
Hasta sayısının fazla olması	3	18.8
Hemşire sayısının yetersiz olması	4	25.0
Hemşirelerin zamanının olmaması	7	43.8
Deneyim eksikliği, ilgisizlik	1	6.3
Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumu		
Çok Memnun	127	33.6
Memnun	236	62.4
Biraz Memnun	7	1.9
Memnun Değil	6	1.6
Hiç Memnun Değil	2	0.6
Toplam	378	100

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların %64'ünün (n=242) verilen hemşirelik bakımını “yeterli” %29.6'sının (n=112) “çok yeterli” buldukları, hemşirelik bakımını yeterli bulmayanların çoğunluğunun (n=7) “hemşirelerin zamanının olmaması” nedeniyle yeterli bulmadıkları Tablo 4'te görülmektedir. Acil serviste hastaların %62.4'ünün (n=236) verilen hemşirelik bakımından memnun oldukları saptandı.

6.2.Hemşirelere İlişkin Bulgular

Tablo 6.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=12)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	10	83.3
Erkek	2	16.7
Yaş Grubu		
18-29 Yaş	10	83.3
30-39 Yaş	2	16.7
Medeni Durum		
Evli	8	66.7
Bekar	4	33.3
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	1	8.3
Ön lisans	2	16.7
Lisans	8	66.7
Lisansüstü	1	8.3

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çoğunluğu (%83.3; n=10) kadın, yaş ortalamasının 26-29 yaş arasında (%83.3; n=10), evli (%66.7; n=8), lisans mezunu (%66.7; n=8) olduğu belirlendi.

Tablo 6.6. Hemşirelerin Mesleki Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=12)

Özellikler	n	%
Meslekte çalışma süresi (yıl)		
1- 5 yıl	4	33.3
6-10 yıl	8	66.7
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapma		
Evet	8	66.7
Hayır	4	33.3
Acil Serviste Çalışma Süresi (yıl)		
1- 5 yıl	7	58.3
6-10 yıl	5	41.7
Acil Serviste İsteyerek Çalışma		
Evet	7	58.3
Hayır	5	41.7
Şu Anda Bulunulan Pozisyon		
Servis Hemşiresi	11	91.7
Sorumlu Hemşire	1	8.3
Çalışma Şekli		
Gündüz Vardiyası	1	8.3
Gece Vardiyası	0	0
Her ikisi de	11	91.7
Haftalık Çalışma Saati		
40 Saat	2	16.7
40 Saatten Fazla	10	83.3

Çalışmaya alınan hemşireler, çoğunluğunun (%66.7; n=8) meslekte çalışma süresinin 6-10 yıl olduğu; mesleği isteyerek yaptığı (%66.7; n=8), acil serviste 1-5 yıldır (%58.3; n=7) çalıştığı, acil serviste isteyerek (%58.3; n=7) çalıştığı, servis hemşiresi (yatak başı hemşire) (%91.7; n=11) olduğu, gündüz-gece vardiyasında (%91.7; n=11) çalıştığı ve haftalık çalışma saatlerinin 40 saatten fazla olduğu (%83.3; n=10) saptandı.

Tablo 6.7. Hemşirelerin, Acil Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri (N=12)

Özellikler	n	%
Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulma Durumu		
Çok Yeterli	0	0
Yeterli	3	25.0
Kısmen Yeterli	9	75.0
Yetersiz	0	0
Çok yetersiz	0	0
Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulmama Nedenleri (n=9)		
Hemşire sayısının yetersiz olması	9	100.0
Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumu		
Çok Memnun	0	0
Memnun	7	58.3
Biraz Memnun	5	41.7
Memnun Değil	0	0
Hiç Memnun Değil	0	0
Toplam	12	100

Acil serviste çalışan hemşirelerin %75'inin (n=9) acil serviste verilen bakımı kısmen yeterli buldukları, %58.3 (n=7)'ünün verilen bakımdan memnun oldukları belirlendi.

6.3.Bakım Davranışları Ölçeği-24 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Tablo 6.8. Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Bakım Davranışları Ölçeği-24	Hasta Grubu (n=378)		Hemşire Grubu (n=12)	
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max
Hastaya istekle gitme	5.16±1.08	1 – 6	5.17±1.03	3 – 6
Hastayla konuşma	5.11±1.20	1 – 6	5.08±1.08	3 – 6
Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme	5.10±1.19	1 – 6	4.83±0.83	4 – 6
Hastanın çağırısına hemen yanıt verme	5.16±1.15	1 – 6	4.92±1.00	3 – 6
Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme	5.29±1.05	1 – 6	5.25±0.75	4 – 6
Hastaya ilgi gösterme	5.29±1.00	1 – 6	5.17±0.83	4 – 6
Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama	5.39±0.95	1 – 6	5.58±0.67	4 – 6
Hastanın semptomlarını hafifletme	5.06±1.41	1 – 6	5.42±0.90	4 – 6
Güvence Boyutu	5.20±0.93	1 – 6	5.18±0.66	3.75 – 6
Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme	4.49±1.86	1 – 6	5.50±1.17	3 – 6
Hastaya güven verme	5.19±1.14	1 – 6	4.92±1.08	3 – 6
Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme	5.20±1.05	1 – 6	5.42±0.79	4 – 6
Araç-gereci beceriyle kullanma	5.28±1.03	1 – 6	5.58±0.67	4 – 6
Hastaya ait bilgileri gizli tutma	5.00±1.39	1 – 6	5.83±0.58	4 – 6
Bilgi-Beceri Boyutu	5.03±0.96	1.20 – 6	5.45±0.75	3.60 – 6
Hastayı dikkatle dinleme	5.24±1.00	1 – 6	5.08±0.79	4 – 6
Hastaya bir birey olarak davranma	5.22±1.00	1 – 6	5.25±0.97	3 – 6
Hastaya destek olma	5.11±1.08	1 – 6	4.67±0.89	3 – 6
Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma	4.99±1.17	1 – 6	5.00±0.85	4 – 6
Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme	5.12±1.19	1 – 6	4.92±1.16	3 – 6
Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama	5.02±1.22	1 – 6	4.58±0.90	3 – 6
Saygılı Olma Boyutu	5.11±0.92	1.17 – 6	4.92±0.73	3.83 – 6
Hastayı eğitime ya da bilgilendirme	5.02±1.19	1 – 6	4.58±0.79	3 – 6
Hastaya zaman ayırma	5.06±1.07	1 – 6	4.75±0.97	3 – 6
Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma	5.07±1.11	1 – 6	4.67±1.07	3 – 6
Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma	5.19±1.04	1 – 6	4.67±1.56	1 – 6
Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama	5.08±1.17	1 – 6	4.58±1.51	1 – 6
Bağlılık Boyutu	5.08±0.92	1.20 – 6	4.65±1.01	2.80 – 6
Toplam Ölçek Puanı	5.12±0.87	1.29 – 6	5.06±0.72	3.54-5.96

Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam ölçek puanları incelendiğinde; hastaların BDÖ-24' ün alt boyut ve toplam puanları sırasıyla *güvence boyutu* 5.20±0.93, *bilgi ve beceri boyutu* 5.03±0.96, *saygılı olma boyutu* 5.11±0.92, *bağlılık boyutu* 5.08±0.92 ve *ölçek toplamı* 5.12±0.87, hemşirelerin alt boyut ve toplam puanları sırasıyla *güvence boyutu* 5.18±0.66, *bilgi ve beceri boyutu*

5.45±0.75, saygılı olma boyutu 4.92±0.73, bağlılık boyutu 4.65±1.01 ve ölçek toplamı 5.06±0.72 olarak bulundu.

Tablo 6.9. Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	Puanı
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
					5.06±0.72 (5.23)
Hasta (n=378)	5.20±0.93 (5.46)	5.03±0.96 (5.13)	5.12±0.92 (5.25)	5.08±0.92 (5.18)	
					5.06±0.72 (5.23)
Hemşire (n=12)	5.18±0.66 (5.31)	5.45±0.75 (5.72)	4.92±0.73 (4.92)	4.65±1.01 (4.80)	
Z değeri	0.776	1.411	1.171	1.719	0.720
p değeri	0.438	0.158	0.242	0.086	0.471

Z: Mann Whitney U Test değeri

Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; saygılı olma ve bağlılık alt boyutlarında hemşirelere göre hastaların, bilgi-beceri alt boyutunda ise hastalar göre hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte aralarında BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.10. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	Puanı
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın (n=161)	5.12±0.92	4.98±0.94	5.07±0.95	5.05±0.93	5.07±0.87
Erkek (n=217)	5.25±0.93	5.07±0.97	5.15±0.90	5.11±0.91	5.16±0.86
t değeri	-1.316	-0.926	-0.794	-0.549	-1.017
p değeri	0.189	0.355	0.428	0.583	0.310
(sd:376)					
Yaş Grubu					
18-29 yaş (n=43) ^a	5.31±0.88	5.10±0.90	5.08±0.96	5.07±0.94	5.16±0.82
30-39 yaş (n=49) ^b	5.20±0.98	5.05±1.09	5.07±1.05	5.02±1.07	5.10±0.99
40-49 yaş (n=46) ^c	5.11±1.09	4.82±1.05	5.03±1.03	4.95±1.09	4.99±1.01
50-59 yaş (n=74) ^d	5.29±0.84	5.31±0.71	5.33±0.71	5.33±0.66	5.31±0.66
≥ 60 yaş (n=165) ^e	5.15±0.92	4.95±0.99	5.06±0.92	5.03±0.91	5.06±0.87
F değeri	0.559	2.472	1.262	1.778	1.356
p değeri	0.692	0.044*	0.285	0.133	0.249
Anlamlı fark		c<d			
(Gruplar arası sd:4;Grup içi:372)					
Medeni Durum					
Evli (n=330)	5.18±0.94	5.01±0.98	5.11±0.93	5.09±0.94	5.11±0.89
Bekar (n=48)	5.29±0.80	5.17±0.82	5.16±0.84	5.05±0.79	5.18±0.70
t değeri	-0.724	-1.060	-0.331	0.237	-0.539
p değeri	0.470	0.290	0.740	0.813	0.590
(sd:376)					

t: Student t Test değeri

F: Oneway Anova Test değeri

*p<0,05

Çalışmaya alınan hastaların **cinsiyetlerine** göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Hastaların **yaş gruplarına** göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (F testi) ile karşılaştırıldığında grupların bilgi-beceri boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0.05), ancak toplam puanı, güvence, saygılı olma, bağlılık boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05). Bakım davranışları bilgi-beceri boyutunda anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında

olduğunu belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde, gruplar ikili karşılaştırıldı. Bilgi-beceri alt boyutunda 40-49 yař grubundaki bireylerin puan ortalamalarının 50-59 yař grubundakilerden anlamlı olarak daha dűřük olduğu ($p<0.05$), diğer ikili gruplar arasında fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Hastaların *medeni durumlarına* göre BD-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi=bağımsız örnekleme t testi) ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 6.11. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	Toplam Puanı
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eğitim Durumu					
Okur-yazar ve altı (n=84)	5.16±0.90	5.06±0.83	5.11±0.87	5.05±0.84	5.10±0.79
İlköğretim (n=183)	5.19±0.91	5.00±1.01	5.13±0.93	5.11±0.93	5.12±0.88
Lise (n=64)	5.13±1.09	5.04±1.04	4.99±1.06	4.97±1.04	5.05±1.02
Üniversite ve üstü (n=47)	5.38±0.77	5.11±0.89	5.24±0.75	5.20±0.83	5.25±0.69
F değeri	0.780	0.187	0.640	0.614	0.517
p değeri	0.506	0.905	0.590	0.606	0.671
(Gruplar arası sd:3; Grup içi:374)					
Çalışma Durumu					
Çalışıyor (n=109)	5.22±0.99	5.02±1.03	5.06±1.01	5.04±1.02	5.10±0.96
Çalışmıyor (n=269)	5.19±0.90	5.04±0.93	5.14±0.88	5.10±0.88	5.12±0.83
t değeri	0.337	-0.122	-0.704	-0.557	-0.219
p değeri	0.736	0.903	0.482	0.578	0.827
(sd:376)					
Mesleği					
Ev Hanımı (n=128)	5.13±0.92	5.02±0.97	5.07±0.97	5.03±0.96	5.07±0.89
İşçi (n=67)	5.31±0.97	5.13±0.99	5.13±0.97	5.05±0.99	5.17±0.92
Memur (n=17)	5.31±0.88	5.18±0.95	5.33±0.80	5.34±0.89	5.29±0.84
Emekli (n=121)	5.20±0.86	5.02±0.93	5.16±0.80	5.14±0.80	5.14±0.78
Diğer (n=45)	5.15±1.08	4.90±0.99	5.03±1.06	5.05±1.01	5.05±0.94
F değeri	0.505	0.462	0.489	0.581	0.427
p değeri	0.732	0.764	0.744	0.677	0.789
(Gruplar arası sd:4; Grup içi:373)					
Sosyal Güvence Durumu					
Var (n=364)	5.20±0.93	5.04±0.96	5.12±0.92	5.09±0.92	5.12±0.86
Yok (n=14)	5.11±0.90	4.87±1.01	5.02±1.06	4.89±1.02	4.99±0.92
t değeri	0.366	0.641	0.378	0.820	0.561
p değeri	0.714	0.522	0.706	0.412	0.575
(sd:376)					

