

156219

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DAHİLİYE VE CERRAHİ KLİNİKLERİNDE
HASTA BAKIM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Aynur (Çakmakçı) Çetinkaya

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

Danışman: Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Eylül 2004

YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU DÖKÜMANTASYON MERKEZİ

TEZ VERİ FORMU

Tez No:

Konu:

Üniversite Kodu:

Not: Bu bölüm merkezimiz tarafından doldurulacaktır.

Tezin Yazarının;

Soyadı

: (ÇAKMAKÇI) ÇETİNKAYA

Adı : Aynur

Tezin Türkçe Adı : Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi

Tezin Yabancı Adı : The Study of Quality of Patient Care to Medical and Surgical Clinicales in Celal Bayar University Health Practice and Study Center

Tezin Yapıldığı;

Üniversite : Celal Bayar Üniversitesi **Enstitü :** Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Yılı:**2004

Diğer Kuruluşlar : -

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Dili : Türkçe

Sayfa Sayısı : 132

Tez Danışmanının ;

Unvanı : Doç. Dr.

Adı : Ferda

Soyadı : ÖZBAŞARAN

Türkçe Anahtar Kelimeler:

1. Hemşirelik
2. Hemşirelik bakımı
3. Kalite
4. Hasta bakım kalitesi
5. Hasta bakım kalitesi ölçeği

İngilizce Anahtar Kelimeler:

1. Nursing
2. Nursing care
3. Quality
4. Quality of patient care
5. Qualpacs

Tarih:

İmza:



Aynur (ÇAKMAKÇI) ÇETİNKAYA' nın YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı, "Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

9/9/2004

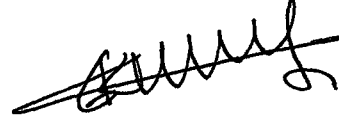
Üye: Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN (Danışman –C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı)



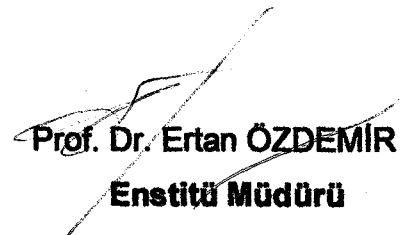
Üye:Doç. Dr. İsmet EŞER (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)



Üye:Yrd. Doç. Dr. Gülten KARADENİZ (C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı)



Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 15.09.2004 gün ve16.....sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ertan ÖZDEMİR
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırma, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hasta bakım kalitesi saptamak amacıyla planlanmış, tanımlayıcı (betimleyici) tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini, Celal Bayar Üniversitesi (C.B.Ü.) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde 15 Eylül-15 Ekim 2002 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Bu hastalar arasından araştırma sınırlılıklarına uyan, olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiş 100 hasta örnekleme alınmıştır.

Hastaların almış olduğu bakımın kalitesini belirlemek, etkili değişkenleri saptamak amacıyla; hastaların tanıtıcı özellikleri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formları ile toplanmıştır. Hasta bakım kalitesi "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (=QUALPACS)" ile saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların bakım kalitesi açısından en yüksek puan ortalamasının "mesleki uygulamalar"; en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise "psiko-sosyal birey" olduğu belirlenmiş ve "toplam hasta bakım kalitesi" ortalama puanı "PEK İYİ DEĞİL" olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik bakımı, Kalite, Hasta bakım kalitesi, Hasta bakım kalitesi ölçeği.

SUMMARY

This study, that is planned in order to determine the quality of the patient care in medical and surgical clinics, is a definitional and sectional research.

The universe of this research consists of the patients who had curement in internal and surgical clinics of Celal Bayar University Hospital between 15.09.2002 and 15.10.2002. Between these patients, 100 of them, who supplies the limits of this research and who were selected by sample method without probability, were taken in sample group.

In order to determine the quality of care, being taken by patients and to determine the efficient variables, the definitional qualifications of patients were collected with poll forms by researcher. The quality of patient care was measured by "Patient Care Quality Scale (=QUALPACS)".

According to the results being determined finally, the score of patient care, the highest point average belongs to "occupational applications", the lowest point average belongs to "psycho-social person" and the average point of "Total Patient Care Quality" is determined as "NOT SO GOOD".

Key Words: Nursing, Nursing care, Quality, Quality of patient care, QUALPACS.

TEŐEKKÖR

Araştırma konunun seiminde rehberliğimi űstlenen, tezimin hazırlanması sűresince yardımlarını esirgemeyen ve bilimsel anlamda çalışmalarımı her zaman destekleyen değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ferda ÖZBAŐARAN' a, çalışmalarım sırasında değerli önerileri ile yanımda olan Sayın Öğr. Gör. Dr. Dilek ÖZMEN' e ve Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde görevli tüm hemşirelere yardımlarından dolayı teőekkűrlerimi sunarım.

Tabi ki çalışmalarım sırasında yanımda bulunarak, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili eřim ve aileme de teőekkűrler.

Aynur (ÇAKMAKÇI) ÇETİNKAYA

Eylűl 2004

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
SUMMARY	v
TEŞEKKÜR	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
BÖLÜM I	
1.1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.1. GİRİŞ	1
1.1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	4
1.2. GENEL BİLGİLER	6
1.2.1. KALİTEYE GİRİŞ	6
1.2.1.1. KALİTENİN TARİHÇESİ	7
1.2.1.2. KALİTENİN TANIMI	9
1.2.1.3. KALİTE YÖNETİMİ: BİR SÜREÇTİR	11
1.2.1.3.1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY) TANIMI, FELSEFESİ VE İLKELERİ	14
1.2.1.3.2. ÜLKEMİZDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)	16
1.2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNE BAKIŞ	17
1.2.2.1. HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE BAKIŞ	18
1.2.2.2. HEMŞİRELİK BAKIMI UYGULAMA YÖNTEMLERİ	19
1.2.2.2.1 VAKA YÖNTEMİ	20
1.2.2.2.2. FONKSİYONEL YÖNTEM	20
1.2.2.2.3. GRUP (TAKIM-EKİP) HEMŞİRELİĞİ YÖNTEMİ	21
1.2.2.2.4. PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ	21

1.2.3.	SAĞLIK VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE	22
1.2.3.1.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ANLAYIŞININ GELİŞTİRİLMESİ	22
1.2.3.1.1.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE TANIMI	23
1.2.3.1.2.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMASI	24
1.2.3.1.3.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTELİ BAKIMIN GEREĞİ	27
1.2.1.4.	SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	27
1.2.3.1.5.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE DEĞERLENDİRİLMESİ	28
1.2.3.2.	HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA KALİTE	30
1.2.3.2.1.	HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARININ TARİHÇESİ	32
1.2.3.2.2.	HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA STANDART BELİRLEME	33
1.2.3.2.3.	HEMŞİRELİK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ	34
1.3.	TANIMLAMALAR	36
	BÖLÜM II	
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	37
2.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	37
2.2.	ARAŞTIRMANIN YERİ	37
2.3.	ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	38
2.4.	VERİLERİN TOPLANMASI	39
2.4.1.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	39
2.4.2.	VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ	43
2.5.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	43
2.6.	ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ	44
2.7.	ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	44
2.8.	ARAŞTIRMANIN SÜRESİ	44
2.9.	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	45
2.9.1.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	46
2.9.2.	ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	47

	BÖLÜM III	
3.	BULGULAR	48
3.1.	HASTALARI TANITICI BULGULAR	48
3.2.	HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DAĞILIMI	57
3.3.	HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARININ ÇOKLU REGRESYON SONUÇLARI	77
	BÖLÜM IV	
4.	TARTIŞMA	82
4.1.	HASTALARI TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ	82
4.2.	HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	84
4.3.	HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ	84
4.4.	HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARININ ÇOKLU REGRESYON SONUÇLARININ İNCELENMESİ	91
	BÖLÜM V	
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	92
5.1.	SONUÇ	92
5.1.1	HASTALARI TANITICI SONUÇLAR	92
5.1.2.	HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARINA İLİŞKİN SONUÇLAR	93
5.2.	ÖNERİLER	95
	KAYNAKLAR	97
	EKLER	
	EK-1.C.B.Ü. TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ DAHİLİYE VE CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATAN HASTALARA YÖNELİK TANITICI BİLGİ FORMU	110
	EK-2. HASTA BAKIM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	112
	ÖZGEÇMİŞ	119
	ARAŞTIRMA İZİN YAZISI ÖRNEĞİ	120

ŞEKİLLER DİZİNİ

		Sayfa
Şekil 1	Standartlara Uygunluğu Sağlama Metodolojisi	12
Şekil 2	Toplam Kalite Yönetiminin Felsefesi ve İlkeleri	16
Şekil 3	Sağlık Kuruluşlarında TKY (Toplam Kalite Yönetimi) Mantiğı	24
Şekil 4	Hizmette Temel Kalite Kriterleri	25
Şekil 5	Kaliteli Hemşirelik Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi İçin Kavramsal Çatı	31



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1	Veri Toplama Araçları 39
Tablo 2	Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçeklerinin Güvenirlik Katsayıları Dağılımları (N=100) 41
Tablo 3	Hastaların Yattıkları Kliniklere Göre Dağılımları, Manisa, 2002 48
Tablo 4	Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 48
Tablo 5	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları, Manisa, 2002 49
Tablo 6	Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 49
Tablo 7	Hastaların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 50
Tablo 8	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 50
Tablo 9	Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımları, Manisa, 2002 51
Tablo 10	Hastaların Tanımladıkları Gelir Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 51
Tablo 11	Hastaların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Birimlerine Göre Dağılımları, Manisa, 2002 52
Tablo 12	Hastaların Yaşadıkları Evin Durumuna Göre Dağılımları, Manisa, 2002 52
Tablo 13	Hastaların Otomobil Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 53
Tablo 14	Hastaların Bilgisayar Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 53
Tablo 15	Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 54
Tablo 16	Hastaların Hastanede Yatma Sürelerine Göre Dağılımları, Manisa, 2002 54
Tablo 17	Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımları, Manisa, 2002 55

Tablo 18	Hastaların Aldıkları Tıbbi Tanılara Göre Dağılımı, Manisa, 2002	55
Tablo 19	Hastaların Bağımlılık Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002	56
Tablo 20	Hastaların Refakatçilerinin Olma Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002	56
Tablo 21	Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)	57
Tablo 22	Hastalara Ait Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre; Hasta Bakım Kalitesi Psiko-Sosyal Birey Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 23	Hastalara Ait Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre; Hasta Bakım Kalitesi Fiziksel Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo 24	Hastalara Ait Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre; Hasta Bakım Kalitesi Genel Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
Tablo 25	Hastalara Ait Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre; Hasta Bakım Kalitesi İletişim Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
Tablo 26	Hastalara Ait Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre; Hasta Bakım Kalitesi Mesleki Uygulamalar Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Tablo 27	Hastalara Ait Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre; Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
Tablo 28	Multiple Regresyon Modellerindeki Bağımsız Değişkenlerin Gösterimi	77
Tablo 29	Multiple Regresyon Modellerindeki Bağımsız Değişkenlerin Kullanım Listesi	78

Tablo 30	Hasta Bakım Kalitesi Psiko-sosyal Birey Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli	79
Tablo 31	Hasta Bakım Kalitesi Fiziksel Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli	79
Tablo 32	Hasta Bakım Kalitesi Genel Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli	80
Tablo 33	Hasta Bakım Kalitesi İletişim Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli	80
Tablo 34	Hasta Bakım Kalitesi Mesleki Uygulamalar Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli	81
Tablo 35	Toplam Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli	81

BÖLÜM I

1.1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.1. GİRİŞ

Kalite günümüzde gelişmiş ülkelerde sadece topluma en nitelikli hizmeti sağlama yolunda mesleki bir çabadan öte, toplumun da her alanda talep ettiği bir konuma gelmiştir. Ayrıca günümüzün değişen dünya dinamiği içinde insanlar, düşünceler, sistemler ve kurumlar hızlı bir değişim süreci içine girmiş bulunmaktadır. Bu değişimin sonucunda her alanda değişik gelişme, ilerleme ve kazançlar elde edilmiştir. Bu gelişmelerin dışında tutulamayacak olan sağlık hizmetlerinde de kalite odaklı modern bir bakımı içeren yönetim anlayışının benimsenerek uygulanması, bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlarının genişliği, bu alandaki hizmet sunumunun karmaşık yapısını ortaya koymaktadır. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireysel ve toplumsal ölçüde kaliteli olmalıdır (1,2,3,4,5).

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda yapılan tartışmalar, nedenli teknik ve karmaşık olarak şekillense de asıl olarak hizmetin "insan" a yönelik ve "insan için" olan düzenlemelerini içerir. Ve yalnızca bu nedenle bile çok eski bir kavram olduğu söylenebilir.

Ancak bu yeniden tanımlama sürecinde hizmetin kalite göstergelerinin son derece teknik ve dar sınırlara- alanlara ve çoğunlukla yapıldığı gibi üçüncü basamak tedavi hizmetlerine yoğunlaştırılması, bu konudaki önemli tehlikelerden birisidir.

Kalite, sağlık hizmet sunumunun tüm basamaklarında bulunması gereken bir niteliktir. Sağlık hizmetinin kalitesine yönelik girişimler, daha sistemin kurulması aşamasında öngörülen ayrıntılar içinde yer alır ve uygulanma sırasında gerçekleştirilir. Ancak yeterli ve nitelikli malzemeyle iyi bir tanı-tedavi sürecinin bir arada olması; ya da yalnız başına beklentilerin gerçekleştirilmesi, olumlu sağlık sonuçlarını elde etmek için yeter koşul değildir.

Uygun bir bildirim sistemi, sürekli eğitim, toplum katılımı, kendi kendini değerlendirme, denetim gibi yöntemlerle hizmet kalitesinin sürekli değerlendirilmesi, sonuçlara göre gerekli düzenlemelerin yapılması, böylece sürekli gelişme ile hizmetin kalitesinin güvenceye alınması gereklidir (6).

Sağlık işletmelerinin hedefi toplumun sağlıklı yaşamasını sağlamak ve bunu sürdürmektir. Ayrıca sağlık hizmetleri ülkelerin kalkınmasında araç ve amaç özelliğini taşımaktadır. Bu nedenle sağlığa yapılacak yatırımlar tüm yatırımların başında gelmelidir (7). Bilindiği gibi sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde hemşirelerin payı büyüktür. Hemşirelik hizmetlerinin özelliği, verilen hizmetin sürekli bir hizmet oluşudur. Hemşirelik hizmetlerinin niteliğine göre, sağlık hizmetleri değer kazanır ya da yargılanır (8).

Hemşirelikte, diğer kadın ağırlıklı mesleklerde olduğu gibi düşük statü, kötü çalışma koşulları, yükselme şansının azlığı, yetersiz eğitim gibi özellikler var olup, mesleği ile ilgili kararlarda farklı disiplinlerle etkileşim halinde olması mesleğin gelişimini olumsuz şekilde etkilemektedir. Ayrıca hemşirenin yaptığı işten doyum almaması, yorgunluk, kendini işe verememe, evli ve çocuk sahibi olması gibi özellikleri de bakımın kalitesini olumsuz şekilde etkileyerek, mesleğin gelişimine de yansımaktadır (9,10,11,12).

Ülkemizde kaliteli sağlık hizmetlerinin ve kaliteli hemşirelik uygulamalarının henüz yaygın olmayışı ve buna bağlı olarak insan kayıplarının fazla olması, hasta haklarını gündeme getirerek, bireylerin bu konuda girişimde bulunmasına neden olmaktadır (7).

Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili değişik alanlarda daha önce yapılmış Olgun (1994), Özmen (1996) ve Bilge Dönmez (1999)'in çalışmalarında bakım kalitesinin iyi düzeyde olmadığı ve yetersiz olduğu saptanmıştır (5,13,14). Sonuç olarak, ülke insanının değer verilip, sağlıklı yaşamak ve bunu sürdürmek istemesi en doğal hakkı olması sebebi ile en kısa zamanda kaliteli hemşirelik uygulamalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir (7).

Her gün yeni gelişmelerin ve hızlı değişimlerin meydana geldiği yüzyılımızda, herhangi bir mesleğin fonksiyonunu tam olarak yerine

getirebilmesi, kendi alanı içine giren bilgi ve becerilerin derinliğinde ve genişliğinde gelişme sağlanması ile mümkündür (15).

Bunun yanında kalite güvencesinden bahsedebilmek için eldeki mevcut üretimi sağlayan malzeme miktarının yüksek olması gerekmektedir İsviçre'de 25 kişiye bir hemşire düşerken, Türkiye'de bu sayı olması gerekenin çok altındadır. Ne yazık ki 1500 kişiye bir hemşire düşmektedir. Ekip üyelerinin sayı ve nitelik yönünden artması, sağlık hizmetleri kalitesini de arttırmıştır. Verilen hizmetin karşılığında ücret alınması, tüketici hakları ve talepleri, sağlık işletmelerinin rekabeti gündeme geldikçe bakımın kalitesi kavramı daha da ortaya çıkmıştır. Böylece bir yandan bakımın kalitesini geliştirme, diğer yandan bunun ölçütlerini belirleme, hemşirelik mesleğinde köklü değişikliklere yol açmıştır. Bugün hemşirelik mesleğinin yoğunlaştığı nokta, hastalara kaliteli bakım verilmesi ve bunun nasıl başarılacağı konusudur (5).

Hemşirelik bakımı kalite ölçümlerinde son dönemlerde görülen çabalar, sadece daha iyi bakımın elde edilmesine değil, aynı zamanda kalite ölçüm sanatının ilerlemesinde katkıda bulunacak ve sağlık bakımı reformunda, duyarlı hemşire kalite ölçümlerinin yer alması için yapılan çalışmalarda hemşire ve mesleği önem kazanacaktır (16).

Sağlık alanında kaliteli bakım göstergeleri arasında salt hastane yönetimi ve hasta bakım uygulamalarını esas alan görüş yerine hastadaki değişiklikleri (çıktılar=outcomes) esas alan bir görüş giderek önem kazanmaktadır. Hastanın durumundaki değişiklikler, çıktılar verilen bakımın kalitesini tanımlamada kullanılmasına karşın hastanenin yönetim yapısı ve hasta bakım uygulama süreçlerine bağlı olup, kaliteli bakımın tanımlanmasında yönetim yapısı, uygulama süreci ve çıktılar olarak bir üçlü oluştururlar. Çoğu kuramcılar, çıktıları kaliteli bakımın belirlenmesinde en geçerli ölçüt olarak ifade etmektedirler.

Hastanede tedavi gören hastalarda; mortalite, morbidite hastanede yatış süresi, hastanın verilen tedavi ve bakımdan memnun kalması gibi göstergeler, geleneksel olarak bakım kalitesini ölçmede sağlık personeli tarafından kullanılmaktadır (17).

Yukarıdaki açıklamalar ışığında, hastanelerdeki bakım kalitesinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesine gereksinim vardır. Hemşirelik bakım kalitesinin tespitinde sık kullanılan ölçeklerden biri QUALPACS (Quality Patient Care Scala)'dır (5,13,14). Kalite ile ilgili çalışmaların artması ile belirlenen durumlara uygun yaklaşımlar uygulanarak, kurum kaliteleri artırılabilir. Ayrıca bu araştırmalar, kalite alanında yeni yapılacak çalışmalara yol gösterici olacaktır.

1.1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Günümüzdeki bilim ve teknolojiye hızlı ilerlemeler nedeniyle dünya da hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Kaçınılmaz olarak sağlık sektörü de bu değişimden payını almaktadır. Öte yandan halkın daha yüksek kaliteli bakım talebi artmaktadır. Sağlık kuruluşları da sundukları hizmette değişen yenilikleri takip ederek, kullanmak ve artan talebi karşılamak zorundadır. Diğer bir deyişle, nitelikli bakım elde etmeye artan talep, hastanelerdeki ataerki düzenin temelini dinamit koymuştur. Şöyle ki; kalite, denetleme ve standart geliştirme, sağlık bakım gündemindeki ve günümüz hemşirelik bakımındaki majör gelişmeler olmuştur (16,18,19,20,21). Sağlık kuruluşlarında hizmet veren diğer sağlık ekibi üyeleri ve hemşire, en iyi şekilde hizmet vermek durumundadır. Yine bilimsel temellere dayanan bir meslek olan hemşirelik, etkin bir hemşirelik bakımı vermektен ve hasta sonuçlarından sorumludur.

Yapılan açıklamalar ve tanımlanan sorumluluklar ışığında; dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hasta bakım kalitesinin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için önem taşımaktadır. Bir ölçüde de kurum kalitesini belirleyici olacaktır. Belirlenen sonuç ışığında, mevcut insan gücü kaynakları ile hemşirelik hizmet kalitesi artırılabilir. Ayrıca yapılan bilimsel çalışmalar, hemşireler için sürekli yeni bilgilerin üretilmesine, yeniliklerin takip edilmesine ve bunların doğrultusunda hemşirelik uygulamalarını geliştirmelerine yön vermektedir.

Bütün bu açıklamalar doğrultusunda araştırmanın amacı:

1. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların aldıkları hasta bakımının kalitesini; Wandelt ve Ager (1974) tarafından düzenlenmiş ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Olgun (1994) tarafından yapılmış olan “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” ile saptamak,
2. Hasta bakım kalitesinin, hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence durumu, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yerleşim birimi) ve tıbbi özelliklerine (yattığı klinik, tıbbi tanısı, bağımlılık durumu, hastanede yatış süresi, hastaneye yatış sayısı ve refakatçi varlığı) göre değişiklik gösterip göstermediğini belirlemektir.

1.2. GENEL BİLGİLER

1.2.1. KALİTEYE GİRİŞ

Günümüz dünyasında doğal kaynakların yok olmaya ve kullanılamaz hale gelmeye başlaması ile beraber, insanların temiz bir çevre ve kaliteye olan ilgisi çoğalmakta; insanların temiz bir çevrede, daha kaliteli ürün ve daha kaliteli hizmet talebi de giderek artmaktadır. Tüketicinin bu talepleri, bütün dünya da "Kalite ve Kalite Sistemleri"nin önemini son derece arttırmıştır. Dolayısıyla da kalite, bugün küreselleşen dünya da ve Türkiye'de konuşulan bir kavramdır (22,23).

II. Dünya Savaşı yıllarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve NATO'da askeri amaçlı olarak hazırlanan Kalite Standartları ve Sistemleri 1950'li yılların başında Amerikalı uzmanlar tarafından Japonya'ya tanıtılmıştır. İspanya'da büyük ilgi gören kalite sistemleri yıllarca uygulanmış ve geliştirilmiştir. Japon mucizesinin temel taşı kabul edilen bu sistemler; Japonya'da "Toplam Kalite" anlayışının gelişmesine ve yerleşmesine sebep olmuştur. Çok üst düzeyde kalite anlayışını, "Toplam Kalite Yönetimi" adı altında başarıyla uygulayan tek ülke Japonya'dır (22,24).

1970'li yıllarda Japonya'nın bu başarılarını incelemeye başlayan Avrupa ülkeleri, bu yıllarda kalite ile yakından ilgilenmeye başlamışlardır. 1972 yılında İngiltere'de kalite konusunda ilk standart yayınlanmıştır.

Çok büyük bir hızla gelişme gösteren "Kalite Felsefesi", Avrupa'da ISO9000 serisi standartlarının yayınlanması ile birlikte, 1985-1987 yıllarında patlama noktasına gelmiştir. Halen bütün dünya da ve özellikle ülkemizin de yer aldığı Avrupa'da ISO9000 serisi standartlardan yararlanılarak "Kalite Sistemleri" üretim ve hizmet sektörlerinde hayata geçirilmektedir.

Bilgi çağı olarak tanımlanan 2000'li yıllara başarılı bir şekilde ulaşmasının bir anahtarı olan ISO 9000 serisi kalite standartlarının önemi, Türk iş adamları ve sanayicileri tarafından zamanında fark edilmiş ve bütün sektörlerde "Kalite Sistemleri" kurma çalışmaları hızla başlatılmıştır.

Şu günlerde Avrupa'da ve aynı zamanda ülkemizde de hizmet sektöründe "Kalite Sistemleri" çalışmaları yoğunluk kazanmıştır. Bütün dünya da hızlı bir bilgi transferi mevcuttur. Bu sayede insanlar, bütün dünya da olup bitenlerden, ürün ve hizmetlerin kalitesinde çok kısa zamanda haberdar olmakta; kaliteli ürün ve kaliteli hizmeti kendisi de talep etmektedir (22).

Kalite ve verimliliği artırmanın tek yolu, ISO 9000 serisi standartların takibinden geçmektedir. Bugün hayatımızın bütün safhalarında kalite ön plana çıkmıştır. Her zaman, her yerde, her şeyde kalite isteği önü alınamaz bir talep haline gelmiştir (3,22).

1.2.1.1. KALİTENİN TARİHÇESİ

Kalite ile ilgili ilk kayıtlar, M.Ö. 2150 yılına kadar uzanır. Ünlü Hammurabi Kanunlarının 229. maddesinde şu hüküm yer almakta idi. "Eğer inşaat ustası, bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp, ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne neden olursa, o inşaat ustasının başı uçurulur" (25,26,27,28).

Tarihte, Fenikelilerde de oldukça etkili yaptırım yollarının olduğu anlaşılmaktadır. Fenikeli bir denetçi, kalite standartlarına uygun olmayan kusurlu malın imalini önlemek için, mali imal edenin elini kesme yetkisine sahip idi (25,26,28).

Kalitenin bir kavram olarak ortaya çıkması 19. Yüzyıla rastlamaktadır. Ancak bu dönemden sonradır ki, üreticiler kalite bilinciyle, ürünlerine kendi markalarını vurmaktan gurur duymaya başlamışlardır (25,26).

Frederick Taylor'un, İngiltere'de iş planlamasını, işçi ve usta başlarının inisiyatifinden alıp, endüstri mühendislerinin kontrolüne vermesi ile başlattığı uygulama, sanayi devriminin önemli adımlarındandır.

Amerika ve Japonya, kalite konusunda önemli atılımlar yapmış iki ülkedir. Amerika'da Henry Ford ile 1907'de başlayan "Kalite Kontrolü"nde, bir bütünü oluşturan parçaların kontrolü çok basite indirgenmiş ve kalite kontrolünde bu sistem adeta devrim yaratmıştır.

1926'da George Edwards, kalite kontrol uygulamayan işletme ve firmaların rekabet şansını yitireceğini öne sürmüştür. W.A. Shewhart ve G. Edwards "Kalite Mühendisliği" ve "İstatistiksel Kalite Kontrol" kavramlarının babası olmuşlardır.

1946 yılında Amerika'da, "Amerikan Kalite Kontrol Kurumu"nun kurulmasıyla, temel kalite kavramlarının gelişmesi daha kolay olmuştur. Japonya'da yine 1946 yıllarında, kalite kontrol çalışmaları başlamış; önceleri İngiliz standartlarını aynen uygulamaya çalışan Japonlar, daha sonraları Amerika ile işbirliği yaparak da hızlı gelişmeler kaydetmişlerdir (25,28).