t: Student t Test değeri

F: Oneway Anova Test değeri

Hastaların *eğitim durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında grupların grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların *çalışma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi=bağımsız örnekleme t testi) ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların *meslek durumlarına* göre BDÖ-24 al boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında grupların grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların *sosyal güvencelerinin* olup olmadığına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi=bağımsız örnekleme t testi) ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 6.12. Hastaların Acil Servise Başvurma Öyküleri, Acil Serviste Kalış Süreleri ve Acil servisten Ayrılma Durumlarına Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Öyküsü	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24	Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	Puanı	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS
Acil servise başvurma öyküsü						
Evet (n=330)	5.22±0.89	5.05±0.96	5.13±0.91	5.09±0.90		5.13±0.85
Hayır (n=48)	5.01±1.11	4.93±0.98	5.02±1.00	5.07±1.07		5.01±0.97
t değeri	1.532	0.770	0.759	0.103		0.949
p değeri	0.126	0.442	0.448	0.918		0.343
<i>(sd:376)</i>						
Acil Serviste Kalış Süresi; (Medyan)						
≤ 1 saat (n=38)	4.99±1.00 (5.09)	4.88±1.11 (5.05)	5.01±1.03 (5.07)	4.94±1.01 (5.05)	4.96±0.98	(5.08)
1-2 Saat (n=42)	5.32±1.11 (5.90)	5.19±0.99 (5.64)	5.27±1.04 (5.72)	5.18±1.08 (5.64)	5.25±1.02	(5.76)
2-3 Saat (n=47)	5.30±0.71 (5.31)	5.00±0.99 (5.18)	5.11±0.89 (5.13)	5.16±0.77 (5.16)	5.16±0.78	(5.04)
3-6 Saat (n=133)	5.20±0.94 (5.52)	5.08±0.90 (5.15)	5.17±0.85 (5.27)	5.12±0.90 (5.22)	5.15±0.82	(5.29)
6-12 Saat (n=96)	5.21±0.90 (5.50)	5.05±0.97 (5.16)	5.09±0.92 (5.28)	5.04±0.93 (5.15)	5.11±0.86	(5.29)
12-18 Saat (n=8)	5.19±0.65 (5.12)	4.53±0.73 (4.47)	5.04±0.71 (5.05)	5.13±0.82 (5.40)	5.00±0.60	(5.02)
18-24Saat (n=14)	4.85±0.95 (4.90)	4.84±1.04 (5.00)	4.67±1.07 (4.72)	4.80±0.89 (4.87)	4.79±0.91	(4.97)
KW değeri	7.945	6.243	6.075	5.106	6.691	
p değeri	0.242	0.397	0.415	0.530	0.350	
(Gruplar arası sd:6)						
Acil Servisten Ayrılma Şekli						
Servise Yatış (n=292)	5.21±0.90	5.03±0.97	5.10±0.94	5.06±0.94		5.11±0.87
Ameliyat (n=55)	5.20±1.08	5.11±0.98	5.21±0.90	5.17±0.91		5.18±0.90
Yoğun Bakım Ünitesi (n=27)	5.05±0.89	4.98±0.89	5.11±0.77	5.21±0.72		5.08±0.79
F değeri	0.383	0.221	0.323	0.581		0.149
p değeri	0.682	0.802	0.724	0.560		0.861
(Gruplar arası sd:2; Grup içi:371)						
Serviste verilen hemşirelik bakımının yeterli olma durumu; (Medyan)						
Çok Yeterli (n=112)^a	5.53±0.70 (5.90)	5.34±0.80 (5.68)	5.50±0.67 (5.84)	5.48±0.69 (5.80)	5.47±0.63	(5.72)
Yeterli (n=242)^b	5.15±0.90 (5.24)	4.99±0.91 (5.07)	5.05±0.89 (5.12)	5.02±0.88 (5.11)	5.07±0.83	(5.12)
Kısmen Yeterli (n=12)^c	3.99±1.27 (4.00)	4.00±1.39 (4.40)	4.07±1.20 (3.87)	3.92±1.15 (3.70)	3.99±1.07	(3.75)
Yetersiz (n=12)^d	4.23±1.16 (4.37)	3.95±1.28 (3.93)	3.83±1.06 (3.94)	3.85±1.01 (4.10)	3.99±1.06	(4.17)
KW değeri	40.687	32.574	51.854	55.087	51.443	
p değeri	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	
	a>b	a>b	a>b	a>b	a>b	
	a>c	a>c	a>c	a>c	a>c	
Anlamlı fark	a>d	a>d	a>d	a>d	a>d	
	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	
	b>d	b>d	b>d	b>d	b>d	
Gruplar arası sd:3						

t: Student t Test değeri

F: Oneway Anova Test değeri

KW: Kruskal Wallis Test

**p<0.01

Hastaların *daha önce herhangi bir acil servise başvurma öyküsüne* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların *çalışmanın yapıldığı zaman diliminde acil serviste kalış süresine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların *acil servisten ayrılma şekillerine* göre BDÖ-24 al boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında grupların grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların *hemşirelik bakımını yeterli bulma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında, serviste verilen hemşirelik bakımını çok yeterli bulan hastaların, alt boyut ve toplam ölçek puanlarının hemşirelik bakımını yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz bulan hastalardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.001$).

Tablo 6.13. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	Puanı
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın (n=10)	5.11±0.67	5.50±0.73	4.92±0.63	4.68±0.93	5.05±0.69
Erkek (n=2)	5.50±0.71	5.20±1.13	4.92±1.53	4.50±1.84	5.08±1.24
Yaş Grubu					
18-29 yaş (n=10)	5.31±0.53	5.64±0.51	5.07±0.69	4.86±0.90	5.23±0.59
30-39 yaş (n=2)	4.50±1.06	4.50±1.27	4.17±0.47	3.60±1.13	4.23±0.97
Medeni Durum; (Medyan)					
Evli (n=8)	5.05±0.76 (5.25)	5.43±0.80 (5.67)	4.88±0.71 (4.78)	4.55±0.97 (4.60)	4.98±0.76 (5.04)
Bekar (n=4)	5.44±0.33 (5.50)	5.50±0.74 (5.80)	5.00±0.89 (5.08)	4.85±1.20 (5.10)	5.22±0.72 (5.37)
Z değeri	0.854	0.087	0.515	0.597	0.679
p değeri	0.393	0.930	0.607	0.551	0.497
Eğitim Durumu					
SML (n=1)	5.25±0.00	6.00±0.00	5.00±0.00	5.00±0.00	5.29±0.00
Önlisans (n=2)	4.56±1.15	4.50±1.27	4.42±0.82	3.80±1.41	4.35±1.15
Lisans (n=8)	5.25±0.57	5.55±0.54	4.90±0.71	4.65±0.91	5.10±0.61
Lisans Üstü (n=1)	5.75±0.00	6.00±0.00	6.00±0.00	6.00±0.00	5.92±0.00

Z: Mann Whitney U Test değeri

Acil serviste çalışan hemşirelerin *cinsiyetine, yaş gruplarına, eğitim düzeylerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 13'te görülmektedir. Kişi sayıları yetersiz olduğundan karşılaştırma yapılamamıştır.

Hemşirelerin *medeni durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, bekar ve evli olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 13) ($p>0.05$).

Tablo 6.14. Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarına Göre BDÖ-24 Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam Puanı
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Meslekte Çalışma Süresi; (Medyan)					
1-5 yıl (n=4)	5.44±0.53 (5.50)	5.70±0.35 (5.80)	5.21±0.57 (5.08)	5.00±0.78 (5.10)	5.34±0.53 (5.37)
6-10 yıl (n=8)	5.05±0.71 (5.25)	5.33±0.88 (5.60)	4.77±0.80 (4.75)	4.48±1.11 (4.60)	4.92±0.80 (5.04)
Z değeri	0.939	0.262	1.116	0.682	1.189
p değeri	0.348	0.794	0.265	0.495	0.234
Acil Serviste Çalışma Süresi; (Medyan)					
1-5 yıl(n=7)	5.46±0.45 (5.62)	5.60±0.60 (5.80)	5.19±0.78 (5.17)	4.97±1.04 (5.40)	5.32±0.66 (5.42)
6-10 yıl (n=5)	4.78±0.73 (5.25)	5.24±0.95 (5.40)	4.53±0.49 (4.50)	4.20±0.87 (4.40)	4.69±0.70 (4.92)
Z değeri	1.796	0.834	1.641	1.385	1.705
p değeri	0.073	0.404	0.101	0.166	0.088
Hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumu; (Medyan)					
Evet (n=8)	5.08±0.70 (5.31)	5.48±0.79 (5.80)	4.85±0.65 (5.00)	4.65±0.96 (4.80)	5.02±0.72 (5.23)
Hayır (n=4)	5.38±0.60 (5.37)	5.40±0.77 (5.60)	5.04±0.98 (5,17)	4.65±1.26 (4.80)	5.15±0.84 (5.21)
Z değeri	0.598	0.000	0.343	0.085	0.340
p değeri	0.550	1.000	0.731	0.932	0.734
Acilde isteyerek çalışma durumu; (Medyan)					
Evet (n=7)	5.25±0.70 (5.37)	5.51±0.87 (5.80)	5.02±0.72 (5.00)	4.86±1.05 (5.00)	5.17±0.79 (5.33)
Hayır (n=5)	5.08±0.66 (5.00)	5.36±0.62 (5.40)	4.77±0.81 (4.67)	4.36±0.98 (4.00)	4.91±0.68 (4.67)
Z değeri	0.653	0.918	0.739	0.978	0.893
p değeri	0.514	0.359	0.460	0.328	0.372
Şu anki pozisyon					
Servis Hemşiresi (n=11)	5.17±0.69	5.45±0.78	4,95±0,76	4,67±1,06	5,07±0,76
Sorumlu Hemşire (n=1)	5.25±0.00	5.40±0.00	4,50±0,00	4,40±0,00	4,92±0,00
Çalışma Şekli					
Gündüz (n=1)	5.25±0.00	5.40±0.00	4.50±0.00	4.40±0.00	4.92±0.00
Gündüz-Gece (n=11)	5.17±0.69	5.45±0.79	4.95±0.76	4.67±1.06	5.07±0.76
Haftalık Çalışma Saati					
40 Saat (n=2)	5.31±0.09	5.60±0.28	4.83±0.47	4.90±0.71	5.17±0.35
40 Saatten Fazla (n=10)	5.15±0.72	5.42±0.82	4.93±0.79	4.60±1.08	5.04±0.79
Hemşirelik Bakımının Yeterlilik Durumu					
Yeterli (n=3)	4.96±1.06	5.13±1.33	4.89±0.95	4.60±1.56	4.90±1.19
Kısmen Yeterli (n=9)	5.25±0.53	5.56±0.53	4.92±0.72	4.67±0.89	5.11±0.59

Z: Mann Whitney U Test değeri

Hemşirelerin *meslekte çalışma sürelerine, acil serviste çalışma sürelerine, hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumuna, acil serviste isteyerek çalışma durumuna* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 14) ($p>0.05$).

Hemşirelerin *şu anki çalışma pozisyonlarına, çalışma şekillerine, haftalık çalışma saatlerine, çalıştığı serviste verilen hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 14’de görülmektedir. Çalışma pozisyonları arasında kişi sayısı yetersiz olduğundan dolayı karşılaştırma yapılamamıştır.

7. TARTIŞMA

Sağlıkla ilgili bilgi ve teknolojideki gelişmeler, bireylerin sağlık bakımına ilişkin beklenti ve görüşlerinin değişmesi, bakımlarında daha aktif konuma gelmeleri ve sağlık sektöründe maliyetin ve rekabetin artması gibi nedenler, daha nitelikli sağlık bakımı verilmesini gündeme getirmiştir. Acil servise başvuran hastalar da diğer tüm hastalar gibi öncelikle kaliteli bir hizmet beklemektedir. Kaliteli hizmet ise hızlı ve doğru müdahalenin yanı sıra, hastaların istek ve beklentilerini karşılayan tedavi ve bakımın yapılmasıyla mümkün olabilir (Aydın ve ark 2010). Sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların bakım davranışlarını pozitif yönde değerlendirmesi, hizmet niteliğinin önemli göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir (Şahbaz Karagün 2006, Zaim ve Ark 2010). Hastaların bakım davranışlarının değerlendirmesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi; hastane yöneticilerine hizmet niteliğini ölçebilmeleri ve arttırabilmeleri için, gerekli olan veri kaynağını sağlar. Hizmet niteliğinde artış ise, daha yüksek verimlilik ve kazanç, daha az tıbbi hata (malpractice) ve hastaların isteyerek tekrar aynı kurumu seçme oranında artış anlamına gelir (Şahbaz Karagün 2006).