1920 ve 1940 yılları arasında Bell Laboratuvarlarında kalite kontrol çalışmaları başlatılmış ve istatistiksel kalite kontrol kavramı gündeme getirilmiştir. II. Dünya Savaşı, kalite teknolojisinin gelişimini sağlayarak, kalite kontrol çalışmalarının artmasına ve daha çok bilgi paylaşımına yol açmıştır. Daha sonra kalite kavramı "kalite yönetim sorumluluğu" anlayışıyla değişikliğe uğramış ve 1951 yılında "Toplam Kalite Kontrol" kavramıyla bütün birimlerin ortak sorumluluğu haline gelmiştir (26).

Yine 1950'lerde hizmet sanayinde, "Kalite Güvencesi" kavramı şekillenmeye başlamıştır. 1960 yılları sonlarında bilgisayar teknolojisinin gelişimi ile kalite konusu yeni bir boyut kazanmış ve 1961 Philip Crosby, "Sıfır Kusurlu" kavramını geliştirmiştir (25).

Edwards Deming, kalite konusunda önemli isimlerden biridir. Deming, II. Dünya Savaşı sırasında, mühendislere ve satın alma görevlilerine, istatistiksel kalite kontrol sistemini öğretmiş kişidir. Çünkü Deming'e göre, istatistiksel analiz, bir sürecin kontrol altında olup olmadığını ortaya çıkarır ve istatistiksel analiz sistemi ile çalışma anlayışı problemlerin doğru şekilde teşhis edilmesine ve çözümlerinin bulunmasına olanak sağlar (25,28).

1980'li yıllarda endüstri ve hizmet sektöründe "Toplam Kalite Yönetimi (TKY)" uygulamaları başlatılmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır. TKY, özellikle gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmetleri alanında da hızlı bir yayılma göstermiş ve gelişimini sürdürmektedir (26,29).

Gelecek on yıllık dönem içinde de, kalitenin doğal olarak kazanılmış bir hak olarak görüleceği, bu nedenle de rekabetin yoğunluk kazanacağı düşünülmektedir. Ülkemizde de kalite konusunda bilinçlenme hızla yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle, "Kalite Derneği" kurulmuş ve 1991 yılı da "Kalite Yılı" ilan edilmiştir. Avrupa Topluluğu'na girme hazırlıkları içinde olan ülkemiz için Tek Pazarda ISO 9000 ya da Avrupa Standardı EN 29000 olarak bilinen "Kalite Güvencesi Standartları" serisinin uygulanması büyük önem taşımaktadır (22,25,27,28).

1.2.1.2. KALİTENİN TANIMI

Kalitenin ne olduğu sorusuna verilebilecek bir çok yanıt bulunmaktadır. Özellikle imalat sektöründe, kalite başarı için temel bir gerekliliktir. Rekabetin hızla arttığı günümüz ekonomisinde, kuruluşların varlıklarını sürdürebilmesinin şartının sadece müşteri istek ve beklentilerine uygun mal ve hizmet üretmesine bağlı olduğu artık herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir (30).

"Kalite nedir?" sorusuna verilecek yanıtlar şöyle özetlenebilir:

- * Kalite, üretilen mal ya da hizmetleri, tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya beklentilerini karşılama derecesi olarak tanımlanabilir. Kısaca kalite, kullanıma uygunluktur (31).
- * Kalite, bilimsel bir kavramdır. Bir şeyin ortaya koyacağı mükemmellik derecesidir (26,32).
- * Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve bu düzeye ulaşmak için sistemli bir yaklaşım getirmektedir (25,28,33,34).
- * Kalite, önlemdir; sorun ortaya çıkmadan önce çözümler oluşturmaktır. Hizmete üstünlük ve kusursuzluk getirmektir.
- * Kalite, kullanıma, şartlara ve ihtiyacı karşılamaya uygunluktur, işleri doğru ve çabuk olarak yapmaktır. Ve sonuç olarak müşterinin tatmin olmasıdır (25,28).
- * Kalite bir yatırımdır; çünkü uzun dönemde bir işi ilk defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daima daha ekonomiktir (25,28,34).

- * Kalite, istenilen özelliklere uygunluktur. Bir amaç değil, yüksek rekabet gücünü sağlamaya imkan veren bir araçtır.
- * ISO (International Standardization Organization= Uluslar arası Standardizasyon Örgütü) 8402 Kalite Sözlüğü'ne göre kalite; bir mal ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır.
- * Kalite, en iyi demek değil; bir mal ya da hizmetin müşteri ya da kullanıcıların istek ve ihtiyaçlarını istenilen düzeyde karşılayabilmesidir (26).
- *Kalite TSE (Türk Standartları Enstitüsü) 'nün ISO-9000 standartlarındaki tanımına göre, ürün ya da hizmeti en ekonomik yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (34).
- *Kalitenin bugün için kesinlikle geçerliliğini kaybeden tanımı; spesifikasyonlara uygunluktur. Oysa günümüzde kalite; müşteri isteklerinin karşılanmasıdır (1).
- *Diğer tanıma göre kalite; bir ürün veya hizmetin özellik veya karakteristiklerinin mevcut veya ileride gerek duyulabilecek müşteri ihtiyaçlarını karşılayabilme yeterliliğidir (1,24,35).
- * Kalite kavramı, fiyat ile eşdeğer anlamda değildir. Her zaman fiyatı yüksek bir mal ya da hizmetin kaliteli olduğundan, ucuz fiyattaki mal ya da hizmetin kalitesiz olduğundan bahsedilmesi doğru değildir. Çünkü kalite ile fiyatı bütünleştirmek önemli yanılgılara neden olur (26).
- * ISO'nun TS 9005 Türk Standartlarına çevrilmiş tanımına göre kalite; bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerin toplamıdır (26,27,35,36).
- * Kalite, pazarlama bakış açısıyla; müşteri istek ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Başka bir anlatımla, müşteri istek ve beklentilerini karşılayan bir üründür (hizmettir) (37,38).
- *Kalite, kullanıma, amaca uygunluktur (23,27,36,39).
- * Kalite, şartlara uygunluktur (27,39).
- * Kalite, herkesin sorumlu olduğu kullanıcıyı tam tatmin eden en ucuz değerdir (39).

*Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneği'nce benimsenen kalite tanımı; bir ürün ya da hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür (40).

Kalite; iyi, güzel ve ilk defada doğru uygulama ile eşdeğerdir (25,28,34,40).

Yapılan tüm tanımlardan özetle;

Kalite: Önemlidir.

Müşteri tatminidir.

Verimliliktir.

Etkili olmaktır.

Bir programa uymaktır.

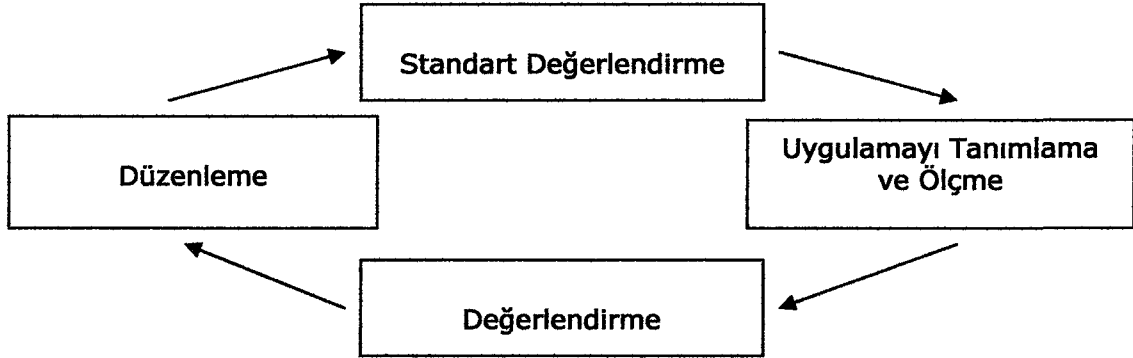
Bir süreçtir.

Bir yatırımdır (25,28).

1.2.1.3. KALİTE YÖNETİMİ: BİR SÜREÇTİR

Kalite yönetimi, standartların geliştirildiği ve uygulandığı bir süreçtir. Standart (tek biçim) terimi, niteliğin tanımlanması ya da betimlenmesi diye yalın bir şekilde açıklanabilir. Kalite yönetimi sürekliliği olan bir faaliyettir. Kalite yönetimi sürecinde geçen standart kavramı; belirli bir nüfus için, üzerinde mesleki uzlaşmaya varılmış; başarılabılır, arzulanır ve ölçülebilir başarı (performans) düzeyi olarak tanımlanabilir. Standartların temelde yasalara uygun olarak hizmet ortamına nasıl aktarılacağı kalite yönetimi sürecine girilir. Kalite yönetimi dönüşüm ve çıktı aşamalarında gerçekleştirilir. Bu aşamalarda elde edilen sonuçlar, geliştirilen standartlarla karşılaştırılarak gerekli önlemler alınır ve düzeltici eylemlere girilir (36,38,41).

Etkili bir kalite yönetimi sisteminin ana ögesi, standartların sürekli geliştirilmesidir ve standartlara uygunluğun sağlanmasıdır. Kalitenin ölçümü ile ilgilenen kişilerden Donabedian tarafından geliştirilmiş olan bir yaklaşımda da; bakım ölçümünün kesin belirlenmiş standartlarla yapılması öngörülmektedir. Standartlara uygunluğu sağlama metodolojisi Şekil 1'de verilmiştir (38).



Şekil 1. Standartlara Uygunluğu Sağlama Metodolojisi

Standart geliştirme sürecinin temel aşamaları şunlardır (38,42):

- 1) Standart ve kriter belirleme
- 2) Uygulamayı ölçme ve tanımlama
- 3) Değerlendirme (1=2 mi?)
- 4) Düzenleme (1#2 değil ise?)
- 5) Tekrar değerlendirme (1=2 mi?)

Daha önce de bahsedildiği gibi özetle, kalite yönetimi sistematığı açısından, uygulamalarda önceden belirlenmiş, standartların yeri büyük önem taşır (38,43). Bakım kalitesini değerlendirmede kullanılan standartlar iki ana grupta toplanabilir:

1-Normatif standart: Otorite olarak bilinen kişiler ya da gruplar tarafından ortaya konulan;

2-Ampirik standart: Uygulamada gözlenen modellerden ortaya konulan standartlardır (42,44).

Kalite yönetimi için üç faaliyetin gerekli olduğu öne sürülebilir (38):

- 1- Yeterli ve güvenilir veri toplama
 - a) Bireyin (müşterinin) aldığı hizmetle ilgili
 - b) Hizmet sunanın verimi ile ilgili
- 2- Kriter ve standartlara göre, elde edilen verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi.

3- Kurumun gerekli olan değişiklikleri ve düzeltmeleri yapabilecek yaklaşımı seçme ve uygulaması için yönetsel otoritenin harekete geçirilmesi.

Bu üç ana faaliyet etkili bir kalite yönetimi sisteminin temelini oluşturur (38). Sonuçta kalite yönetiminin başarılı olarak uygulanması ile:

- Hizmet verimliliği ve müşteri tatmini artar,
- Verimliliğin artması ile de maliyet düşer.

Bu faydaların sağlanabilmesi için hizmeti gerçekleştiren insan faktörünün çok dikkatle ele alınması gerekmektedir. Çünkü özellikle hizmet sektöründe, insan ilişkileri hizmet kalitesinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle personelin tecrübe, kalite ve yeterliliğini geliştirmek, motivasyonunu arttırmak, müşteri beklentilerini yerine getirmek için önemle üzerinde durulması gereken noktalardır.

Tüm bunların gerçekleşmesi için yönetim sorumluluğu, personel ve malzeme kaynakları ile "Kalite Sistemi" yapısının koordinasyonu çok iyi sağlanmalıdır.

Yönetim, hizmet kalitesi ve müşterinin tatmini için bir politika oluşturmalıdır. Bu politika verilecek hizmetin derecesi, kuruluşun kalite itibarı, personelin yapısı vb. diğer faktörler dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Ayrıca yönetim tarafından politikanın yanı sıra kalite hedefleri belirlenmelidir.

Yönetim, kalite hedeflerinin yerine getirilebilmesi için, hizmetin tüm aşamalarında kaliteyi etkin bir şekilde kontrol etmek ve geliştirmek amacıyla faaliyetleriyle hizmet kalitesini etkileyen bütün personel için yetki ve sorumlulukları açıkça tanımlamalıdır.

Yönetim, kalite politikasının uygulanmasındaki etkinliği ve kalite hedeflerine ulaşp ulaşmadığını, sürekli uygunluğun sağlanıp sağlanmadığını tespit etmek amacıyla, kalite sistemini periyodik ve bağımsız olarak gözden geçirmelidir.

Bilindiği gibi bütün kuruluşlar için en önemli kaynak insandır.

Hizmet veren personel özellikle direkt müşteri ile ilgili olanlar, iletişim konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmalıdır. Bu insanlar akıcı bir hizmet verebilecek ve kolayca ilişkiye girebilecek yeteneğe sahip olmalıdır.

Hizmet veren kuruluş içindeki düzenli iletişim, yönetimin tüm seviyelerinde aynı önemde ele alınmalıdır. Bu amaçla yöneticilerin kısa toplantılar yapması, karşılıklı bilgi değişimi, dökümanite edilmiş enformasyon hizmeti sağlanması ve enformasyon teknolojilerinden faydalanılması yararlı olacaktır (22).

Uygun bir Kalite Sistemi Dökümantasyonu için:

1. Kalite El Kitabı (Kalıcı bir referans olarak "Kalite Sistemi"nin tanımının yapıldığı)
 2. Kalite Planı (Her hizmet için kalite uygulamalarını, kaynakları ve faaliyetlerin sunuşlarını tanımlayan)
 3. Prosedürler (Faaliyetlerin nasıl gerçekleştirileceğini, kontrol ve kayıt edileceğini açıklayan)
 4. Kalite Kayıtları (Hedeflere yönelik çalışma dökümanları, müşteri şikayetleri, düzeltici faaliyetler ile ilgili uygulamalar, personel eğitimi gibi dökümanları kapsayan)
- olmalıdır (22,45).

1.2.1.3.1. TKY (TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ) TANIMI, FELSEFESİ VE İLKELERİ

Ezici rekabetçi ortamda değişen koşullara adapte olarak, kendini geliştirerek, değişen müşteri tatmini kriterlerini zamanında yakalayıp, var olan boşlukları doldurarak hayatta kalmak ve başarılı olmak isteyen firmalar modern ve çağdaş yönetim anlayışlarından biri olan Toplam Kalite Yönetimi (TKY), aslında bir yönetim tekniğinden çok bir yönetim felsefesi ve hatta ötesinde bir yaşam "tarzı" dır, bir felsefedir. İnsan bazlı uzun vadeli ve sürekliliği olan bir yatırımdır. Bu noktada, TKY diğer yönetim anlayışlarından ayrılır (4,42,46,47).

Burada detaylı bir tanım vermek gerekirse:

"Toplam Kalite Yönetimi (TKY), tüm proseslerin, ürünlerin ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatmininin artırılması ve müşteri bağlılığının yaratılmasının sağlanması amacıyla işletmede alınan

sonuçların sürekli iyileştirilmesine dayanan, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan modern bir yönetim biçimidir" (1,49).

Çok kısa şekilde özetlenirse, TKY; hedefi müşteri memnuniyeti olan çağdaş bir yönetim anlayışıdır. "Müşteri odaklı" bu anlayışın iki temel unsuru bulunmaktadır. Bunlar: -Tam katılım ve -Sürekli iyileştirmedir (1).

TKY'de, hem süreç hem de insani unsurların temel misyonu, değişimi yönetebilmek ve "kalite"ye ulaşmaktır. Kalite, burada geleneksel anlamının dışında yeni bir ifadeye sahiptir. Kalite müşteri isteklerinin karşılanmasıdır. Diğer bir ifadeyle TKY, müşteri beklentilerini her şeyin üstünde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir (1,39,47,48). TKY, kaliteye birde "yönetim" kavramını ekleyerek kalite sorunlarından, eksik ve kusurlarından sorumluyu belirlemiştir. Deming'e göre yönetim kalite sorunlarının %85'inden sorumludur. O halde kurumun tüm işleyişine hakim bir kalite politikası yaratabilmek ve sürekliliğini sağlayabilmek için bütün çalışmalarda yönetim katılımına ve desteğine ihtiyaç vardır (23).

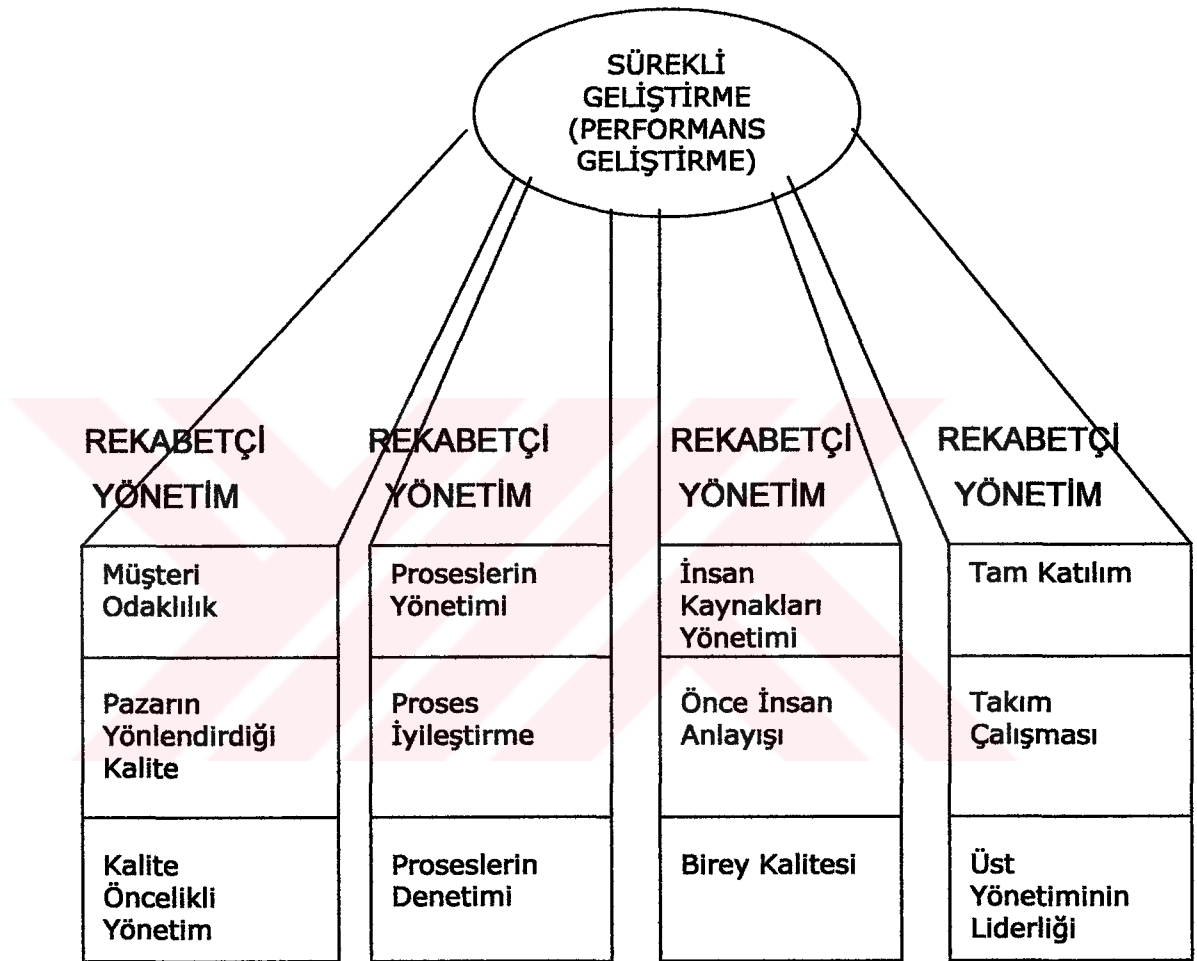
TKY, değişimlerin yönetilmesinde ve rekabet gücünü geliştirmede yüksek hız sağlayan bir sistemdir, kökeninde insan olan bir yaklaşımdır. Bunu gerçekleştirirken "kalite-maliyet-termin-verimlilik-kar" ilişkisine geleneksel anlayıştan çok daha değişik bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Bu yeni açığa göre, kalite için yapılan çalışmalar, savurganlığı önlemekte, verimliliği arttırmakta ve maliyetleri düşürmektedir. Yüksek kaliteli ürünlerin daha düşük fiyattan pazara sürülmesi, Pazar payını arttırmakta ve "kar" amacına ulaşılmasını sağlamaktadır (1,49).

Toplam Kalite Yönetiminin felsefesi ve ilkeleri Şekil 2 'de özetlenmiştir.

Toplam Kalite Yönetiminin 6 temel ilkesi:

- 1- Müşteri odaklılık
- 2- Sürekli geliştirme (Kaizen)
- 3- Tam katılım

- 4- TKY ve şirket kültürü
- 5- İnsan kaynakları yönetimi, önce insan anlayışı ve birey kalitesi
- 6- Performans geliştirme, proseslerin yönetimi ve sürekli proses denetimidir (1,50).



Şekil 2. Toplam Kalite Yönetiminin Felsefesi ve İlkeleri

1.2.1.3.2. ÜLKEMİZDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)

Ülkemizde TKY çalışmaları ilk olarak 1980'lerin başlarında çok zayıf birkaç uygulama ile başlamıştır. Bu çalışmaların ilkelerinden biri 1982 yılından Turyağ firması genel müdürünün bir ziyareti sırasında Japonya'da gördüğü kalite çemberleri uygulamalarını kendi firmasında hayata geçirmek istemesiyle

yaşanmıştır. 1980'lerin sonlarına doğru benzeri birkaç firmanın, kapsamlı olmayan, eksik uygulamalarının ardından 1990'lara gelindiğinde bu anlayışı tanıyıp öğrenen ve bizzat hayata geçiren firmalar ortaya çıkmıştır (1,27,40,42,49).

Zaman içinde Türkiye boyutunda yaşanan gelişmelerin yarattığı potansiyelin bir sonucu olarak, sektörlerin önde gelen kuruluşları olan yedi firma ve TSE tarafından 1990 yılı Kasım ayında ulusal nitelikte bir dernek olarak Kalite Derneği (KAL DER) kurulmuştur (1,50).

Kalderin kuruluşu ile birlikte kurumsal bir kimlik kazanan, kendisine güçlü bir çatı bulan kalite çalışmaları sağlıklı bir biçimde gelişmeye başlamış ve çığ gibi büyümüştür. Düzenlenen çeşitli eğitim programları, kalite konusunda önce Kalite Dergisi, şirket yöneticilerini, öğretim üyelerini ve üniversite öğrencilerini bir araya getiren çeşitli proje grupları gibi pek çok faaliyet sayesinde KalDer, bu konuda atılan bir çok adımın öncüsü olmuştur (7).

TÜSİAD (Türkiye Sanayicileri ve İş Adamları Derneği) ile ortaklaşa düzenlenen ve ilki 1992 yılında gerçekleştirilen Ulusal Kalite Kongreleri organizasyonları ve ilki 1993 yılında verilen Ulusal Kalite Ödülü uygulaması ile sanayi ve hizmet sektörlerinden işletmelerimize toplam kalitenin tanıtılması ve özendirilmesi atılmış en önemli adımlardır. Özellikle, Türkiye'de ilk kalite ödülünün, Avrupa Kalite Ödülü uygulamasından sadece bir yıl sonra başlatılmış olması çok önemli bir adımdır (1).

1.2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNE BAKIŞ

İki yüz yıldan daha az geçmişe sahip olan modern bilimsel tıp alanında "hizmet sunma" kavramında artık yeni yaklaşımdan söz etmek gerekmektedir. 60'lı ve 70'li yıllara damgasını vurmuş olan klasik halk sağlığı anlayışı, hizmetin daha çok halka "verilmesi, aktarılması, iletilmesi" gerektiğini vurgulamaktaydı. Yani halkın bu konudaki eğilimleri, düşünceleri, hizmeti beğenip beğenmemesi fazla tartışılmamaktaydı; örneğin, "hastanın hekimini seçme hakkı bugün geniş

kabul gören bir hak, halk sağlığı çevrelerinde fazla ciddiye alınmamakta ve “yeterli sayıda hekim yok ki, seçme hakkı olsun” düşüncesi hakimdi (51,52).

Yeni yaklaşım biçimine göre ise, sürekli bireysel müşteri ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak çalışan, çok karmaşık sistemlerden biri olan sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti, “belli bir ortam içinde yürütülen karşılıklı bir iletişim, bir alışveriş” olarak algılanmakta ve kullanıcının bakışı, değerleri, yargıları, kararları artık ön plana çıkmaktadır (51,53).

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuluş biçimi, günümüzde ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer almakta ve “olmazsa olmaz” niteliği ile hizmet sektörü içinde önemli yere sahiptir (25,31).

1.2.2.1. HASTANEDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE BAKIŞ

İlk çağlarda insanın var oluşu ile doğmuş olan hemşirelik mesleği, gelişimini henüz tamamlayamamış, istenilen düzeye ulaşmamış bir meslektir. Hemşireliğin tarihi, kadının şifa verici rolü ile başlar. Ancak modern anlamdaki hemşireliğin Kırım Savaşı (1854-56) sırasında Florence Nightingale (1820-1910) ile başladığı kabul edilmektedir (9,10,11,54).

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı “sağlık” üzerinde bireye (insana) odaklanmıştır. Uygar olmanın önde gelen koşullarından biri, kuşkusuz, tüm insanları ırk, din, dil, sosyal ve ekonomik farkı gözetmeksizin sevmek ve bilimsel objektiflere dayalı etkili bir sağlık hizmeti sunmaktır. Bilimsel kriter ya da bilimsel objektif denince de akla kalite (nitelik) gelmektedir (23,55,56).

Uygar ülkelerde topluma sunulan hizmetlerin başında sağlık ve eğitim hizmetleri gelmektedir. Ve her iki hizmet türü de ekip tarafından sunulmakla birlikte, ekibe en önemli örnek sağlık hizmetleri ilgi alanından verilebilir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sınıflamasına göre; sağlık hizmetleri ekibinde 29 tür görev yapan personel bulunmaktadır. Ve bu ekibin en önemlileri arasında “olmazsa olmaz” denilen hemşireler vardır. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de hemşireler, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında

bakım hizmeti ile görev yapmaktadırlar. İster birinci, ikinci ve isterse üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler, her basamakta müşteri doyumuna, üretilen hizmetlere, verimliliğe, yeniliğe, yaratıcılığa ve toplam kalite yönetiminin başarısına ilişkin göstergelerin iyi olumlu olmalarına yönelik uygulama eğitimi verilerek performansları yükseltilmeli ve bu performansları daha da iyileştirerek sürekliliği sağlanmalıdır (12,23,53). Hemşirelik sisteminin işlev görme aşamasındaki gerekli koşulları ise;

- 1- Çeşitli ortamlar (hastane, sağlık merkezi ve rehabilitasyon merkezi gibi)
- 2- Çeşitli beceriler (iletişim, yardım etme, problem çözme, öğretme-eğitme ve liderlik becerileri gibi)
- 3- Çeşitli hemşirelik rolleri (bakım- tedavi edici, koruyucu, rehabilite edici, eğitici, danışmanlık, hasta sözcülüğü, değişim aracı olma ve sağlık politikalarının oluşturulmasında yer alma gibi) koşullarıdır (57).