Bu çalışmada elde edilen bilgiler doğrultusunda, hastanın ve hemşiresinin, hemşirelik bakım davranışının değerlendirilmesini etkileyen faktörlere yönelik, demografik özelliklerinin **hastalara yönelik olarak**; yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, mesleği, daha önce herhangi bir acil servise başvurma durumu, acil servise geliş ve ayrılış zamanı, acil servisten ayrılış şekli ve acil servisteki hemşirelik süreci uygulamalarına ilişkin değerlendirmelerini belirlemeye yönelik sorular, **hemşirelere yönelik olarak**; yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, acil servisteki çalışma yılı, çalışma koşulları ve hemşiresinin kaliteli bakımını etkileyen faktörleri değerlendirmeye yönelik sorular, **acil servisteki hemşirelik bakımını değerlendirmeye yönelik**; BDÖ-24 bakım davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda daha kaliteli hemşirelik bakımı verebilmek ve kaynak oluşturmak için araştırmadan elde edilen bulgular, üç ana başlık altında incelendi.

7.1. Hasta ve Hemşirenin Sosyo-demografik Özellikleri

Hasta ve hemşirelerin acil servisteki hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirmesinin yapıldığı bu çalışmaya 373 hasta ve 12 hemşire katıldı. Hastalara ait sosyo-demografik özellikler incelendiğinde, hastaların %57.4'ünün erkek, büyük bir çoğunluğunun (%43.8) 60 yaş ve üstü olduğu görüldü (Tablo 1).

Cinsiyete göre acil servise başvuran hastaların çoğunluğunun bazı çalışmalarda kadın (Kılıçaslan ve ark 2005, Yağcı ve ark 2006, Al ve ark 2009, Wright et al 2013) bazı çalışmalarda da erkek olduğu bildirilmektedir (Algier ve ark 2005, Hayes et al 2007). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS)' (2010) nin 2010'da yayınladığı raporda; acil servise başvuranların büyük bir çoğunluğunu genç erişkin ve orta yaş grubu hastaların oluşturduğunu bildirilmiştir.

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun (%57.4) erkek ve (%43.8) 60 yaş ve üstü hastalardan oluştuğu görüldü. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastaların, acil olan durumlarda daha çok tıbbi yardım istediği ve yaşın ilerlemesi ile beraber sağlık sorunlarının daha çok artmasının bir sonucu olarak açıklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelik bakımının değerlendirilmesine ilişkin veriler incelendiğinde hastaların % 87.3'ünün evli olduğu bulundu (Tablo 1). Araştırmamız literatürde hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Wu et al 2006, Rafii et al 2007, Görgülü ve ark 2010, Çelikalp ve ark 2011).

Çalışmamızda hemşirelik bakımının değerlendirilmesine ilişkin diğer sosyo-demografik veriler incelendiğinde % 48.4'ünün ilk öğretim mezunu olduğu görüldü. Literatürde hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların bazılarında benzer sonuçlar elde edildiği (Konca ve ark 2006, Önsöz ve ark 2008, Görgülü ve ark 2010, Çelikalp ve ark 2011), bazılarında eğitim düzeyinin yüksek öğrenim olduğu görüldü (Algier ve ark 2005, Utlu Tan 2006). Çalışmamızda elde edilen sonuçların nedeni araştırmanın yapıldığı

yerin sanayi bölgesi olması ve katılanların çoğunluğunun işçi olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda hemşirelik bakımının değerlendirmesine ilişkin veriler incelendiğinde %96.3'ünün sağlık güvencesi bulunduğu belirlendi (Tablo 1). Literatürdeki benzer çalışmaların bizim çalışmamızı desteklediği (Wu et al 2006, Karagül Şahbaz 2006, Konca ve ark 2006, Rafii et al 2007, Önsöz ve ark 2008, Görgülü ve ark 2010, Çelikalp ve ark 2011) ve bu durumun ülkemizde her vatandaşın Sosyal Güvenlik kapsamında yer almasının bir sonucu olarak değerlendirildi.

Çalışmamızda hemşirelerin %83.3'ünün yaş ortalamasının 26-29 yaş arasında olduğu görüldü. Bulgumuza benzer şekilde Burtson ve ark (2010) çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 22, Algier ve ark (2005) çalışmasında, araştırmaya katılan hemşirelerin %64.2'sinin yaş ortalaması 20-24 arasında olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin %66.7'sinin lisans mezunu, %66.7'sinin meslekte çalışma süresinin 6-10 yıl arasında olması, %66.7'sinin mesleği isteyerek yapması, %58.3'ünün acil serviste isteyerek çalıştığının görülmesi bakım kalitesine olumlu etkisi olabilecek faktörler olarak değerlendirildi (Tablo 5, 6).

7.2. Hasta ve Hemşirenin BDÖ-24'ün Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada çarpıcı bir bulgu olarak hastaların acil serviste verilen hemşirelik bakımını en düşük ($5,03 \pm 0,96$) bilgi ve beceri, en yüksek ise ($5,20 \pm 0,93$) güvence alt boyutu açısından değerlendirirken, hemşirelerin ise en yüksek ($5,45 \pm 0,75$) bilgi-beceri, en düşük ($4,65 \pm 1,01$) bağıllık alt boyutu açısından değerlendirdikleri görüldü (Tablo 9). Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında saygılı olma ve bağıllık alt boyutlarında hemşirelere göre hastaların, bilgi-beceri alt boyutunda ise hastalara göre hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte aralarında BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Kurşun (2010) yaptığı çalışmada ise hastalarda BDÖ-24'ün en düşük bağılılık boyutu (4.59 ± 1.24), en yüksek beceri boyutu (5.30 ± 0.87), hemşirelerin en düşük bağılılık boyutu (4.79 ± 0.77), en yüksek beceri boyutu (5.49 ± 0.55) olarak bulmuştur. Çalışmamızda hemşirelerin hastalara verdikleri hemşirelik bakımında mesleki bilgi ve becerilerini yeteri düzeyde uygulamadıkları buna karşın hastaların verilen hemşirelik bakımından hemşirelere olan güveninin etkilenmediği görüldü.

7.3. Hasta ve Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile BDÖ-24 Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleriyle Hemşirelik BDÖ-24'ün Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım, memnuniyet, kalite ve hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda, sosyodemografik değişkenler ile ilgili çelişkili sonuçlar elde edilmiş (Fox et al 1981) ve hastaların algı ve beklentilerinin sosyodemografik ve kişilik özelliklerine göre sistematik olarak değişebildiği vurgulanmıştır (Rosenthal et al 1997). “Herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ve olacağına inanmak” olarak tanımlanan beklenti, cinsiyete özgü olabilir ve genel olarak hasta bakım davranışlarının değerlendirmesi de beklentilerle yakından ilişkilidir (Utlı Tan 2006). Bununla birlikte çalışmamızda hastaların *cinsiyetlerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0.05$) görüldü (Tablo 10). Crowve ark (2002) sağlık bakımı ile ilgili araştırmaları değerlendirdiği literatür taramasında, toplam 39 araştırma incelemeye almış, bu çalışmaların 6 tanesinde kadınların, 7 tanesinde ise erkeklerin verilen bakımdan çok memnun olduklarını belirtmiştir. Geri kalan 26 çalışmada cinsiyetin anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Aragon ve ark (2003) da acil servis hastaları arasında cinsiyet farklılıklarının memnuniyetle ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Cinsiyete göre verilen bakımdan memnuniyetin incelendiği pek çok çalışmada da benzer tartışmalı sonuçlar

bildirilmektedir (Önsöz ve ark 2008, Rafii at al 2006, Dölek ve ark 2005, Algier ve ark 2005)

Çalışma bulgularımıza benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çok çalışmada, cinsiyetin hemşirelik bakım davranışı algısı, memnuniyet ve bakım davranışlarının değerlendirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bildirilmektedir (Uzun 2003, Karaman-Özlü 2006, Utlü-Tan 2006, Konca ve ark 2006, İpek Çoban 2006, Karadağ 2007, Al ve ark 2009, Aydın ve ark 2010). Bu durum, toplumlar arasında hatta toplumların kendi içerisinde dahi kültürel farklılıkların olmasının ve cinsiyetin hastaların, hemşirelik bakım davranış algısını ve beklentilerini değiştirmedeğinin bir sonucu olarak açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların **yaş gruplarına** göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, grupların bilgi-beceri boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), ancak toplam puan, güvence, saygılı olma ve bağlılık alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bilgi-beceri alt boyutunda 40-49 yaş grubundaki bireylerin puan ortalamalarının 50-59 yaş grubundakilerden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0.05$), diğer yaş grupları arasında fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (Ek 10). Çoban'ın (2006) cerrahi ve dahiliye kliniklerinde toplam 150 hasta üzerinde, hemşirelik bakım algılayışı ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması üzerine yaptığı çalışmada, yaş guruplarına göre bakım davranışları algısı üzerinde istatistiksel anlamda bir fark olmadığı, bunun sebebini ise hastaların her yaş grubunda hemşirelik bakımından beklentilerinin yüksek olabileceğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Kurşun'un (2010) yaptığı çalışmada, 18-39 yaş grubundaki hastaların BDÖ-24'ün alt boyutlarından güvence, bilgi-beceri ve bağlılık alt boyutları ile toplam ölçek puanı, diğer yaş gruplarından daha düşük bulmuştur. Bu yaş grubundaki hastaların bakım kalitesini algılama düzeylerinin daha düşük olduğunu vurgulamıştır. Kıdak ve ark (2008) yaşlı hastaların genç hastalara göre, hasta kabul ve genel memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu, fakat servise ait memnuniyet düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu saptamıştır. Utlü Tan (2006) 191 cerrahi hasta ile memnuniyet üzerine yaptığı çalışmada, yaş grupları ile memnuniyet

düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına karşın, en yüksek memnuniyetin 40-59 yaş aralığında olduğu, buna karşın yaş ilerledikçe hemşirelik bakım memnuniyetinin azaldığını belirtmiştir. Önsöz ve ark (2008) bir üniversite hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirtmek için yaptıkları çalışmada, katılımcıların yaşlarının genel memnuniyet üzerine etkisi değerlendirildiğinde, hastaların genel olarak hastaneden memnun olduğunu belirten grubun yaş ortalamasını, memnun olmayan gruptan daha yüksek olduğunu görmüştür. Hastaların yaşları ile genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur ($p=0.038$). Çil Eyi (2012) 2012 de yaptığı çalışmada, ileri yaşlardaki hastalarda verilen hemşirelik bakımından duyulan memnuniyetin daha yüksek olduğunu bulduklarını belirtmiştir. Bununla birlikte Baldursdottir ve ark (2002) yaptığı çalışmada ise yaşlı hastaların daha kırılgan olduklarını ve daha fazla ilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Çalışmamızda diğer çalışmalarda olduğu gibi yaşın hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirmesini etkilemediğinin görülmesi hastaların her yaş grubunda hemşirelik bakımından beklentilerinin benzer olmasından kaynaklandığını göstermektedir (Tablo 10).

Çalışmamızda hastaların *medeni durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0.05$) (Tablo 10). Yapılan çalışmalarda hastaların medeni durumlarına göre hemşirelik bakımından memnuniyetleri açısından tartışmalı sonuçlar bildirilmektedir (Çoban 2006, Leio-Kilpi et al 1998, Aksakal ve ark 2008). Çil Eyi (2012), Utlu Tan (2006), Al ve Ark (2009), Önsöz ve ark (2008) hemşirelik bakım memnuniyetini değerlendirmek üzerine yaptıkları çalışmalarda, hastaların medeni durumu ile memnuniyet arasında istatistiksel anlamda bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda hastaların medeni durumunun hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirmesini etkilemediği belirlendi. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların *eğitim durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında grupların grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 11), hastaların eğitim düzeyinin

hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirmesini etkilemediği saptandı. Utlı Tan (2006) çalışmasında, hastaların %39,8'inin eğitim düzeyi yüksek öğrenim olmakla birlikte, çalışma bulgularımıza benzer şekilde eğitim düzeyinin bakım davranışlarını değerlendirme algısı üzerine etkisi olmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte Algier ve Ark (2005), Çoban ve ark (2006), Kıdak ve ark (2008) üzerine yaptıkları çalışmalarda, eğitim düzeyinin bakım davranışlarının değerlendirmesi üzerinde etkisi olduğunu, yüksek öğrenim mezunu olan hastaların diğer hastalara oranla hemşirelik bakımından daha az düzeyde memnun olduklarını görmüşlerdir. Konca ve ark (2006) 100 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada çalışmaya katılanların çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu, eğitimin memnuniyet algısı etkilemediğini belirtmiştir. Önsöz ve ark (2008) hastaların eğitim durumlarının genel memnuniyet üzerine etkisini inceledikleri araştırmada, memnuniyet düzeyi en yüksek olan grubun okur yazar olmayan grup (%83.3) olduğunu bulmuştur. Ancak araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri ile genel memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Crow ve ark (2002) memnuniyetle ilgili 61 araştırmanın değerlendirildiği sistematik inceleme çalışmasında, incelenen 39 çalışmada eğitim düzeyinin memnuniyet üzerinde etkili olduğu, 15 çalışmada etkili olmadığı belirtmiştir.