Özetle toplumun gereksinimlerinden ortaya çıkan ve bireylere, ailelere ve dolayısıyla topluma verilen bir hizmet olan hemşirelik mesleği, bugün gördüğü işlevler ile dünyanın hemen her yerinde ülkelerin sağlık alanındaki hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Hemşirelik insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir. Her şeyin en iyisine layık olan insanoğluna daha iyi hizmet verebilmek, hemşireliğin evrensel amacıdır. Hangi alanda olursa olsun (ister dahiliye, ister cerrahi), asıl önemli olan nokta bireyi/hastayı holistik görüş çerçevesinde bütüncül olarak ele almak ve gerekli her türlü bakımını sağlamaktır (58,59,60,61).

1.2.2.2. HEMŞİRELİK BAKIMI UYGULAMA YÖNTEMLERİ

1920'li yıllardan bu yana hemşirelik bakımında gerek yapısal gerekse organizasyonel açıdan değişiklik olmuş ve hemşirelik bakımının kalitesini artırarak en iyi bakım yöntemlerini bulma konusunda pek çok çalışmalar yapılmıştır. Bakımın etkin şekilde planlanması, var olan personel ve diğer kaynaklardan en üst düzeyde yararlanılması ile sağlığın geliştirilmesi ve

yükseltilmesi ve hastalıkların daha kısa sürede iyileşmesi gerçekleştirilecektir (21). Hemşirelik bakımı verme modelleri profesyonelliğin eksikliğini hemşireliğin gelişimsel evresini ve hemşirelik yönetiminin bürokratik yapısını yansıtmaktadır. Hemşirelik organizasyonunun tarihsel gelişiminde bir çok hemşirelik bakımı modelleri vardır (13).

Günümüzde en iyi bilinen ve en yaygın olarak kullanılan bakım organizasyon yöntemleri şu şekilde sıralanmaktadır (13,14,21):

- 1- Vaka yöntemi
- 2- Fonksiyonel yöntem
- 3- Grup (takım-ekip) hemşireliği yöntemi
- 4- Primer hemşirelik yöntemi

1.2.2.2.1. VAKA YÖNTEMİ

İkinci Dünya Savaşı'ndan önce var olan hemşirelik bakımı verme modelidir. Marram bu yöntemi küçük hasta grupları için ayrılan hemşirelerin tüm hemşirelik bakımını vermeleri olarak tanımlamaktadır. 1930 yılına kadar yoğun şekilde uygulamada olan vaka yönteminde hemşire hastasının bakımını teke tek planlar ve yapar. Vaka yöntemi, gün boyu devamlılığa sahiptir, özellikle öğrencilerin hasta bakımını öğrenmeleri için bir araçtır. Bu modelde hastalar hemşireye doğrudan ulaşabilmektedir. Hemşireler hasta bakımında otoriteye sahiptir. Bu yöntem hasta bakımının bir bütün olarak verilmesine olanak sağlamasına rağmen, aynı hemşire her gün aynı hasta grubuna bakım veremeyeceği için, bu durum sürekliliğin olmamasına neden olmaktadır (13,14,21).

1.2.2.2.2. FONKSİYONEL YÖNTEM

Fonksiyonel hemşirelik, hemşirelik bakım yönteminin ilk bilimsel örneğidir. Fonksiyonel hemşirelik bakım yöntemi, endüstrinin gelişmeye başladığı dönemlerde Henry Ford'un otomobil montaj fabrikasında fonksiyonel

yaklaşımı kullanmaya başlaması ile, hemşirelikte aynı yaklaşımı uygularsa, daha etkili olabileceği fikri ile ortaya çıkmıştır. Fonksiyonel yöntemde, hemşirelik aktiviteleri görevler halinde bölünmüştür. Bu nedenle bu yöntem literatürde iş merkezli hemşirelik bakım modeli olarak ta tanımlanmaktadır. Bu yöntemde aktiviteler genellikle hiyerarşik olarak sıralanmıştır. Fonksiyonel hemşirelik yönteminin avantajı, merkezi olmasından dolayı kontrol etme ve karar verme kolaylığı sağlamasıdır (13,14,21)

1.2.2.2.3. GRUP (TAKIM-EKİP) HEMŞİRELİĞİ YÖNTEMİ

Ekip hemşireliği bakım yöntemi, günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ekip hemşireliği yöntemi, hastanın hemşirelik bakımı için sorumlulukların ve iş birliğinin bölünmesi varsayımına dayandırılır. Ekip, sağlık bakımı veren birkaç kişiyi kapsar, bunlar genellikle farklı eğitime ve farklı becerilere sahip kişilerdir. Her bir hemşirelik ekibi sekiz saat boyunca aynı hasta grupları için hemşirelik sorumluluklarını yerine getirir. Hastanın bakımı bütün ekip tarafından sağlanır. Tek bir hemşire, bütün hemşirelik bakımından sorumlu değildir. Diplomalı bir hemşire olan, lider bakımı planlar, uygular, değerlendirir, ekibin diğer üyelerinin aktivitelerinden ve koordinasyonundan sorumludur. Ekip üyeleri arasında bakım ile ilgili iletişimi sağlar, gerekli görevlendirmeleri yapar (13,14,21).

1.2.2.2.4. PRİMER HEMŞİRELİK YÖNTEMİ

Organize bakım bir modeli olan primer hemşirelik bakım modeli, hasta hastanede yattığı sürece onun bakımından bir hemşirenin sorumlu olmasına odaklanmıştır. Primer hemşireliğin uzun yıllardır İngiltere'de yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir ve dünyanın başka ülkelerinde de uygulama örnekleri artmaktadır. Primer hemşirelik, spesifik hastalar için hemşirelik sorumluluklarının yerine getirilmesinde ekip ve fonksiyonel hemşirelik modellerinin zayıf kalması nedeniyle geliştirilmiştir. Primer hemşirelikteki

merkez kavram, belli bir hastanın hemşirelik bakımının yatışından çıkışına kadar bir hemşirenin rehberliği altında olmasıdır (13,14,21).

1.2.3. SAĞLIK VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE

1.2.3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ANLAYIŞININ GELİŞTİRİLMESİ

Toplam kalite yönetimi programını geleneksel kalite yönetiminden ayıran temel özelliklerden birisi, hasta veya hizmet kullananları, bir sorun olarak değil, hizmet sürecinin bir parçası olarak görmesidir (42).

Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmak için profesyonel standartların geliştirilmesi anahtar rol oynar. Ayrıca klinik araştırmalar, değerlendirmeler, protokoller, prosedürler ve bakım planları, disiplin içi, disiplinler arası ve kurumlar arası iletişimde ve görüş birliği oluşturmada son derece önemlidir. Ancak bunun yanında sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının geliştirilmesi:

- Kaliteyi ilke edinmiş yönetim anlayışı ile,
- Kaliteli örgün bir eğitim ile,
- Kaliteli eğitmciler ile,
- Kaliteli hemşire müdürler ile ve
- Kaliteli hemşireler ile mümkündür (25,62).

Ne yazık ki, ülkemizde bilgi, dökümantasyon ve veri oluşturma çalışmalarında önemli eksiklikler bulunmaktadır (25).

Kaliteli hizmet, uzun zaman alan, güçlü inanç isteyen, süreklilik gerektiren, birlikte çalışmayı gerektiren zorlu bir uğraştır. Bu uğraşın hizmet sektörleri açısından gerçekleştirilebilmesi için, kalite kültürünün oluşturulması gerekir. Bunun ise yedi temel ögesi bulunmaktadır (25,63,64):

- 1- Taleplerin karşılanması (conformance to requirements)
- 2- Üretim /hizmetin her aşamasında önleyici tedbirlerin alınması (prevention)
- 3- İlk seferde doğru yapmak (do it right the first time)

- 4- Gelişim için ölçmek (measurement)
- 5- Hizmeti veren ve alanın işbirliği =müşteri-satıcı odaklılığı (customer/supplier partnership)
- 6- Tüm çalışanların aktif katılımı (involvement)
- 7- Sürekli gelişim (continual improvement).

1.2.3.1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE TANIMI

Sağlık hizmetlerinde Kalite Kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin (müşterinin) isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir. Hizmetin sunumunda amaçlanan neticenin elde edilebilmesi için;

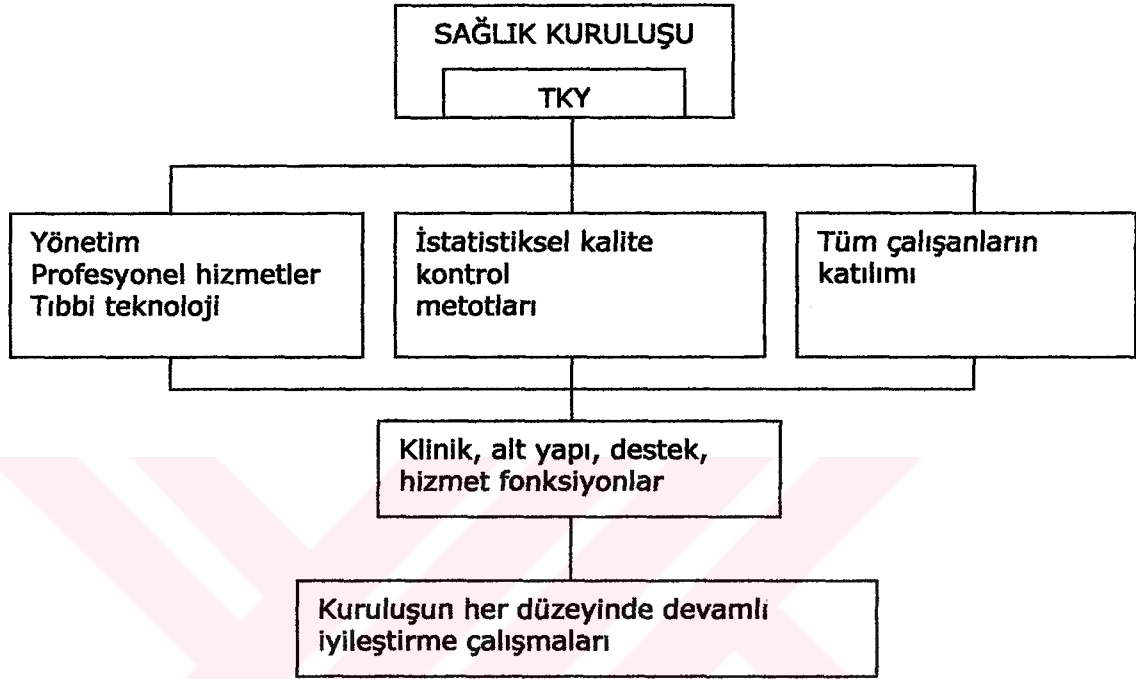
- a- Klinik (tıbbi teşhis, tedavi ve bakım)
- b- Alt yapı (laboratuvar ve görüntüleme vb.)
- c- Destek hizmetler (kurum, ev idaresi beslenme, güvenlik, ulaşım vb.)

gibi tüm hizmet birimlerinde devamlı veri /bilgi toplama, değerlendirme ve iyileştirmelerin bir koordinasyon içinde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) mantığı çerçevesinde yürütülmesi gerekmektedir (Şekil 3) (37).

Özetle Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi'nin tanımına göre sağlık bakımında kalite: "günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir" (35,65).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı diğer bir tanımla; "uluslar arası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tümüyle karşılanması" şeklinde ifade edilebilir (2). Kaliteli sağlık bakımı, özel gereksinimlerin karşılandığı, var olan olanakların ve en yeni bilgilerin sunulduğu, sağlıkta riskleri "minimize" ve yararları "maksimize" etmeye yönelik olan ve hastaların beklentilerinin yerine getirildiği bir hizmettir. Bu ve benzeri tanımlamalar çerçevesinde "sağlık hizmetlerinde kalite" kavramından;

etkinlik, verimlilik, eşitlik, kabul edilebilirlik, yeterlilik ve bilimsel-teknik kalite gibi öğelerden oluşan geniş ve kapsamlı bir bileşim anlaşılmaktadır (6).



Şekil 3. Sağlık Kuruluşlarında TKY Mantığı

Roemer ve Montoya- Aguilar ise sağlık hizmetlerinde kaliteyi, “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi” olarak tanımlamaktadır. Uz’a göre ise; “kaliteli bir sağlık hizmeti” nden söz edebilmek için gereken kaynakların “verimli” bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin “etkili” biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında, gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında “hakkaniyet” e özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında, hizmeti kullananların “memnuniyet” inin sağlanması gerekmektedir (40,66).

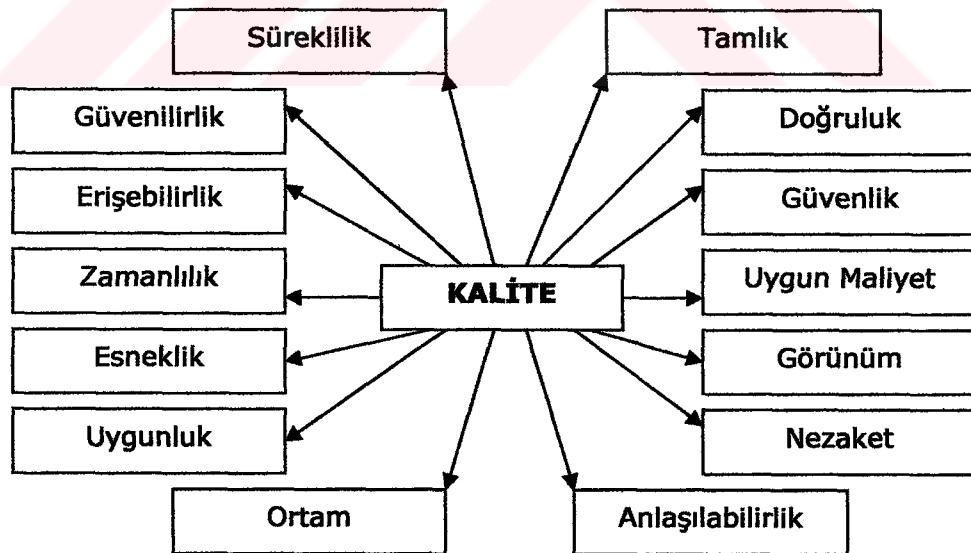
1.2.3.1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMASI

Hizmet veren kuruluşların tercih edilebilir olması müşteri memnuniyetine bağlıdır. Müşteri isteklerinde kalite, maliyet, hızlı hizmet, ihtiyaç duyulan çeşitlilik

önemli etkenlerdir. Dolayısıyla mal üretim sektöründen sonra, hizmet sektöründe de, kalite konusu son yıllarda, giderek artan bir popülerite kazanmakta, konunun sektörün gelişmesine olan katkısının inkar edilemez gerçeği daha fazla taraftar bulmaktadır. Kavram ve uygulamaları sağlık sektöründe de öncelikle klinik uygulamalarda yerini almış, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ise bazı gelişmiş ülkeler hariç henüz arzu edilen düzeye ulaşmamıştır (66,67,68). Şekil 4'de hizmette kalitenin temel kriterleri gösterilmiştir (69).

Son yıllarda sağlık bakımında kalitenin geliştirilmesine uluslar arası ilgi artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO=World Health of Organization) 'nün 1985 yılında yayınladığı 2000 yılı sağlık hedeflerinde, 31. hedef bunu vurgulamaktadır:

-“1990 yılına kadar, üye ülkeler sağlık sistemleri içinde hastalarını kaliteli bakımını güvenceye alacak etkili mekanizmalar kurmuş olacaklardır” (6,35,70,71).



Şekil 4. Hizmette Temel Kalite Kriterleri

Sağlık bakımında kalite, genel anlamda sağlık sistemindeki her şeyi eleştirmeyi ve günümüz hemşirelik koşulları ve standartlarını Türk halkı yararına geliştirmeyi kapsar. Dolayısıyla da değişen dünya daki değişen hemşirelikten farklı rol, işlev ve davranışlar beklenmektedir (62,68,72).

Günümüzde sağlık sektöründe yapılmakta olan yenilikler, yoğun rekabet ortamı, teknoloji kullanımının artışı ve özellikle genel sağlık sigortasının devreye girmesiyle oluşan talep artışı, sağlık harcamalarının çok büyük boyutlara ulaşmasına neden olmuştur (15,19,20,72,73,74).

Ancak sağlık sektörünün çok dinamik bir yapıya sahip olması, kalitenin başarılmasında ve sağlıkta kalitenin subjektif olması ölçümünde büyük zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Tedavi hizmetlerinin sürekli artmasının yanı sıra, hızlı bir teknolojik değişim yaşanmaktadır. Demografik değişiklikler sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki dengeyi değiştirmektedir. Bunlara ilaveten de, halkın beklentileri, sürekli şekilde artmaktadır (30,63,68,75).

Hastane yani sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastanede verilen tıbbi olmayan hizmetler (bakım, onarım, beslenme vb.) dahil olmak üzere tüm hizmetlerle ilgilidir. Belirli hizmet süreçlerine özgü kalite geliştirme programları yerine tüm süreçleri kapsayan kalite geliştirme programına gereksinme duyulur. Bu tür programlara "Toplam Kalite Yönetimi" veya "Sürekli Kalite Geliştirme Programı" adı verilmektedir. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) işlevsel bağımlılığın son derece yüksek olduğu sağlık kurumlarında kalite sorununa yanıt verebilir. TKY' nin temel amacı; sağlık, işlevsel yetenek, iyilik durumu, hasta tatmini anlamında tıbbi bakım hizmetlerini, nihai sonuçlarını geliştirmektir (42). Bugün bir çok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlık kurumlarında ve ülke çapında gözden geçirmek için kalite güvenliği programları geliştirmektedir (35,76).

Ana çıktısı –üretim- olan hasta bakım hizmetlerini mümkün olan en az maliyetle ve en yüksek kalite düzeyinde sunmayı amaçlayan hastanelerde, kalite kontrol olayının temel inceleme alanı, (değerlendirme zorluklarına rağmen) hasta bakım hizmetleridir (77).

Hasta bakım sürecinin analiz ve kontrolü, tıp ve sağlık bilimlerinin gelişmesi için ön şart olduğu gibi, hasta bakım hizmetlerinin kalitesinin kontrolü

ve onları destekleyen sistemlerin planlanmasını, örgütlenmesini ve amaçlara yönettirmesi için de bir zorunluluktur (42).

1.2.3.1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTELİ BAKIMIN GEREĞİ

Gerek sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve gerekse sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireysel ve toplumsal ölçüde kaliteli olmalıdır (73).

Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakımın gereği 3 grup altında incelenebilir (4):

-Profesyonel nedenler: Hemşireler, mesleki gelişimlerinden sorumludurlar ve profesyonel olarak yeni araştırma bulgularının ışığında bakımın etkinliğini değerlendirme sorumlulukları vardır. Profesyonellerin çoğu, yüksek kalitede bakım sunmak isterler. Problemleri tanımlamak ve çözmek iş doyumunu artırır.

-Sosyal nedenler: Etik olarak her bireyin en yüksek sağlık düzeyine sahip olma hakkı vardır. Toplumun sağlık bakım standartlarını güvenceye almak ve yükseltmek, sağlık hizmetlerinde çalışan herkesin görevi olmalıdır.

-Politik ve ekonomik nedenler: Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda sağlık elemanlarının hizmete katkısı yaşamsaldır. Hemşireliğin de bakım kalitesinin gelişimine önemli bir etkisi vardır.

1.2.3.1.4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar oldukça eskilere dayanmaktadır. Paris Louvre Müzesinde bulunan Babil kralı Hammurabi'ye ait metinde "doktor, gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse 10 sikke, eğer hasta köle ise 2 sikke alır; fakat apse açılırken neşterin körlüğünden hasta görme duyusunu kaybederse doktorun eli kesilir" denilmesi, tıbbi bakım

konusundaki bir takım beklenti ve yaptırımların İ. Ö. 2000 yıllarına dayandığını belgelemektedir. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir (42).

Sonuç olarak sağlıkta kalite yönetimi, maliyetlerin enazlanmasına değil, kazançların ençoklamasına odaklanmış, bilginin egemen olduğu, mutlak hasta mutluluğunu üretmek için yaşama geçirilmesi kaçınılmaz bir dizi yönetim etkinliğini içermektedir. Çünkü toplam kalite yönetimi çerçevesinde hasta tatmini, verilen hizmetin değerlendirilmesi açısından önemlidir (4,78,79).

Sağlık hizmetlerinde toplam kalitenin başarıya ulaşabilmesi için:

- 1- İleri görüşlü liderlik anlayışı,
- 2- Kurum hizmetlerinin müşteri odaklı olması,
- 3- Çalışanların tümünün katılımının sağlanması,
- 4- Doktorların mutlaka katılımının sağlanması,
- 5- Sürekli daha iyiye ulaşmayı hedefleme,
- 6- Kurum kültürüne yön veren yönetim sisteminin TKY felsefesi ile uyumlu olması gerektiğidir (75).

Kalite yönetimi sürecinde bir diğer konu da, hizmet sunan personelin görev tanımları ve gereklerinin ayrıntılı tanımlanması sorunudur. Ülkemizde sağlık kurumlarında, kurumların kendi iş ve örgüt yapısına uyan, iş analizine dayalı görev tanımları ve gereklerinin bulunmadığı, işletme yönetmeliklerinde tanımlanan görevlerin ise tam anlamıyla gerçek süreçleri yansıtamadığı söylenebilir (38).

1.2.3.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde, müşteri odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek bazı istatistiksel çalışmalar yapılması, sağlık sektöründe kalite ölçümü ile ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir (15).

Artık günümüzde değerlendirilebilir ve uygulanabilir olan geçerli bir kalite ölçümü, sağlık bakım sisteminin fonksiyonel etkileri için zorunludur (80).

Sağlık işletmelerinde çıktı tanımı diğer işletmelerden zordur. Sağlık işletmelerinin hizmet işletmeleri olması, çok farklı nitelikteki hizmetlerin iç içe verilmesi, her hastanın farklı çevre, eğitim ve genetik özellikleri ile hastaneye gelmesi, her hastanın farklı tanı ve tedavi özellikleri göstermesi, dolayısıyla farklı bir çıktı olarak hastaneden ayrılması hizmetlerin tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Hastaya uygulanan sağlık hizmeti çoğunlukla birleşiklik göstermektedir. Bu yüzden sağlık hizmetleri için standart çıktı birimi bulmak zordur (19,20).

Hizmetin değerlendirilmesi ile hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi birbirine yakın ama birbirinden farklı kavramlardır. Klasik halk sağlığı yaklaşımı, daha çok "hizmeti değerlendirme" ye yarayan ölçekler geliştirmiştir. Örneğin bir ülkede sağlık düzeyini ölçmeye yarayan çeşitli değişkenlerden söz edilmektedir. Var olan hekim sayısı, yatak sayısı, kişi başına düşen milli gelirden sağlığa ayrılan pay gibi kaynakları ölçen değişkenler yanında bebek ölüm hızı, doğuştan beklenen yaşam süresi, bulaşıcı hastalıkların görülme ve ölümüne yol açma sıklığı, etkin aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı gibi sonuçlara ilişkin ölçütlerden söz edilir (51).

Ancak hizmeti değerlendirmeye yarayan bu somut değişkenler, yapılan işlerin "kalitesi" konusunda pek fikir vermemektedirler. Bu nedenle, özellikle son yıllarda "hastanın hizmetten memnun kalması", "bir klinikte ameliyat bekleme listesinin uzunluğu", "yaşam kalitesinin yükseltilmesi" gibi yeni değişkenler ortaya çıkmıştır. Bu değişkenlerle hizmetin kalitesinin ölçümü sağlanmaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık uygulamalarını esas alan görüş yerine hastadaki değişiklikleri (çıktıları=outcomes) esas alan bir görüş giderek önem kazanmıştır. Hastanın durumundaki değişiklikler, çıktılar verilen bakımın kalitesini tanımlamada kullanılmasına karşın hastanenin yönetim yapısı ve hasta bakım uygulama süreçlerine bağlı olup, kaliteli bakımın tanımlanmasında yönetim yapısı, uygulama süreci ve çıktılar olarak bir sacayağını oluştururlar. Kuramcılar çıktılarının hastaya verilen bakımın sonucu olduğunu, hastanın sağlık

durumundaki değişikliklerin sağlık kuruluşlarına ve sunulan sağlık hizmetlerine bağlı olduğunu belirtmektedirler. Çoğu kuramcı ıktıları kaliteli bakımın belirlenmesinde en geçerli ölçüt olarak tanımlamaktadır (17,51).