Araştırmamızda, çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%48.4) ilk okul mezunu olması ve eğitim düzeyinin bakım davranışları değerlendirmesi üzerine etkisinin olmaması verilen bakımdan beklentileri ve verilen hemşirelik bakımının kalitesi ile ilişkisi olduğu, eğitim düzeyinin değişmesinin bakım davranış değerlendirmesini değiştirmediği söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların *sosyal güvencesinin* olup olmadığına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 11). Thompson ve ark (1996), Kıdak ve ark (2008), Al ve Ark (2009), yaptıkları çalışmada, hastaların sosyal güvencesinin olmasının genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu, sosyal güvencesi olan hastaların bakımdan daha çok memnun olduklarını bulmuştur. Bununla birlikte Önsöz ve ark

(2008), Çelikkalp ve ark (2011), Çil Eyi (2012) yaptıkları çalışmada, sosyal güvence ile memnuniyet algısı üzerinde anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda hastaların sosyal güvencesinin olmasının hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirmesini etkilemediği görüldü. Çalışmamızın yapıldığı ilin daha çok sanayi bölgesi olması, halkın büyük bir çoğunluğunun sanayi sektörü gibi benzer iş kollarında çalışması, bunun beraberinde nüfusun çoğunluğunun benzer sosyal güvenceye sahip olması, sağlık kurumları işletmeciliğinin yeni yönetmelikleri gereği sosyal güvencesinin ne olduğu ya da varlığı, yokluğu farketmeksizin herkesin acil müdahale hallerinden eşit oranda yararlanabiliyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların acil servislerde uzun süre beklemelelerinin, en önemli nedeni birçok çalışmada gösterildiği gibi hastaneye yatış probleminden kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle yatış gerektiren hastaların acil serviste uzun süre kalmalarının acil servis yoğunluğunu artırdığını göstermiştir (Önsöz ve ark 2008). Çalışmamızda, hastaların geçmiş **acil servise başvuru öyküleri, acil serviste kalış süreleri ve acil servisten ayrılış şekilleri** incelendiğinde; %87.3'ünün (n=330) daha önce başka acil servise gittiği, %35.2'sinin acil serviste 3-6 saat kaldığı, %79.2'sinin servise yattığı belirlendi (Tablo 12) . Ancak bu süre hastanın klinik durumuna bağlı olarak istenecek tetkik, konsültasyon ve yatış kararı alınan hastalar için ilgili servislerde yatak bulunabilmesi gibi nedenlerle uzayabilmektedir. Kılıçaslan ve ark (2005) 2002 yılında yaptıkları çalışmada, hastaların acil serviste ortalama kalış süresinin 2 saat olduğunu, Şahbaz Karagünün (2006) bir üniversite hastanesinin acil anabilim dalında, acil birimine başvuran hastaların hoşnutluklarını değerlendirmek ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların %79,8'inin hastanenin aciline ilk kez başvurduğunu, hastaların acil biriminde toplam kalış süresi, 20-1200 dakika arasında, ortalama 195 dakika, Aydın ve ark (2010) 3000 hastanın katılımı ile bir üniversite hastanesinin acil servisinde yaptıkları çalışmada; hastaların kayıtlarının yapılmasından çıkışlarına kadar geçen ortalama kalış süresi 143.1 dakika olarak saptamıştır. Ancak yatış kararı alınan hastalarda bu süre 585.1 dakika olarak saptamışlardır. Finlandiya'da 1993 yılında 246 hasta üzerinde yapılan çalışmada, bazı hastaların uzun bekleme zamanından şikayetçi

olmamasına karşın bazı hastaların ise çok kısa bekleme süresinden dahi şikayetçi olduğu bildirilmiştir (Leinonen et al 1996). Bulut (2006) ise 300 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, hastanede kalış süresi uzayan hastaların memnuniyet algısı üzerinde olumsuz etkisi olduğunu, uzun süre kalan hastaların kısa süre kalan hastalara göre daha az memnun olduklarını belirtmiştir. Muntlin ve ark (2006) İsviçre’de bir üniversite hastanesinin acil servisinde toplam 200 olan 3 farklı grup hastada yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılanların acil serviste 0-6 saat kaldığını, bekleme süresinin artmasının bakım davranış algısını negatif yönde etkilediğini vurgulamıştır. Liu ve ark (2010) 2007 yılında dört ayrı acil serviste 1347 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, bekleme sürelerinin artması ile tüm merkezlerde hasta memnuniyetinin olumsuz etkilendiği bildirmiştir. Görüldüğü gibi acil serviste kalış süresi uzadıkça hasta memnuniyeti azalmaktadır (Al ve ark 2009, Yıldırım ve ark 2005, Wright et al 2013). Bununla birlikte çalışmamızda olduğu gibi acil serviste kalış süresi ile bakımdan memnuniyet arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalar da söz konusudur (Gültekin Akkaya 2012, Önsöz ve ark 2008, Algier ve ark 2005) (Tablo 13). Çalışmamızda acil serviste hastaların ortalama kalış süresinin ülkemizdeki diğer hastanelere oranla daha kısa oluşu, sağlık bakanlığının ve hastanenin yönetmeliği ile acil servis sorumlu hekimine, hastanedeki herhangi bir boş yatağa hasta yatırabilme yetkisi verilmiş olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ayrıca hastaların acil serviste uzun süre beklemek zorunda kalmamaları, bekleyen hastaların bekleme süresi boyunca istek ve beklentilerinin çoğunlukla karşılanıyor olduğunu düşündürmektedir.

Hasta beklentileri hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlerine bağlı olarak değişir (Utlı Tan 2006). Daha önce hastanede yatma deneyimi, hastaya sunulan sağlık hizmetini karşılaştırmasına olanak tanımakta ve hasta memnuniyetini ölçmede önemli olduğu ifade edilmektedir (Konca ve ark 2006). Çalışmamızda hastaların *daha önce herhangi bir acil servise başvurmasına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 12). Rafei ve ark (2006) yaptıkları çalışmada son 5 yıl içerisinde hastaneye başvuran hastaların hemşirelik bakımını yeterli buldukları saptanmıştır. Bunun

nedenini de hastaların hastanede geçirdikleri sürede, hemşireler ile olan iletişim sürelerinin artması ve hemşirelerin bakım davranışlarını inceleyecek fırsat bulmaları olarak belirtmişlerdir. Konca ve ark (2006), Utlu Tan (2006), Çelikalp ve ark (2011) çalışmalarında daha önce hastaneye yatma deneyimi ile hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını. Çil Eyi (2012) ise yaptığı çalışmada, daha önce hastane deneyimi olan hastalarda verilen bakımdan duyulan memnuniyeti yüksek bulmuştur. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar deneyimin hastaların bakım davranışlarını değerlendirmesi üzerinde herhangi bir yönde etkisinin olmadığını, şuandaki durumu bağımsız değerlendirdiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların *hemşirelik bakımını yeterli bulma* durumlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, serviste verilen hemşirelik bakımını çok yeterli bulan hastaların, alt boyut ve toplam ölçek puanlarının yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz bulan hastalardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo 12). Aksakal ve ark (2008) 2008' de yaptıkları çalışmada, hastaların %33'nün hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. Hastaların servisin tanıtımı, hemşirenin ilgi ve yaklaşımı, hemşirelerin hastaları bilgilendirmesi ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili konulardan memnun olmadıkları, ancak bakımda sürekliliğin sağlanması, hemşirelere güven duyma ve hemşirelerin yakınları yaklaşımlarından memnun olduklarını saptanmıştır. Bulut (2006) acil serviste hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, araştırma kapsamına alınan hastaların acil servis hizmetinden memnun kalma düzeylerine baktığında, hastaların %77.4'ünün memnun kaldığı, %12.3'ünün memnun kalmadığı, %4'ünün kısmen memnun kaldığı ve %6.3'ünün ise çok memnun kaldığını belirtmiştir. Hastalar memnuniyetsizliklerinin nedenini “uzun süre bekledim, hiçbir açıklama yapılmadı” şeklinde belirtmişlerdir. Boudreaux ve ark (2003) yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastaya gösterdiği ilgi ve nezaketten hoşnutluk oranı %70.6, hemşirelerin hastayı durumu ve tedavisi ile ilgili bilgilendirmesinden hoşnutluk oranı %67.9 ve hemşirelerin hastaları kontrol etme sıklığından hoşnutluk oranı %58.8 olarak saptamıştır. Cluckey ve ark (2009) 2009 yılında 10 travma hastası ve yakınları ile yaptıkları çalışmada, memnuniyet düzeyi

ile ilgili en önemli faktörün hastayı veya hasta yakınlarını hastanın durumu hakkında bilgilendirmek olduğunu belirtmiştir. Verilen bakımın, hastanın ve yakınlarının anlayacağı dil ile uygun bir şekilde anlatılmasının, ayrıca hemşirelerin bilgi-beceri düzeylerinin hastalar tarafından yüksek bir şekilde algılanmasına neden olduğu da belirtilmiştir.

Al ve Ark (2009) 5504 hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların %70.2'si memnun olmadığını, acil servisteki hasta bakımından memnuniyetsizliklerinin değerlendirmesinde hastaların %2.2'sinin hemşire/doktorların ilgisizliğinden, %1.3'ünün hemşire/doktorların sinirliliğinden, %2.6'sının tedavi edilmeden gönderilmelerinden, %3.3'ünün yapılan işlemlerin hızının yavaş olmasından, %1.4'ünün çalışanların mesleki bilgisine güvenmemelerinden, %1'inin malzeme yetersizliğinden, %7'sinin bekleme süresinin uzun olmasından, %6.2'sinin personel azlığından, %5.2'sinin hizmetin pahalı olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Bruce ve ark (1998) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin hastalara göstermiş olduğu ilgi ve nezaketten hoşnutluk oranını %75, hastaları durumları hakkında bilgilendirmelerinden hoşnutluk oranı %71.4, herhangi bir durumda hemşirelere ulaşabilme kolaylığından hoşnutluk %59.3 olarak bulmuştur.

Önsöz ve ark (2008) 135 hasta üzerinde yaptığı araştırmada, araştırmaya katılanların % 64.5' inin hastaneden genel olarak memnun olduğunu, % 35.5' inin ise memnun olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların, hastane personelinin davranışlarından memnun olma durumlarının genel memnuniyet üzerine etkisi değerlendirildiğinde ise, hastaların genel memnuniyet düzeyleri ile hastane personelinin davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hemşireler ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan davranışlar; tıbbi bilgi ve beceri, hastaya karşı nezaket ve güleryüzlülüğü, hastaya saygılı tutumu, hastayı bilgilendirmeleri olarak belirlenmiştir.

Şahbaz Karagün (2006) bir üniversite hastanesinin acil anabilim dalında, acil birimine başvuran hastaların hoşnutluklarını değerlendirmek ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hastaların acil

birimindeki hemşirelerden hoşnutluk oranları değerlendirildiğinde; acil birimindeki hemşirelerden genel hoşnutluk oranı %79.1, hemşirelerin hastalara karşı olan ilgi ve nezaketinden hoşnutluk oranı %78.6, hasta yakınlarına karşı olan ilgi ve nezaketinden hoşnutluk oranı %75.3, hemşirelerin hastalara uygulanan tedavi ve durumları hakkında hastaları bilgilendirmelerinden hoşnutluk oranı %77.2, hasta yakınlarını bilgilendirmelerinden hoşnutluk oranı %74.5, hastaların ilk muayeneden sonra herhangi bir durum için hemşirelere ulaşabilme kolaylığından hoşnutluk oranı %67.1 ve hastaların hemşirelerin kendilerini kontrol etme sıklığından hoşnutluk oranı %68.6 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda acil serviste verilen hemşirelik bakımı yeterli bulunma durumu ve bakımın yeterli olmama nedenleri incelendiğinde; %64'ünün bakımı yeterli buldukları belirlendi. Bakım kalitesinin yetersiz ya da kısmen yeterli olma nedenleri sorulduğunda, hastaların %6.3'ü hemşirelerin bakım vermek istemediklerini, %18.8'i hemşire sayısının yetersiz olduğunu, %25'inin hasta sayısının fazla olduğunu, %43.8'i hemşirelerin zamanının olmadığını ve %6.3'ünün hemşirelerde deneyim eksikliği ve ilgisizlik olduğunu ifade ettiklerini, acil serviste verilen hemşirelik bakımından memnun olma durumu incelendiğinde; hastaların %62.4'ünün memnun olduğu saptandı (Tablo 4). Çalışmamız önceki çalışma sonuçlarını doğrulamaktadır (Kurşun 2010). Hemşire sayısının yetersiz olması, çalışma sürelerinin ve vardiyaların yoğun olması, hasta sayısının fazla olması gibi tüm olumsuzluklara karşın bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarda olduğu gibi hasta ve hemşirelerin verilen bakımdan memnun kaldıkları görüldü (Kurşun 2010, Çelikalp ve ark 2011, Gülten Akkaya 2012). Hastaların bu yoğunluğun farkında olmaları ve hemşireleri anlayışla karşılamaları, hemşirelerin de bu yoğun çalışma koşullarını kabullenmiş olmaları ya da profesyonel hemşirelik mesleğinin gereği olarak hastalara sistemsel olumsuzlukları yansıtmamalarından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Hastalar acil servislere bakımlarının acil olduklarına inandıkları için başvururlar. Hemşirelerin buradaki sorumluluğu hastayı bilgilendirmek, hastanın güvenliğini sağlamak, tedavisini aldığından emin olmak ve hasta mahremiyetini korumaktır. Hemşireler bakımını üstlendikleri hastaların bireyselliğine ve eşsizliğine saygı

duyma sorumluluğundadır. Bu nedenle tedavi ve bakım süreci içerisinde karşılıklı olarak saygıyı korumak verilen hizmetin ve bakımın doğru olarak algılanmasında kilit role sahiptir (Acaroğlu 2007).

Araştırmamızda **BDÖ-24'ün alt boyutların karşılaştırmasına** bakıldığında güvence boyutu başlığı altında BDÖ'nün değerlendirilmesinde hastaların "enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme" puanı (4.49) ile diğer gruplardan hafifçe düşük olsa da gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 8).

Essen ve ark (2003) İsveç'te 2003 yılında 81 hasta ve 105 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin ve hastaların en çok önem verdiği bakım davranışlarını araştırmış, çalışmalarında hem hastaların hem de hemşirelerin ilk sıralarda güvence alt boyutuna önem verdikleri bulunmuştur.

Demirel ve ark (2009) 124 hasta ile algılanan hizmet kalitesi ile tedavi hizmetleri, tatmin ve tavsiye ve tercih etme durumu arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada, algılanan hizmet kalitesi ile tedavi hizmetleri, tatmin ve tavsiye ve tercih etme durumu arasında ilişki olduğunu bulmuştur. İleri derecede anlamlılık düzeyinde algılanan hizmet kalitesinin alt boyutları (tedavi hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve güven duyma, fiziksel ve koşullar) ile tatmin, tavsiye ve tercih etme durumu arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özellikle hemşirelik hizmetleri ve güven duyma ile tavsiye ve tercih etme arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Larson (1987) yaptığı çalışmada, hastaların hemşirelik bakım davranışının değerlendirilmesinde öncelik olarak bilgi ve beceri alt boyutuna önem verdiklerini bulmuştur. von Essen ve ark (2003) 1990 yılındaki çalışmasında hastaların en çok güvence alt boyutuna önem verdiklerini saptamıştır. Bu iki farklı çalışmada elde edilen ortak sonuç hemşirelerin en çok önem verdikleri davranışın güvence alt boyutu olmasıdır (Lansor 1987, von Essen et al 2003).

von Essen Israel (2003) 700 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin sağlık bakım sisteminde hemşirelik bakımının tıbbi araç ve gereçlerden daha önemli rolü olduğunu belirtmiştir. Hastalar ile hemşirelerin bakım algısının iyi olduğunu ve hastaların hemşirelere güvendiklerini belirterek bilgi ve beceri alt boyutunu artık daha çok önemsediklerini belirtmiştir.

Huggens ve ark (1993) 1993 yılında 288 hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların triyaj kategorisi ne olursa olsun en çok önemi bilgi ve beceri alt boyutuna verdiklerini saptamıştır.

Al ve ark (2009) 2007 yılında acil serviste 5504 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların acil servisteki hemşire ve doktorların tıbbi bakım ve tecrübesinden memnun olanların genel memnuniyeti ifade etme oranlarını anlamlı bulduklarını belirtmiştir. Teknik donanım ve ekipman durumundan memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları yüksek bulunmuştur. Acil serviste buldukları süre içerisinde, hastaya yapılan işlem hakkında bilgi verme sürecinden memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranlarının yüksek olduğunu belirtmiştir.

Kurşun'un (2010) 2010 da cerrahi hastaları üzerinde hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, araştırmaya alınan hastaların BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanları ile arasında pozitif yönde, güçlü ve çok anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastanın bilgilendirilmesinin, bakım kalitesi algılamasını olumlu olarak etkilediğini belirlemiştir. Hastaların hemşirelerden, gereksinim duyduğu konularda bakım aldığını ifade edenlerin, bakım kalitesini algılama düzeylerinin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Yapılan çalışmalarda da, yeterli düzeyde bilgilendirilen hastaların, sağlık çalışanlarına güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir (Larsson et al 1996, Alsakal ve ark 2008, Kurşun 2010).

Papastarvou ve ark (2009) çalışmalarında BDÖ ölçek puanlarının hem hastalar hem de hemşireler için oldukça yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da en yüksek puanların bilgi-beceri alt boyutunda olduğu vurgulanmıştır (Gooding et al 1993, Holroyd et al 1998, Larsson et al 1998, Algier

ve ark 2005, Papastarvou et al 2009, Zamanzadeh et al 2010, Çil Eyi 2012). Papastarvou ark (2009) yaptıkları çalışmada, hemşire ve hastalar arasındaki karşılaştırmada istatistiksel olarak en çok farkın saygı alt boyutunda olduğunu belirtmiştir.

Gürlek (2005), Akkaya ve ark (2012) yaptıkları çalışmalarda hastaların büyük bir çoğunluğunun bilgi verme, tıbbi bakım tecrübesinin artmasının memnuniyeti artırdığını ve bakım davranışlarının değerlendirilmesini pozitif yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Baldursdottir ve ark (2002) İzlanda'da 2002 yılında 300 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, bakım davranışını değerlendirmede hemşirelerin ne yaptığını biliyor olmasının önemli bir etken olduğunu belirtmiştir.

Larson (1987) 1987 yılında yaptığı çalışmada, hemşirelerin hasta konforuna ve karşılıklı güven ilişkisine en çok önem verdiklerini, buna karşın hastaların daha çok "enjeksiyon yapmayı bilmek" gibi gereşsel ve fiziksel beceri isteyen uygulamaları önemsediklerini bulmuştur.

Al ve ark (2009) 2007 yılında acil serviste yaptıkları çalışmada, hastaya içten davranılması, ilgi ve duyarlılık göstermesinin genel memnuniyeti ifade oranlarının artırdığını belirtmiştir. Acil servis hastalarının, hemşirelerden iyi bir bakım almanın yanı sıra özellikle, tanı, tedavi, bakım, sağlık ve ilkyardım konularında bilgi aldıkları zaman daha çok memnun olduklarını tespit etmiştir.

Sucu ve ark (2009) 2007 yılında 353 kritik hasta yakını ile yürüttüğü çalışmada bakım davranışlarını değerlendirmede en önemli olarak belirttikleri 10 maddenin 9 tanesinin iletişim ile ilgili olduğunu, bir tanesinin ise bilgi-beceri ve bağlılık alt boyutu olan destek olduğunu belirtmiştir.

Araştırmamızda hastaların bilgi-beceri boyutunun diğer faktörlere kıyasla düşük olduğu fakat bu durumun hastaların aldıkları bakım davranışlarına verdiği puanları

etkilemediğini söyleyebiliriz (Tablo 8). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar benzer çalışmalarla paralellik göstermiştir.

Gültekin Akkaya ve (2012) ark bir üniversitenin acil servisinde 600 hasta ile hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri değerlendirmeye yönelik yaptığı çalışmada, hastaların acil serviste görevli hemşirelerin tıbbi bakım tecrübesinden ve davranışlarından memnuniyet düzeylerinin yüksek (%91 ve %90.2) olduğunu ve hemşire davranışının, tıbbi bakım ve tecrübesinin genel memnuniyet üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır.

Kıdak ve ark (2008) yaptıkları çalışmada hastaların hemşirelerden memnuniyetleri yıllara göre değerlendirildiğinde; hastaların 2007 yılında 730'u (%97.3), 2008 yılında da 729'u (%97.2) hemşirelerin zamanında ve yeterince hizmet verdiğini ifade etmişlerdir. Hastalar kendileri ile ilgilenen hemşirelerin, sorulara anlaşılabilir cevaplar verip vermediğine ait soruya 2007 yılında hastaların 733'ü (%97.7), 2008 yılında 726'sı (%96.8) katılıyorum yanıtını verdiğini ifade etmişlerdir. Kendileri ile ilgilenen hemşirelere duydukları güvene ilişkin soruya yıllara göre sırasıyla 735 (%98) ve 747 (%99.6) hasta katılıyorum yanıtını verdiğini ifade etmişlerdir. Kendileri ile ilgilenen hemşireleri 2007 yılında 738 (%98.4) ve 2008 yılında da 736 (%98) hastayla ilgili ve nazik bulduğunu belirtmiştir. Ayrıca servis hemşirelerine yönelik olarak yapılan değerlendirme sonuçlarına bakıldığında, her iki yılda da büyük bir hasta yoğunluğuna göre hemşirelerin zamanında ve yeterince hizmet verdikleri, sorulara doyurucu yanıt verdikleri, hastalar tarafından hemşirelere güven duyulduğu ve hemşirelerin yeterince ilgili ve nazik olduğunu gördüklerini vurgulamıştır. Hastaların servislerde kendilerine uygulanan tedavi ve bakım hizmetlerine ilişkin memnuniyetin değerlendirildiği bölümdeki sorulara verilen yanıtlara göre; hastalara hemşireler tarafından kendiyile ilgili verilen kararlara katılıp katılmadığına dair soruya , 2007 yılında 742 (%98.9), 2008 yılında 711 (%94.8) hasta katıldığını ifade etmiştir. Hastaların servislerde durumları ve tedavileri ile ilgili kendilerine bilgi verilip verilmediğine yönelik soruya yıllara göre sırasıyla 689 (%91.9), 661 (%88.1) hasta katılıyorum yanıtını verdiğini ifade etmişlerdir. 2007 yılında serviste yatan hastaların 735'inin (%98), 2008 yılında da

643'ü (%85.7) yakınlarının hekimle konuşmasına fırsat verildiğini ifade etmişlerdir. Hastaların tedavileri süresince mahremiyete dikkat edilip edilmediğinde ilişkin soruya hastaların büyük çoğunluğu 2007'de 739'u (%98.5), 2008'de 726'sı (%96.8) katılıyorum yanıtı verdiğini ifade etmiştir. Hastalara, hekim veya hemşireyi çağırdıklarında yanıt verilip verilmediği ile ilgili soruya katılıyorum yanıt veren hastaların sayısı yıllara göre sırasıyla 726 (%96.8) ve 695 (%92.6) olarak bulunduğunu belirtmiştir. 2007 ve 2008 yıllarında servislerde tedavi ve bakım hizmetleri için yapılan değerlendirme sonuçlarına göre; her iki dönemde de yatarak tedavi gören hastaların hemen hemen hepsinin hekim ve hemşireler tarafından kendileri ile ilgili kararlara katıldıkları ve tedavileri süresince mahremiyetlerine dikkat edildiğinin anlaşıldığını ifade etmiştir. Yine hastaların büyük çoğunluğuna durumu ve tedavileri ile ilgili bilgi verildiğini, hekim veya hemşireyi çağırdıklarında yanıt verildiği ifade etmiştir.

Çalışmamızda hastaların saygı alt boyutu BDÖ puanlamaları hemşirelerin hastalara karşı saygılı olduğunu göstermektedir. Değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 8).