1.2.3.2. HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA KALİTE

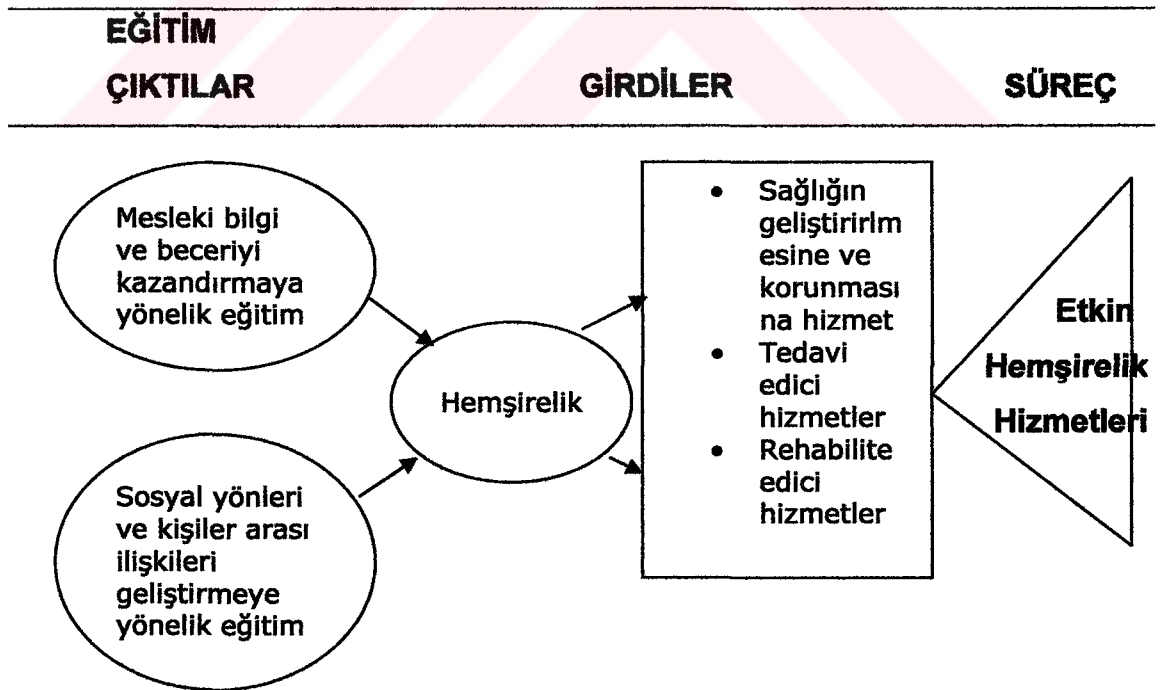
Sağlıkta kalite uygulaması, kavram olarak sağlık personelinin topluma vermekle yükümlü olduğu hizmetlerin kalitesi ile ilgili sorumluluklarından kaynaklanmaktadır. Hastaların gereksinmelerini saptayan, fonksiyonel durumlarını kazanma ve geliştirilmelerinde en fazla ve yakın ilişkide bulunan sağlık personeli olan hemőirelerdir. Toplum diğer sağlık personeline olduğu gibi, hemşirelere de hizmet verdikleri bireyler yönünden, çok hayati konularda, güvene dayalı özerk hareket etme hakkı tanımıştır. Ancak hemşireler, toplumun bu güvenini sarsmamak için kendi uygulamalarının sorumluluğunu taşımak ve bu konuda topluma hesap vermek zorundadırlar. Hemşireler bu zorunluluklarını profesyonelliğin de göstergeleri olan, kendi kendilerini yönetme, geliştirme ve disiplin altında tutma yolu ile yerine getirirler (3,17). Hemşirelik bakımının kalitesi, eğitim ve uygulamanın entegrasyonu, bakımı yükseltmeye karar verme ve mesleki hedeflerle ilgilidir (70).

Hemşirelikte kalite güvenliği ve uygulamaları; toplum, hemşire ve hemşirelik müdürleri açılarından ele alındığında, topluma kaliteli hemşirelik bakımını talep etme, hemşirelere topluma kaliteli bakım verme ve hemşirelik müdürlerine hemşirelerin verdikleri bakımın standartlarını saptama ve sonucu kalitelilik ölçeğinde değerlendirme düşmektedir. Bu bağlamda, toplumun kendisine düşen görevi yerine getirebilmesi için, öncelikle kaliteli bakımı görmüş ve tanımış olması gerekir. Söz konusu ülkemiz olduğuna göre, kaliteli hemşirelik bakımı şöyle dursun, hemşireliği dahi tanımadığı söylenebilir. İnsanın ancak daha önceden gördüğünü tanıyabileceği ve gereksindiğinde talep edebileceği düşünülürse, gerçek hemşirelik örneklerinin yok denecek kadar az olduğu ülkemizde, toplumun kendi yaşamı ve sağlığı için kesinlikle gerekli olan

hemşireliği, yokluğunda vazgeçilmez bir gereksinim olarak duymaması ve talep etmesi olası değildir (3,65,81).

Oysa kalite güvenliği ve uygulamaları, hemşirelik açısından çok şey ifade etmektedir. Çünkü hemşireler; kaliteli bakımın ne olduğunu tanımlamak, nasıl verileceğini belirlemek, bakımın standartlarını saptamak ve uygulamalarını bu doğrultuda yapmak ve sonucu değerlendirmek zorundadırlar. Ancak bugün hemşireliği tanımayan toplum, yokluğunda talep etmiyorsa, toplumun sağlığında beklenen hız ve düzeyde gelişme olmuyorsa, hemşirelerin bu önemli yükümlülüklerinin yerine getiremedikleri söylenebilir (3,81). ISO 9001 çerçevesinde, hemşirelik hizmet alanı içinde kalan değişik iş süreçlerindeki eksiklik, aksaklık ve hataların kayıt edilerek sistematik bir tarzda değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir (82,83).

Burada hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirme ve gelişiminde sürekliliğin önemli payı vardır (84). Kaliteli hemşirelik hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için kavramsal çatı Şekil 5'te özetlenmiştir (48).



Şekil 5. Kaliteli Hemşirelik Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi İçin Kavramsal Çatı

1.2.3.2.1. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARININ TARİHÇESİ

Kavram olarak 19. yüzyılda ele alınmaya başlanan kalitenin, hemşirelik uygulamalarındaki kullanımının, kaliteli sağlık bakımının doğuşundaki önemi yadsınamaz (72).

Hastalar 1960'lara kadar tedavi bakımlarında söz sahibi değillerdi. 1965'de bir kırık komplikasyonu sonucu ayağı ampüte edilen bir atletin hastaneyi mahkemeye vermesiyle hekim ve hemşirelerin sorumluluklarında önemli değişiklikler olmuştur.

Hemşirelik alanında kaliteye yönelik ilk uygulamalar, 1853'te Florence Nightingale ile başlamıştır. Kırım'da askerlerin hangi nedenlerle öldüğüne ilişkin istatistiksel bir çalışma yapan Nightingale, enfeksiyonun ölüm nedeni olduğunu saptamıştır.

Hasta bakımının düzeltilmesine ilişkin ilk organize girişim ise 1913 yılında "Amerikan Cerrahlar Okulu" tarafından yapılmıştır (25).

Konuya ilişkin daha etkin girişimler 1970'lerde başlamış olup, 1972'de kurulan "Mesleki Standartlar İnceleme Örgütü" (Professional Standards Review Organization) önemli çalışmalar yapmıştır (25,85).

Royal Hemşire Okulu 1978'de hemşirelik bakım standartları için bir komite oluşturmuş ve 1980'de hemşirelik bakım standartları, 1981'de "Standartlara Doğru" isimli dökümanları yayınlamıştır (8,25,85,86).

Ülkemizde hemşirelik ve sağlık alanında 1980'lerden bu yana giderek artan bir ilgiyle kaliteli bakım, kalite güvenliği, toplam kalite tartışılmaya ve hayata geçirilmeye başlanmıştır (24,25,73,87).

Kalite gelişmeyi ve insanca yaşamayı çağrıştırmaktadır. Toplam kalite yönetiminin felsefesinde insan, insan için eğitmek, insandaki yaratıcı potansiyeli ürüne ve yaşama katkıda bulunur hale getirmek esastır.

Kalite kültürünün oluşturulmasında birey olarak ve bir profesyonel olarak hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire temel mesleki anlayışı nedeniyle, sağlığı etkileyen ve ilgilendiren her konuda bireyleri

bilinçlendirmek, yönlendirmek, sağlıklı ve hasta olarak haklarını savunur duruma gelecek bilinç düzeyine ulaştırmak durumundadır (25).

1.2.3.2.2. HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA STANDART BELİRLEME

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA=American Nurses Association) Klinik Hemşirelik Uygulama Standartlarını (Standards Of Clinical Nursing Practice) benimsemiştir. Bu standartlar hem hemşirelik süreci yaklaşımına dayalı hasta bakım standartlarını, hem de hemşirelik disiplinin bir üyesi olarak hemşirenin sorumlulukları üzerinde odaklaşan mesleki başarı standartlarını içermektedir. Bu standartlar hemşirelerin hem hastaya hem de topluma karşı yükümlülüklerini ortaya koyan yaptırımlı hükümler (authoritative statements) olarak görülmektedir. Mesleki başarı standartlarının birincisi şudur: “Hemşireler, hemşirelik uygulamasının kalite ve etkinliğini sistematik olarak değerlendirmelidir”. Her standart, birden fazla kriteri içermektedir. Kriterlere bakılarak standarda uyulup uyulmadığına karar verilmektedir (38). ANA standartlarının pilot olarak uygulandığı bir bölgede, 924 hasta ve 217 hemşire ile yapılan çalışma sonucunda; hastaların memnuniyet düzeyleri yüksek düzeyde iken, hemşirelerin daha düşük olduğu bildirilmiştir (88). Burada hemşirelik bakım kalitesini iyileştirmek ve bazı sorunlara cevap bulabilmek için araştırmalardan yararlanılması ve standart geliştirilmesi gereği ortaya çıkmıştır (70).

Hemşirelik eğitimini yükseltme, hemşirelik uygulamalarını uluslar arası düzeyde tutma ve bağımsızlık savaşı verme çabasında olan hemşireliğin saptadığı bu hedeflere ulaşabilmesi için kendi alanı içine giren uygulamalarla ilgili standartları saptaması, bunların uygulanmasını sağlaması, denetlemesi ve değerlendirmesi zorunludur. Standart çalışma ile zamandan, malzemedan ve iş gücünden tasarruf edilmiş olur. Daha öncede belirtildiği gibi standart yani tek biçim; niteliğin tanımlanması ya da betimlenmesi anlamındadır. O halde

hemşirelik standartları da, hemşirelik bakımının kalitesinin tanımlarıdır yani standart hizmetin kalitesinin ölçüsüdür (28,81,89,90).

Kaliteli bakımın belirleyicileri olan standartlar, hemşirelerde donanımlı, derin bilgi ve beceriyi gerektirir. Çünkü kaliteli hemşirelik bakımı ancak kaliteli hemşireler aracılığı ile verilebilir. Kuşkusuz bakımın verilmesi sürecinde, bilgi ve becerilerini akıllıca kullanmasını beklenen hemşirelerin eğitilebilmesi de ancak kaliteli hemşirelik eğitimi programları ve bunların eğitim ilkeleri doğrultusunda uygulanması ile olabilir. Dolayısıyla da her türlü bilgi ve becerilerin kazandırılmasında kaliteli eğitimcilerle sürekli eğitimin önemi de asla unutulmamalıdır (3,33,36,48,91). İyi düzenlenmiş bir sürekli eğitim programının hem kuruma hem de kişiye sağlayacağı bir çok önemli fayda vardır. Bunların içinde, verilen hizmetin kalitesinin yükselmesi, moral ve motivasyon sağlanması, denetlemenin azalarak zamandan ekonomi sağlanması, iş kazalarının önlenmesi, kişiler arası ilişkileri düzenlemesi, personele iş doyumunu sağlamada yardımcı olması sayılabilir (15,48).

Sonuçta kaliteli hemşirelik bakımı ile standartlar arasındaki ilişkiler şöyle özetlenebilir:

1. Hemşirelik uygulamalarında standartlar saptanmalı,
2. Hemşirelik uygulama yöntemleri, planlama, uygulama ve değerlendirme ile izlenebilmeli,
3. Hemşirelik bakım standartlarını yansıtan yazılmış, kayıt edilmiş dökümanlar olmalı ve ilgililere gönderilmeli,
4. Hemşirelik bakımında sürekli yapılan değerlendirmeler ile ilgili problemler çözülmüş olmalıdır (90).

1.2.3.2.3. HEMŞİRELİK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek kalite şansa olamaz. Düşünerek karar vermenin ve girişimde bulunmanın sonucudur. Karar verme ve girişim değerlendirme sürecinde elde edilen bilgilere dayalıdır (83).

Değerlendirmenin anlamı, başarı, mükemmeliyet ya da kalite hakkında bir yargıda bulunmaktır. Günlük yaşam değerlendirmelerle doludur. Sürekli olarak kişisel ya da profesyonel, büyük ve küçük kararlar verilmektedir. Bu kararlar olaylara, fikirlere ya da insanlara dayalıdır. Değerlendirme bir fenomenin bir standarda göre incelenmesidir. Burada değerlendirmenin anlamı, iyi bakım güvencesi için temel olmasıdır. Hemşirelik bakımında objektif değerlendirme kavramında esas olan, kapsamlı olması ve geçerlilik testinin yapılmış olmasıdır; bu konuya verilen önem giderek artmaktadır (83,92,93).

Burada kullanılan değerlendirme terimi "kalite" ile ilgilidir. Değerlendirme, ulaşılan hedeflerin boyutlarını belirleme sürecidir. Bu kurumun, hemşirenin ya da hasta bakım sonuçları açısından hemşirenin saptadığı hedeflerdir. Diğer bir deyişle yapı, süreç ve sonuç hedefleridir. Değerlendirme yapabilmek için, gösterilen performans bir standartla kıyaslanır ve bu kıyaslanmanın sonuçları ile ilgili kişilere ya da kuruma geri bildirim sağlanır.

Değerlendirmenin temel olarak iki nedeni vardır:

- 1- Bir kurumun verdiği bakımın zayıf ve güçlü yönlerini tanımlamaktır.
- 2- Bakım alanlara kaliteli bakım sunulduğunu göstermektir (83).

Ölçümün yani değerlendirmenin gerekliliği konusunda herkes hem fikir olmakla beraber harekete geçilmemiştir. Çalışan hemşire sayısı ve bir miktarda hemşirenin ne yaptığı, yani kalitenin "yapı" ve "süreç" yönleri ile ilgilenmektedir. Yaklaşık yirmi yıldır hemşirelik bakımının değerlendirilmesi için model ve araç geliştirme çalışmaları yapılmaktadır. Hemşirelik değerlendirilmesinin sınıflaması, standart geliştirmede olduğu gibi üç boyutta yapılır:

1- Yapı: Yeterli fizik olanaklar, iyi bir yönetim sistemi, yetişmiş hemşire, iyi iletişim ve personel eğitim süreçlerini içerir.