Kimble (2003) Amerika'da 2003 yılında 59 acil servis hastası üzerinde yaptığı çalışmada BDÖ'nün alt boyutu olan güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık alt boyutlarının alt maddeleri olan hastaya ilgi gösterme, hastaya bir birey olarak davranma, hastayla konuşma, ne yaptığını bilme, araç gereci beceriye kullanma, konuştuğunda dinleme, saygı duyma, ağrısını azaltmaya yardım etme, tedavi süreci hakkında ailesini bilgilendirme maddelerinin bakım davranışını değerlendirmede önemli maddeler olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamız ve acil servisteki hemşirelik hizmetlerine ilişkin yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, tıbbi bakım, tecrübe ve davranışları; hastaya içten davranılması, ilgi ve duyarlılık göstermesinin yanı sıra genel memnuniyeti ve bakım davranışlarının değerlendirilmesini artırdığı görülmüştür (Kimble 2003, Gülteki Akkaya ve ark 2012). Acil servislerdeki çalışma yoğunluğu ve kalabalık hasta popülasyonuna rağmen bu çalışmada hastaların BDÖ puanlamasına göre

bilgilendirmeden memnun kaldıkları bulunmuştur. Bu durum acil servis hemşirelerinin hastaların tüm tedavi süreci boyunca yanında olmaları ile açıklanabilir.

7.3.2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleriyle BDÖ-24'ün Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Acil serviste verilen hizmet ister bakım, ister tıbbi olsun sunulan hemşirelik bakımı profesyonel hemşirelik uygulamaları üzerine temellenir. Hemşirelik sürecinde hastaların bekledikleri hizmeti zamanında almaları hemşirelik bakım davranışlarının pozitif yönde değerlendirmesi açısından önemlidir (Utlı Tan 2006). Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri, iş motivasyonunu ve hemşirelik bakım kalitesinin algısını etkilemektedir. Bu nedenle çalışmada hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özellikleri ile verdikleri bakım davranışları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendi.

Algier ve ark (2005) çalışmasında, hemşireler için bakımın daha çok duygusal ve davranışsal yönlerinin önem taşıdığını söylemiştir. Ayrıca hemşirelerin yaş gruplarına göre hemşirelik girişimlerinin önemini algılamalarına bakıldığında, 20-24 yaş grubundaki hemşirelerin tüm alanlardaki puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, güvenlik ve sağlık sistemi alanlarında yaş grupları arasındaki farkın anlamlı olduğunu görmüş, daha genç yaş grubunda yer alan hemşirelerin tüm alanlarda puan ortalamalarının yüksek olması, yeni mezun olarak düşünülebilecek hemşire grubunun mesleki bilgilerinin daha taze, meslekte daha motive ve hemşirelik girişimlerinin öneminin daha çok farkında olmaları ile açıklanabileceğini belirtmiştir.

Burtson ve ark (2010) BDÖ'ni kullanıldığı bir çalışmada hemşirelerin yaşı ile bilgi-beceri alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptamıştır.

Kurşun (2010) yaptığı çalışmada, hemşirelerin cinsiyeti, yaşı ve medeni durumunun hemşirelik bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkisi olmadığını

görmüştür. Ancak erkek, 40 yaş ve üzeri, evli ve çocuğu olan hemşirelerin toplam ölçek puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirtmiştir.

Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin yaşı, cinsiyeti ve medeni durumu bakım davranış algısını etkilemediği görülmüştür (von Essen et al 2003, Green 2004, Çil Eli 2012).

Hooper ve ark (2010) Güney Carolina'da 2010 yılında 109 hemşire ile hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve hemşirelik mesleğine ilişkin görüşlerini araştırdığı çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi, meslekte geçirilen süre ve çalışma süresi gibi sosyo-demografik özelliklerinin, hemşirelik bakım davranışları algısı ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını saptamıştır. Bununla birlikte bağlılık alt boyutunda kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre anlamlı ölçüde puanlarının düşük olduğunu belirtmiştir. Fakat çalışmalarındaki erkek hemşire sayısının az olması ile bu bilginin genellenmesinin kısıtlı olabileceğini bildirmiştir.

Baldursottir ve ark (2002) 2002 yılındaki çalışmasında hastaların eğitim düzeyi azaldıkça hemşirelerin bakım davranışlarına verdikleri önemin de azaldığını bildirmiştir

Kurşun (2010) 2010 yılında yaptığı çalışmada, önlisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin verdikleri bakımı daha iyi değerlendirmelerine karşın, hemşirelerin eğitim durumlarının bakım kalitesini etkilemediğini belirlemiştir.

Çil Eli (2012) çalışmasında, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki deneyimleri ile hastanın bakım gereksinimlerinin karşılanması arasında olumlu yönde ilişki olduğunu görmüştür.

Literatürde hemşirelerin eğitim durumları ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı fark bulunmamış olsa da doktora mezunu hemşirelerin bakım algılama düzeylerinin diğer hemşirelerden yüksek olduğu belirtilmektedir (Green 2004).

Çalışmamızda hemşirelerin, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin %75'inin kısmen yeterli bulduğu görüldü, hemşirelik

bakımını yeterli bulmama nedenleri sorulduğunda ise hemşirelerin büyük bir çoğunluğu hemşire sayısının yetersiz olması olarak belirttiği, hemşirelik bakımından memnun olma durumlarında ise %58.3'ünün memnun olduğu belirlendi (Tablo 7).

Çalışmamızda doktora mezunu hemşire rol almamıştır. Fakat yüksek eğitim düzeyinin bir göstergesi olarak yüksek lisans mezunu bir hemşirenin BDÖ puanları diğer hemşirelere kıyasla daha fazla olduğu saptandı (Tablo 13). Her ne kadar örneklem büyüklüğünün kısıtlı olması nedeniyle karşılaştırma yapılamamış olsa da hemşirelerin eğitim düzeyinin artması bakım davranışlarının algısında değişikliğe yol açabileceği söylenebilir.

von Essen ve ark (2003) hemşirelik mesleğinde çalışma yılı 5 yıldan az olan ve 15 yıldan fazla olan gruptaki hemşirelerin hasta konforuna verdiği önem, 5-15 yıl arasında çalışan gruptan anlamlı olarak daha fazla önem verdiklerini bulmuştur.

Kurşun (2010) iki farklı üniversite hastanesinin cerrahi servislerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin hemşirelik mesleğini isteyerek yapma, genel cerrahi servisinde çalışma süresi, hemşirenin çalıştığı pozisyon, çalıştığı vardiya ve haftalık çalışma saatinin bakım kalitesinin algılanmasında etkili olmadığını belirtmiştir.

Burtson (2008) yaptığı bir çalışmada çalışma süresi ile BDÖ-24 ölçeği bilgi-beceri alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Kurşun (2010) çalışmasında, hemşirelerin çalışma sürelerinin bakım kalitesinin algılanmasında etkili olmadığını bulmuştur. Ancak genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma, hemşire başına düşen yatak sayısı, günlük yapılan cerrahi girişim sayısı ve hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu ile bakım kalitesinin algılanması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin serviste sağlanan hemşirelik bakımına verdikleri puanın bakım kalitesini etkilediği, bakıma verilen puan arttıkça bakım kalitesi algılamalarının da arttığını belirtmiştir.

Algier ve ark (2005) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi ve mesleki deneyimlerine göre hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuştur. Hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre puan ortalamalarına bakıldığında ise meslekte bir yıldan az bir süredir çalışanların fizyolojik ve güvenlik alanları ile ilgili puan ortalamalarının yüksek olması, daha somut olarak ele alınabilecek olan bu girişimlerin, mesleğin henüz başlangıcında olan hemşireler için daha önemli olarak algılandığını söylemiştir.

Literatürde hemşirelerin mesleki özelliklerine ve bakım hizmetlerinin algılanması konusunda çok kısıtlı bilgi var olduğu belirtilmektedir (Kuşun 2010). Bizim çalışmamızda hemşirelerin meslekte çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi, hemşirelik mesleğini isteyerek yapma, acil serviste isteyerek çalışma, çalışma şekli (gündüz veya gece vardiyası) ve haftalık çalışma saatleri ile hemşirelik bakımının yeterliliği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hemşirelerin medeni durumlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekar ve evli olan gruplar, meslekte çalışma süreleri, acil serviste çalışma süreleri, meslekte isteyerek çalışma durumları ve acil serviste isteyerek çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 13). Literatürdeki kısıtlı veriler de göz önüne alındığında bu konuda anlamlı bir sonuca varmak için daha büyük popülasyonlar ile yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görüldü.

Çalışmanın yapıldığı acil serviste verilen hemşirelik bakımından memnun olma durumu değerlendirildiğinde, hemşirelerin verilen bakımdan memnun kaldıkları görüldü. Çalışmamızda elde edilen sonucun diğer çalışmalardan farklı olma nedeni hemşirelerin, yoğun çalışma koşullarını kabullenmiş olmaları ya da profesyonel hemşirelik mesleğinin gereği olarak hastalara sistemsel olumsuzlukları yansıtmamalarından kaynaklandığı söylenilebilir. Acil serviste çalışan hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, meslekte çalışma süreleri, şu anki çalışma pozisyonları, haftalık çalışma saatleri ve çalıştığı serviste verilen hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 13 ve 14'te görülmektedir. Çalışmaya alınan hemşire sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırma yapılamadı.

8. SONUÇ

Hasta ve hemşirelerin acil servisteki hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirmesinin yapıldığı çalışmamızda;

- ❖ Hasta ve hemşirelerin, sosyo-demografik özellikleri ile hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi arasında bir istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı görüldü.
- ❖ Hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesi arasında BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; saygılı olma ve bağlılık alt boyutlarında hemşirelere göre hastaların, bilgi-beceri alt boyutunda ise hastalar göre hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte aralarında BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).
- ❖ Acil serviste verilen hemşirelik bakım davranışları hasta ve hemşireler tarafından değerlendirildiğinde; hastaların yarısından fazlasının (% 64) yeterli, hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%75) kısmen yeterli bulunduğu görüldü, ayrıca hastaların büyük bir çoğunluğu (%62.4), hemşirelerin yarısından fazlasının (%58.3) verilen hemşirelik bakımından memnun kaldığı saptandı.

Bakım kalitesinin yetersiz ya da kısmen yeterli bulmayan hastaların bu yetersizliği hasta sayısına göre hemşire sayısının yetersizliğine buna bağlı olarak bakıma ayıracakları zamanın kalmamasından kaynaklandığını belirttiler.

9. ÖNERİLER

Çalışmamız elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Acil serviste hizmet veren hemşire ve personel sayısının artırılması, hasta beklentilerini karşılayacak mesleki bilgi ve beceriye sahip olması, uygulayabilmesi,
- Hemşireler için standart çalışma koşulların oluşturulması, kliniklere özgü spesifik hizmet içi eğitimlerinin verilmesi ve düzenli aralıklarla tekrarlanması,
- Acil servislerde, acil hasta bakım ve yaklaşımı konusunda eğitim almış, klinik ve mesleki deneyimi yüksek olan hemşirelerin çalıştırılması,
- Araştırmada elde edilen sonuçların çalışmanın yapıldığı kurumla paylaşılması,
- Geçerili ve güvenilirliği olan ölçüm araçları ile periyodik aralıklarla verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi,
- Çalışma sonuçların genellenebilmesi için hemşire örneklem sayısını arttıracak kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

10.KAYNAKLAR

Acarođu R, Gendir M, Kaya H, Sosyal E. (2007). Bireyselleřtirilmiř Hemřirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa Ėliřkin Yařam Kalitesine Etkisi. *İ. Ü. Florence Nightingale Hemřirelik Yůksekokulu Dergisi*, 15 (59), 61- 67.

Aksakal T. Bilgili N (2008) Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Ȗrneđi, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 30(4):242-249.

Al B, Yıldırım C, Togun İ, Zengin S, Bozkurt S, KȖse A, Sohbet R (2009). Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen FaktȖrler, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 8(1):39-44.

Algıer L, Abbasođlu A, Hakverdiođlu G, Ȗkdem ř, GȖcer S (2005). Hastaların ve Hemřirelerin, Hemřirelik Giriřiminin Ȗnemini Alđılamaları, *Cumhuriyet Ȗniversitesi Hemřirelik Yůksekokulu Dergisi*, 9 (1):33-40.

Altıok HȖ, řengůn F, Ȗstůn B (2011). Bakım: Kavram Analizi, Dokuz Eylůl Ȗniversitesi Hemřirelik Yůksekokulu Elektronik Dergisi , 4(3): 137-140.

Aragon SJ, Gesell SB, A (2003). Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments: a Multigroup Structural Equation Modeling İnceleme. *American Journal of Medical Qual*, 18(6): 229-241.

Aydın T, AkkȖse Aydın ř, KȖksal Ȗ, Ȗzdemir F, Kulaç S, Bulut M (2010). Uludađ Ȗniversitesi Tıp Fakůltesi Hastanesi Acil Servisine Bařvuran Hastaların Ȗzelliklerinin ve Acil Servis alışmalarının Deđerlendirilmesi, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9(4):163-168.

Bahar Z, Beřer A, GȖrsen N, Ersen F, Kıssal A (2008). Sađlıklı Yařam Biçimi Davranıřları Ȗlçeđinin Geçerlilik ve Gůvenirlik alıřması, *C.Ȗ.Hemřirelik Yůksekokulu Dergisi*, 12(1):1-13.

Baldursdottir G, Jonsdottir H (2002). The Importance of Nurse Caring Behaviors as Perceived by Patients Receiving Care at an Emergency Department. *Heart Lung*, 31(1):67-75.

Biol L (2002). Hemşirelikle İlgili Kavramlar, Hemşirelik Süreci, Etki Matbacılık-İzmir 5.Baskı, 8-45.

Boudreaux ED (2003). Patient Satisfaction Data as a Quality Indicator: a Tale of Two Emergency Departments, *Acad Emerg Med*, 10(3):261-269.

Bruce TA (1998). Factors That Influence Patient Satisfaction in the Emergency Department, *Journal of Nursing Care Quality*, 13(2):31-37.

Bruce TA, Bowman JM, Brown ST (1998). Factors That Influence Patient Satisfaction in the Emergency Department, *Journal of Nursing Care Quality*, 13(2):31-7.

Bulut H (2006). Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi, *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 12(4):288-298.

Burtson PL, Stichler JF (2010). Nursing Work Environment and Nurse Caring: Relationship Among Motivational Factors, *Journal of Advanced Nursing*, 66(8):1819-31.

Carey RG, Goby MJ, Posavac EJ, Talarowski FS, Abzug H (1982). Waiting Time and Patient Satisfaction with Emergency Room Care, *Emergency Health Services Quarterly*, 1(4):37-40.

Clukey, L., Hayes, J., Merrill, A., & Curtis, D. (2009). "Helping Them Understand": Nurses' Caring Behaviors as Perceived by Family Members of Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing*, 16(2), 73-81.

Coşkun H, Akbayrak N (2001). Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2):63-68.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare; Implications for Practice From a Systematic Review of Literature, *Health Technology Assessment*: 6(32):1-244.

Cüceloğlu D (1996). İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, İstanbul, altıncı basım.

Çakırcalı E (2000). Sağlık ve Hemşirelik, Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, *E.Ü.Basımevi-İzmir*,1-5.

Çelikkalp Ü, Temel M, Varol Saraçoğlu G, Demir M. (2011). Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(17):1-14.

Çil Eyi S (2012). Ameliyat Sırasında Uygulanan Hasta Bakımının Hasta ve Hemşireler Tarafından Değerlendirilmesi, Danışman: Nevin Kanan, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erişim Tarihi:08/09/13-İstanbul*.

Çoban İpek G, Kaşıkçı M (2008). Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(63):165-171.

Dal V (2009). Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Araştırma, Danışman: Ahmet Hüsrev Eroğlu, *Yüksek Lisans Tezi, Erişim Tarihi:10/09/2013-Isparta*.

Davis B. A, Duffy E (1999). Patient Satisfaction with Nursing Care in a Rural and Urban Emergency Department, *Australian Journal of Rural Rural Health*, 7:97-103.

Demirel Y, Yoldaş MA, Uslu Divanğlu S (2009). Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, *Akademik Bakış Dergisi*, 16(4):1-14.

Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ (2005). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(3): 122-127.

Erdem (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6):51-71.

Ergül G, Bayık T. A (2004). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Erişim Tarihi: 25/10/2013*.

Erkal B (1999). "Kişilik Psikolojisi ve Kişilik Kuramları", Davranış Bilimlerine Giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Ders Kitapları.

Eskimez Z (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışını Algulamaları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Danışman: Rengin Acaroğlu, *Doktora Tezi, Erişim Tarihi: 18/06/2012*.

Fox JG, Storms DM. A (1981). Different Approach to Sociodemographic Predictors of Satisfaction with Health Care, *Social Science & Medicine Paert A, Medicine Sociology*, 15(5):557-64.

Gooding BA, Sloan M, Gagnon L (1993). Important Nurse Caring Behaviors: Perceptions of Oncology Patients and Nurses, *The Canadian Journal of Nursing Research*, 25(3):65-76.

Görgülü Ü, Akdemir N (2010). Bakım vericilerde yorgunluk ve uyku kalitesi, *Genel Tıp Dergisi*, 20(4):125-132.

Green A. (2004). Caring behaviors as perceived by nurse practitioners, *Journal of the Academy of Nurse Practitioners*, 16(7): 283-290.

Gültekin Akkaya E, Bulut M, Akkaya C (2012). Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(2):62-68.

Hayes, Janice S., Tyler-Ball S. (2007). Perceptions of Nurses' Caring Behaviors by Trauma Patients, *Journal of Trauma Nursing*, 14(4):187-190

Holroyd E, Cheung YK, Cheung SW, Luk FS, Wong WW. A (1998). Chinese Cultural Perspective of Nursing Care Behaviours in an Acute Setting, *Journal of Advanced Nursing*, 28(6):1289-94.

Hooper C, Craig J, Janvrin D. R., Wetsel M. A (2010). Elaine Reimels.Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties, *Journal of Emergency Nursing*, 36(5):420-427.

Huggins KN, Gandy WM, Kohut CD (1993). Emergency Department Patients' Perception of Nurse Caring Behaviors, *Heart Lung*, 22(4):356-64.

İnceoğlu M (1985). Güdüleme Yöntemleri, 4.Baskı, *Ankara Üniversitesi Basın-Yayın Yüksek Okul Yayınları*-Ankara.

İnceoğlu M (2010). Tutum Algı İletişim, 5.Baskı, *İyi İşler Yayıncılık ve Matbaacılık*-İstanbul.

İpek Çoban G (2006) Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Danışman: Magrifet Kaşıkçı, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi* – Erzurum.

James Sadock B, Alcott Sadoc V (2005). Davranış Terapisi, Klinik Psikiyatri kitabı, Çevirmen: Aydın H, Bozkurt A, *Güneş Kitabevi, Öncü Basım Evi*, Ankara-İstanbul.

Janice S, Hayes, Tyler-Ball S, Phd, RN, BSHCA (2007). Perceptions of Nurses' Caring Behaviors by Trauma Patient, *Journal of Trauma Nursing*, 14(4):187-190.

Karadağ G, Ucan O (2008). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3):42-51.

Karaman-Özlu Z (2006). Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Erişim Tarihi:15/09/2013*- Erzurum.

Kıdak L. B, Aksaraylı M (2008). Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması Dokuz Eylül Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3):87-116.

Kimble L, Stanley K, Chairperson C, Welch L. Hartley L.A (2003). Patients' Perceptions of Nurse Caring Behaviors in an Emergency Department, Thesis submitted to Marshall University College of Nursing and Health Professions In partial fulfillment of the Requirements for the degree of *Master of Science in Nursing Administration*, Committee Chairperson: Karen Stanley, June 26.

Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E (2005). Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1):5-13.

Konca G., İlhan N.M., Bunin M.A. (2006). "Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi", *Gazi Tıp Dergisi*, 17(3): 160-170.

Koptagel-İlal G (1991). Tıpsal Psikoloji Tıpta Davranış Bilimleri Kitabı, *Güneş Kitabevi*-Ankara 3 baskı.

Köknel Ö, Özüğurlu K, Aytar Bahadır G (1993). İnsan ve Davranış, Davranış Bilimleri Kitabı (*Ruh Bilim*) kitabı, *Yayımlı Matbaası*- İstanbul.

Kurşun Ş (2010). Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşirenin Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması, Danışman: Nevin Kanan, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*, an, 1-11813.

Larson PJ. (1987). Comparison of Cancer Patients' and Professional Nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors. *Heart Lung*, 16(2):187-93.

Larsson G, Widmark Peterson V, Lampic C, von Essen L, Sjöden PO (1998). Cancer Patient and Staff Ratings of the Importance of Caring Behaviors and Their Relations to Patient Anxiety and Depression, *Journal Advanced Nursing*, 27(4):855-64.

Leino-Kilpi H, Suominen T (1998). Nursing research in Finland from 1958 to 1995, *Image The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4):363-7.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Stahlberg, M.R., Lertola, K. (2003). Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*, 16, 29-37.

Liu S. S, Franz D, Allen M, Chang E, Janowiak D, Mayne P, White R (2010). Ed Services: The Impact of Caring Behaviors on Patient Loyalty, *Journal of Emergency Nursing*, 36(5):404-414.

Muntlin A, Carlsson M, Saïfwenberg U, Gunningberg L (2011). Outcomes of a Nurse-Initiated Intravenous Analgesic Protocol for Abdominal Pain in an Emergency Department: A Quasi-Experimental Study, *International Journal of Nursing Studies*,48: 13–23.

Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M (2006). Patient's Perceptions of Quality of Care at an Emergency Department and Identification of Areas for Quality Improvement, *Journal of Clinical Nursing*, 15:1045-1056.

Niska R, Bhuiya F, Xu J (2010). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary, *National Health Statistics Reports*, 26(6):1-32.

Önsüz M. F, Topuzoğlu A, Cöbek U. C, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S (2008). İstanbul'da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi, *Marmara Medical Journal*, 21(1);033-049.

Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Palese A, Tomietto M, Jarosova D, Merkouris A (2012). Patients' and Nurses' Perceptions of Respect and Human Presence Through Caring Behaviours: A Comparative Study, *Nursing Ethics*, 19(3):369-79.

Potter P.A, Perry A.G (2009). Caring in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. (7th ed.) St. Louis: Mosby Elseiver; 95-105.

Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H (2007). Nurse Caring in İnan and its Relationship with Patient Satisfaction, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2):75-84.

Rafii F, Oskouite F, Nikravesh M (2007). Caring Behaviors of Burn Nurses and The Related Factors, *Burns*, 33: 299-305.

Rosenthal GE, Shannon SE. (1997). The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care*. 35(11):58-68.

Sabuncu N (2008). Hemşirelikte Temel Kavramlar. İçinde :N.Sabuncu (Edit), Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. *Kalkan Matbası-Ankara*: 30-33.

Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E (2009). Acil Serviste Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılama Durumları, *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 15(5): 473-481.

Şahbaz Karagün Ö (2006). Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalardan Hoşnutluk Düzeyi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Çukur Ova Üniversitesi Acil Anabilim Dalı, Danışman: Yüksel Gökel, *Uzmanlık Tezi, Erişim Tarihi: 25/05/2013*.

Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL (1996). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department, *Annals Emergency Medicine*, 28 (6):657-665.

Utlü Tan N (2006). Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Danışman: Fatma Eti Aslan, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erişim Tarihi: 01/07/13-İstanbul*.

Uzun Ö (2003). Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması, *Türk Hemşireler Dergisi*, 54(2):16-24.

Velioğlu P (2001). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, *Alaş Ofset-istanbul*

von Essen L, Sjöden PO (2003). The Importance of Nurse Caring Behaviors as Perceived by Swedish Hospital Patients and Nursing Staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5):487-97.

Walsh DP, Seff LR, Mayer TA (1997). Customer Relations in the Emergency department, In: Editör: Salluzzo RF, Mayer TA, StraussRW, Kidd P, *Emergency Department Management*, Mosby, 8:73-85.

- Wright G, Causey S, Dienemann J, Guiton P, Coleman FS, Nussbaum M (2013). Patient Satisfaction With Nursing Care in an Urban and Suburban Emergency Department, *The Journal of Nursing Administration*, 43(10):502-8.
- Wu Y, Larrabee JH, Putman HP (2006). Caring Behaviors Inventory: A Reduction of the 42-Item Instrument, *Nursing Research*, 55(1):18-25.
- Wolf ZR, Giardino, ER, Osborne PA, Ambrose MS (1994). Dimensions of Nurse Caring. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2):107-11.
- Yağcı M. İ, Duman T (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2): 218-238.
- Yalçın Atar N, Ataberk Aştı T (2012) Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerliği, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2): 129-139.
- Yıldırım C, Kocoglu H, Goksu S, Gunay N, Savas H (2005). Patient Satisfaction in a University Hospital Emergency Department in Turkey. *Acta Medica (Hradec Kralove)*, 48 (1):59-62.
- Yılmaz M., (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2): 69-73.
- Zaim H, Tarım M (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2(59): 1-24.
- Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L (2010). Oncology Patients' and Professional Nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors, *BMC Nursing*, 9(10): 1-9.

11. EKLER

EK 1. Sosyo-Demografik Formu (Hastalar için)

Anket No:

Dosya No:

Telefon:

Acil Servisteki Tanınız.....

1-Cinsiyeti:

1.()Kadın

2.()Erkek

2-Yaşı:.....

3-Medeni durumu:

1.()Evli

2.()Bekar

4-Eğitim durumu:

1.()Okur-Yazar değil

4.()Lise

2.()Okur- Yazar

5.()Üniversite

3.()İlköğretim

7.()Lisans Üstü

5-Çalışma durumu:

1.()Çalışıyor

2.()Çalışmıyor

6-Mesleği:

1.()Ev hanımı

4.()Emekli

2.()İşçi

5.Diğer.....

3.()Memur

7-Sağlık güvencesi:

1.()Var

2.()Yok

8-Daha önce herhangi bir acil servise başvurduunuz mu?

1.()Evet

2.()Hayır

9-Acil servise geliş zamanı.....

10-Acil servisten ayrılış zamanı.....

11-Acil serviste kalış süresi:.....

12-Acil servisten ayrılma şekli:

1.() Ayaktan

4.()Başka bir kuruma sevk

2.()Servise yatış

5.()Ameliyat

3.()Eve taburcu

6.()Yoğun bakım ünitesi

13-Acil serviste yattığınız süre boyunca hemşirelik bakımına yönelik bir problem yaşadınız mı?

1.()Hayır

2.()Evet ise belirtiniz.....

14-Acil serviste verilen hemşirelik bakımı yeterli mi?

1.()Çok yeterli

4.()Yetersiz

2.()Yeterli

5.()Çok yetersiz

3.()Kısmen yeterli

15-Yanıtınız yetersiz veya çok yetersizse ise lütfen nedenini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.()Acil serviste yatan hasta sayısı gereğinden fazla

2.()Acil serviste çalışan hemşire sayısı yetersiz

3.()Acil serviste bakım için hemşirelerin yeterli zamanı yok

4.()Acil servisteki hemşireler bakım vermek istemiyorlar

5.Diğer.....

16-Acil serviste size uygulanan hemşirelik bakımından memnun musunuz?

1.()Çok memnunum

2.()Memnunum

3.()Biraz memnunum

4.()Memnun değilim

5.()Hiç memnun değilim

EK 2. Sosyo-Demografik Formu (Hemşireler İçin)

Anket no:

1-Cinsiyeti:

1.()Kadın

2.()Erkek

2-Yaşı:.....

3-Medeni durumu:

1.()Evlı

2.()Bekar

4-Eğitim durumu:

1.()SML

4.()Lisans

2.()Önlisans

5.()Lisans üstü

5-Meslekte çalışma süreniz (yıl):.....

6-Acil serviste çalışma süreniz (yıl) :.....

7-Hemşirelik mesleğini isteyerek yapıyorum.

1.()Evet

2.()Hayır

8-Acil serviste isteyerek çalışıyorum.

1.()Evet

2.()Hayır

9-Şu anda bulunduğunuz pozisyon

1.()Servis hemşiresi

2.()Sorumlu hemşire

10-Çalışma şekli

1.()Gündüz vardiyası

2.()Gece vardiyası

3.()Her ikisi de

11-Acil serviste haftalık çalışma saatiniz (ortalama).....

12-Sizce acil serviste verilen hemşirelik bakımı yeterli mi?

1.()Çok yeterli

3.()Kısmen yeterli

5.()Çok yetersiz

2.()Yeterli

4.()Yetersiz

13-Acil serviste hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenlerini işaretleyiniz
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.() Hasta bakımı dışında servis iş yükünün fazla olması

2.()Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması

3.()Acil serviste yeterli hemşire sayısının bulunmaması

4.()Bakım için yeterli zamanın olmaması

5.()Hemşirelerin istedikleri serviste çalışmaması

7.Diğer.....

14- Acil serviste uyguladığınız hemşirelik bakımından memnun musunuz?

1.()Çok memnunum

2.()Memnunum

3.()Biraz memnunum

4.()Memnun değilim

5.()Hiç memnun değilim

EK 3. Bakım Davranışları Ölçeği-24

Maddeler	Asla(1)	Hemen hemenasla(2)	Bazen(3)	Genellikle(4)	Çoğu zaman(5)	Her zaman(6)
1.Hastayı dikkatle dinleme						
2.Hastayı eğitime ya da bilgilendirme						
3.Hastaya bir birey olarak davranma						
4.Hastaya zaman ayırma						
5.Hastaya destek olma						
6.Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7.Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8.Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9.Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.Hastaya güven verme						
11.Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.Araç-gereci beceriyle kullanma						
13.Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.Hastaya istekle gitme						
17.Hastayla konuşma						
18.Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21.Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.Hastaya ilgi gösterme						
23.Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24.Hastanın semptomlarını hafifletme						

EK 4. Hastalar İçin Bilgilendirme Formu

“Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmamızla acil serviste yatan hasta ve acil servis hemşirelerin, hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacı tarafından “Sosyo-demografik Formu” ve “Bakım Davranışları leği formu” araştırmanın amacı, içeriği ve yöntemi açıklanarak, sizden çalışmaya katılmayı kabul ettiğinize dair yazılı izin alınacak ve formları doldurmanız için size verilecektir. Çalışmaya katılmama veya katıldığınız süre içinde de çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmamanız ya da ayrıldığınız takdirde bakım ve tedavilerinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Araştırma sürecinde sizden elde edilen tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve herhangi bir ücret verilmeyecek.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Halide Aydın

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Mail: halide_aydin@hotmail.com

Tel: [05058612491](tel:05058612491)

EK 5. Hastalar İçin Onam Formu

“Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmasına ait hasta bilgilendirme formundaki metini okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamında üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma, tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmadan istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan ayrılabileceğimi ve ayrıldığım zaman herhangi bir engelle karşılaşmayacağımı anladım.

Bu konuda söz konusu yüksek lisans tez çalışmasına kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

Tanıklık Edenin Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Tarih: / /

Tarih: / /

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen katılımcıya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Halide Aydın

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Mail: halide_aydin@hotmail.com

Tel: 05058612491

Araştırmacının İmzası:

Tarih: / /

EK 6. Hemşireler İçin Bilgilendirme Formu

“Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmamızla acil serviste yatan hasta ve acil servis hemşirelerin, hemşirelik bakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacı tarafından “Sosyo-demografik Formu” ve “Bakım Davranışları Ölçeği formu” araştırmanın amacı, içeriği ve yöntemi açıklanarak, sizden çalışmaya katılmayı kabul ettiğinize dair yazılı izin alınacak ve formları doldurmanız için size verilecektir. Çalışmaya katılmama veya katıldığınız süre içinde de çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma sürecinde sizden elde edilen tüm bilgiler saklı tutulacaktır, ancak etik kurul ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabilir. Çalışmada yer aldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve herhangi bir ücret verilmeyecek.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Halide Aydın

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Mail: halide_aydin@hotmail.com

Tel: [05058612491](tel:05058612491)

EK 7. Hemşireler İçin Onam Formu

“Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmasına ait hemşire bilgilendirme formundaki metini okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamında üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma, tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmadan istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan ayrılabileceğimi ve ayrıldığım zaman herhangi bir engelle karşılaşmayacağımı anladım.

Bu konuda söz konusu yüksek lisans tez çalışmasına kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

Tanıklık Edenin Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Tarih: / /

Tarih: / /

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen katılımcıya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Halide Aydın

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Mail: halide_aydin@hotmail.com

Tel: [05058612491](tel:05058612491)

Araştırmacının İmzası:

Tarih: / /

EK 8. ETİK KURUM İZNI



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Aysel GÖRKAN
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Halide Aydın
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 05.04.2013-11

Sayın Yrd. Doç. Dr. Aysel GÖRKAN

47 protokol nolu "Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Inci Alıcan

Prof. Dr. İnci ALICAN

Levent Kabasakal

Prof. Dr. Levent KABASAKAL

Nehçe Bahçecik

Doç. Dr. Nehçe BAHÇECİK

Asım Cingil

Doç. Dr. Asım CİNGİL

Muhsin Çekin

Yrd. Doç. Dr. Muhsin ÇEKİN

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Serap Akşir

Prof. Dr. Aysel PEHLIVAN

Doç. Dr. Oğuzhan DEYİMLİ

Pınar Ay

Doç. Dr. Pınar AY

Zübeyir Sarı

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Yrd. Doç. Dr. Tolga GÜVEN



Marmara Üniversitesi Citeştepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saqlik.ogrenci@marmara.edu.tr
http://saqlik.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:

Tarih:21.02.2012

EK 9. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (Böd-24)'ÜN Kullanım İzni

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği/Acil Hemşireliği Yüksek Lisans programında tez çalışmasını yürütmekte olan araştırmacı Halide Aydın'ın “ Acil Serviste Hasta ve Hemşirenin Bakım Davranışlarını Değerlendirmesi” isimli çalışmasında bakım değerlendirilmesinde kullanacağı ölçek olan ve Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında benim tarafından yapılmış olan “Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ-24)’ nin kullanımına izin veriyorum.

Ölçeğin Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmalarını Yürüten Kişiler
(Adı-Soyadı, İmza)

Prof.Dr.Nevin KANAN



Yard.Doç.Dr. Şerife KURŞUN



Ek 10 Kurum İzni



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 16110545-302.08.01-1300123997
Konu : Halide AYDIN'ın Tez Çalışması

08.07.2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14.05.2013 tarih ve 15342631-302.08.01-1300080900 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Acil Hemşireliği Bilim dalı yüksek lisans öğrencisi Halide AYDIN'ın Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Anabilim Dalı'nda yapacağı tez çalışması uygun görülmüş olup,yazı sureti ektedir.

Bilgilerinize arz ederim.

Alime ŞAHİN ÇETİN
Daire Başkanı Vekili

EK: Yazı Örneği (1 sayfa)



Telefon:(0216)4140545

Ayrıntılı bilgi için :
Hasret SAM
Belge Yöneticisi

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Alime ŞAHİN ÇETİN tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://ebys.marmara.edu.tr/ERMS/Record/RecordConfirmationPage.aspx?code=D0D03F0>



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı



Sayı :98573986.900.02⁵ 5527-2406
Konu : Halide AYDIN

18 HAZ 2013

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
İSTANBUL**

İlgi : 17.05.2013 tarih 1300083688 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Acil Hemşireliği Bilim dalı yüksek lisans öğrencisi Halide AYDIN'ın Üniversitemiz Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Anabilim Dalı'nda tez çalışmasını uygulaması Rektörlüğümüzce uygun bulunmuştur.
Gereğini arz ederim.


Prof. Dr. Ayşe Sevim GÖKALP
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK: Rek.Uyg.

DAĞITIM :

Bilgi:
KOÜ Tıp Fak. Dek.'na

Gereği:
Marmara Üniv.Rekt.'ne
(Ek konulmadı)

Öğr. İst. D. B. B.
25.06.2013
U.B.

Umuttepe Merkez Yerleşkesi 41380 KOCAELİ
Telefon: +90 (0) 262 303 11 52 Faks: +90 (0) 262 303 11 53
Elektronik Ağ: www.kocaeli.edu.tr e-posta: personel@kocaeli.edu.tr

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Halide	Soyadı	Aydın
Doğ. Yeri	Ağrı/Hamur	Doğ. Tar.	17/09/1984
Uyruğu	T.C.	T.C Kim No	13093508100
Email	Halideaydin92@gmail.com Halide_aydin@hotmail.com	Tel	05058612491

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	
Yük.Lis.	Marmara Ün. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı	2010-
Lisans	Trakya Ün. Edirne Sağlık Yüksek Okulu	2003-2008
Lise	Ağrı Naci Gökçe Lisesi	1998-2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralanış)

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
1.Hemşire/Klinik Eğitim Hemşiresi	Kocaeli Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2009-
2.Hemşire/Eğitim Hemşiresi	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2006-2009
3.Hemşire	Central Hospital Hastanesi	2004-2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	iyi		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point, ofis Programı)	Çok İyi
SPSS	Orta

Kurslar/Sertifikalar/Ödüller

2014/15th European Congress of Trauma & Emergency Surgery – Almanya (**Poster Çalışması**)

2013/ ATOK-1.Acil Hemşireliği Kurs (*Eğitmen ve Sertifikası*)

2013/Milli Eğitim-Okul Öncesi- Çocuk Gelişim ve Beslenme- (*Eğitmen*)

2012/2.Uluslar Arası Katılımlı Temel Hemşirelik Bakım Kongresi -(*Poster Çalışması*)

2011/8.Ulusal Travma Acil Cerrahi Kongresi-Seçkin Sözlü Bildiri Çalışması ve sunumu-(*Seçkin Bildiri Ödülü Alındı*)

2011/10. Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Kongresi-(*Sözlü bildiri Çalışması ve sunumu*)

2006/6. Ulusal hemşirelik öğrenci Kongresi (Uluslararası katılımlı)-(*Poster çalışması*)

2005/ Afetle Mücadele Tatbikatlı Eğitimi – Yunanistan (Uluslararası Katılımlı)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, Sinema, Dans, Müzik, Kitap, Seyahat, Yüzme, Araştırma