2- Süreç: Beklenen hemşirelik görevleri, işlevleri ya da aktivitelerine göre tanımlanan değerlendirme kriterleridir.

3- Sonuç: Sonuç kriterleri geliştirilmesine 1973 yılında başlanmıştır. Bakım sonucunun klinik belirtilerini gösterir (18,29,83,89,94).

1.3. TANIMLAMALAR

SAĞLIK: Yalnızca hastalığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinde olma (35,56,61).

HEMŞİRELİK: Bireyin, ailenin ve toplumun sağlık ve esenliğini koruma, hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplini (81).

KALİTE: Bilimsel bir kavramdır. Bir şeyin ortaya koyacağı mükemmellik derecesidir (26,32).

KALİTELİ HİZMET: Gerekli eğitimi almış, gerekli araç-gereçler ve talimatlarla desteklenen personelden elde edilen bir hizmet ve talepleri karşılamak için değişmeye açık bir süreç (25,28).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların hasta bakım kalitesi ve etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla planlanmış, tanımlayıcı (betimleyici) tipte bir araştırmadır (95,96).

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Manisa il merkezinde hizmet sunan Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Dahiliye ve Cerrahi Anabilim Dalı kliniklerinde yapılmıştır.

Hastane dört bloktan (A, B, C ve D olmak üzere) oluşmaktadır. Dahiliye klinikleri, C blok, 2. katta, 3. katta ve 5. katta yer almaktadır. İkinci katta Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Dermatoloji Klinikleri yer almaktadır. Toplam 41 yatak bulunan bu kliniklerde; 5 kadrolu, 3 sözleşmeli olan 8 hemşire, 2 hastabakıcı, 1 temizlik personeli görev yapmaktadır. Genelde klinikte, 35 yatak her zaman doludur. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği randevu sistemiyle çalışmaktadır. Bir sorumlu hemşirenin bulunduğu kliniklerde, çalışma saatleri 08:⁰⁰-16:⁰⁰, 16:⁰⁰-08:⁰⁰, hafta sonları ise 08:⁰⁰-08:⁰⁰ çalışan tek hemşire bulunmaktadır.

Üçüncü katta yer alan Dahiliye Kliniği 24 yataklı olup, yazın daha sakinken, kışın hemen hemen tüm yataklar doludur. Klinikte 4 kadrolu, 4 sözleşmeli olmak üzere 8 hemşire görev yapmaktadır. Bir klinik sorumlu hemşiresi bulunmaktadır. Klinikte çalışma saatleri 08:⁰⁰-16:⁰⁰, 16:⁰⁰-24:⁰⁰ ve 16:⁰⁰-08:⁰⁰ 'dir. Görevli 1 hastabakıcı ve çocuk servisiyle birlikte ortak görevli 2 temizlik personeli ve 1 tıbbi sekreter bulunmaktadır. Klinik içinde 4 yataklı yoğun bakım ünitesi mevcuttur.

Cerrahi klinikleri ise; A blok 1. katta, 2. katta ve C blok 5. katta bulunmaktadır. Cerrahi 1 kliniği; 56 yataklı olup, ortalama 30-35 yatak dolu olup, kışın bu sayı 45'e kadar çıkabilmektedir. 4 sözleşmeli, 5 kadrolu olan 9 hemşirenin çalıştığı klinikte 2 hastabakıcı, 2 temizlik personeli ve 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Çalışma saatleri 08:⁰⁰-16:⁰⁰, 16:⁰⁰-24:⁰⁰ ve 16:⁰⁰-08:⁰⁰ olup, 1 sorumlu hemşire görev yapmaktadır.

Cerrahi 2 kliniği ise, 40 yataklı olup, ortalama 20 yatak hep dolu, ancak kışın tüm yataklar dolmaktadır. Bir sorumlu hemşiresi bulunan kliniğin; çalışma sistemi 08:⁰⁰-16:⁰⁰, 16:⁰⁰-08:⁰⁰ şeklindedir. Klinikte; 2 kadrolu, 7 sözleşmeli çalışan toplam 9 hemşire, 2 hasta bakıcı, 2 temizlik personeli ve 1 sekreter hizmet vermektedir.

Hem dahiliye hem de cerrahi hastalarının yattığı C blok 5. Katta yer alan Özel Kat servisi ise; 22 yataklı olup, ortalama 18-20 yatak her zaman doludur. Serviste 4 kadrolu, 2 sözleşmeli çalışan 6 hemşire ile 1 hastabakıcı, 2 temizlik personeli ve 1 sekreter hizmet vermektedir. Servisin çalışma sistemi 08:⁰⁰-16:⁰⁰, 16:⁰⁰-08:⁰⁰, hafta sonları ise 08:⁰⁰-08:⁰⁰ dir. Serviste 1 sorumlu hemşire bulunmaktadır.

Kliniklerin denetim ve yönetim hizmetleri, Başhemşirelikçe yürütülmektedir. Dahiliye ve cerrahi klinik hemşireleri, gündüz çalışması ve nöbet sistemi ile çalışmaktadır. Yapılan hemşirelik gözlemlerini kayıt için kullanılan standart formlar yoktur.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Dahiliye ve Cerrahi Anabilim Dalı'nda 15 Eylül - 15 Ekim 2002 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı 15 Eylül - 15 Ekim 2002 tarihleri arasında en az 2 gündür hastanede yatan ve olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiş 100 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada kullanılan “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği”nin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, en az 2 gündür hastanede yatan hasta sınırı konmuştur (5,13,14,26). Bu nedenle araştırma kapsamına 2 gün ve daha uzun süredir hastanede yatan hastalar alınmıştır.

Araştırma kapsamına, 18 yaşın üstünde olan, konfüze veya bilinci kapalı olmayan, Türkçe bilen, 2 gün ve daha uzun süredir hastanede yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI

2.4.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların hasta bakım kalitesi ve etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla yapılan çalışmanın verilerinin toplanmasında:

-“Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-1) ve

-“Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” (EK-2) kullanılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Veri Toplama Araçları

Kullanılan Araç	Ölçümün Amacı	Veri Toplama Şekli
1) HASTALARA YÖNELİK TANITICI BİLGİ FORMU	Hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini saptamak	Anket Uygulaması ve Görüşme
2) HASTA BAKIM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	Hasta bakım kalitesini (niteliğini) değerlendirmek	Gözlem ve Dosya Kayıtları

1)Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu: Daha önce yapılmış benzer araştırmaların önerileri ışığında ve ilgili literatürler doğrultusunda hazırlanmış olan Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu; hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini belirlemeye yönelik 18 sorudan oluşmuş soru kağıdıdır (2,91,92,97) (EK-1).

2)Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği: Araştırmadaki hastaların aldıkları bakımın kalitesini saptamak için, bakım süreci üzerine odaklanmış, 68 maddeli Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (Nitelikli Hasta Bakım Ölçeği = Quality Patient Care Scale = QUALPACS) kullanılmıştır (EK-2). Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, hemşirenin bakım verdiği sırada, gösterdiği yetkinliği ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Bakımın verildiği anda, doğrudan ve dolaylı gözlemler sonucu değerlendirilmesi sürecini kapsar. Ölçek toplam altı alt gruptan oluşturulmuştur (5,27,64,98,99). Bunlar:

1. Psiko-sosyal: Birey -Birey olarak hastanın psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler,
2. Psiko-sosyal: Grup -Bir grup üyesi olarak hastaların psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler,
- 3.Fiziksel -Hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler,
4. Genel -Hastanın psiko-sosyal veya fiziksel gereksinimlerini ya da aynı anda her ikisini birden karşılamaya yönelik faaliyetler,
5. İletişim -Hasta adına yapılan iletişim,
6. Mesleki Uygulamalar -Hastaya verilen bakım sırasında hemşirelik mesleğinden beklenen sorumluluk ve inisiyatifte yönelik faaliyetlerdir.

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, Britanya'da çeşitli alanlarda test edilmiştir. Ölçek, Wandelt ve Ager tarafından geliştirilmiş; geçerlilik ve güvenilirlik

çalışmaları da yine Wandelt ve Ager tarafından 1974 yılında yapılmıştır. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını ise, Olgun 1994 yılında yapmıştır (2,91,92,97).

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (QUALPACS), yurt dışında yapılmış geçerlilik-güvenirlik çalışmalarında, hemşirelik bakımını ölçmede kabul gören, bilinen diğer kalite indikatörleri (Monitor, Senior Monitor, Servqual vb.) ile karşılaştırıldığında, biraz daha yüksek geçerliliğe sahip olduğu saptanmıştır (100,101,102,103,104,105). QUALPACS' ın, uygulanması yöntemi ve ölçeğin yapısal uygulama esaslarından meydana gelen zorluk ve güçlükleri azdır (106).

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, alt ölçeklerindeki soru sayısı; psiko-sosyal birey: 15, psiko-sosyal grup: 8, fiziksel: 15, genel: 16, iletişim: 7 ve mesleki uygulamalar: 8 şeklindedir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Wandelt ve Ager (1974) ile Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Olgun (1994), ölçekteki psiko-sosyal grup alt ölçeğindeki soruların çıkartılmasının, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin değiştirmedeğini saptamışlardır (5,13,14). Bu araştırmada da, çok az sorusu yanıtlanabilen bu alt grup, değerlendirme aşamasında, değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 2. Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçeklerinin Güvenirlik Katsayıları Dağılımı (N=100)

HASTA BAKIM KALİTESİ ALT ÖLÇEKLERİ	Soru Sayısı	Cronbach-α Katsayısı
Psiko-sosyal birey	15	0.77
Fiziksel	15	0.80
Genel	16	0.62
İletişim	7	0.64
Mesleki uygulamalar	7	0.60
TOPLAM	60	0.88

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasını yapan Wandelt ve Ager çalışmalarında, ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.96 olarak bulmuşlardır. Bu

çalışma için, ölçeğin yapılan güvenirlilik analizinde Cronbach's alpha katsayısı **0.88** olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeğini değerlendirmede; beş ölçekli Likert tipi (5:Çok iyi, 4:Oldukça iyi, 3:Orta, 2:Pek iyi değil, 1:Hiç iyi değil, 0:Değerlendirilemedi) ölçüm kullanılmış ve 0-5 arasında puanlar verilerek değerlendirilmiştir. "Değerlendirilemedi" sütunu gözlem süresi boyunca hastanın belirtilen soruya yönelik bir bakım almadığını veya böyle bir durumun gözlenemediğini ifade etmektedir. Bu sütun puan hesaplamasına katılmamıştır. Ayrıca Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, ikinci alt grubu olan "Psiko-sosyal Grup" ile ilgili sorular yeterince bilgi edinilemediği durumlarda, ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliğini etkilemeyeceğinden, grubun hariç tutulabileceği belirtildiğinden, araştırmada bu alt grup kullanılmamıştır (14).

Bu araştırmada kullanılan Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği için; iki değerlendirmeci (biri araştırmacı, diğeri yardımcı gözlemci) arasındaki güvenirlilik katsayıları pearson sıra korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanmış ve bu değerler **0.84-0.94** arasında bulunmuştur.

Olgun'un ifadesine göre, Manley 1989 yılında 14 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada tüm alt gruplar için değerlendirmeciler arası güvenirlilik katsayılarını 0.40-0.80 arasında bulmuş ve hasta sayıları arttıkça güvenirlilik katsayılarının da artabileceğini söylemiştir. Olgun (1994) da yapmış olduğu çalışmada, Hasta Bakım kalitesi Ölçeği'nin tüm alt gruplar için değerlendirmeciler arası güvenirlilik katsayıları 0.66-0.85 arasında, Özmen (1996) ise, 0.81-0.92 arasında bildirmiştir (13,14).

Bu çalışmada Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği için elde edilen, değerlendirmeciler arası güvenirlilik katsayıları yüksek bulunduğu için (0.84-0.94) verilerin analizi, araştırmacının puanları ile yapılmıştır.

Değerlendirme yapılırken, tüm alt ölçekler için ayrı toplam puan ve tüm ölçek için toplam hasta bakım kalitesi ölçeği puanı hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin 0-5 arasında aldıkları puanlar toplanarak, cevaplanan maddelerin sayısına bölünerek alt ölçek ortalamaları bulunmuştur. Ölçek toplam puan

ortalaması ise, tüm maddelere verilen puanın cevaplanan maddelere bölünmesi ile hesaplanmıştır (5,13,14).

2.4.2. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırma verileri, Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği kullanılarak hastalarla görüşme yapıp anket uygulaması ile gözlemler ve kayıtlar sonucu toplanmıştır.

Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu'na ait veriler, hastalarla görüşülerek anket uygulaması ile toplanmıştır.

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği verilerinin toplanmasında ise; hasta bakımının kalitesi, gözlem ve kayıtlar incelenerek değerlendirilmiştir. Yani hastalara ait araştırma verileri, doğrudan hastaların değerlendirdiği bir formla değil, araştırmacı ve yardımcı gözlemcinin değerlendirdiği ortam değerlendirmesine göre elde edilmiştir (5,13,14,26). Gözleme alınan odadaki hastalar ve bu hastalara hizmet veren hemşireler, iki saat süre ile, biri araştırmacı diğeri yardımcı gözlemci olmak üzere iki gözlemci tarafından uygun bir ortamda kalınarak gözlemlenmiş, değerlendirilmesinde dosya bilgileri de incelenerek yapılmıştır. Yanlış gözlem ve odaklanmayı önlemek için ikinci gözlemci, hemşire kökenli seçilmiş ve araştırmacı tarafından bilgilendirilmiştir.

2.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini içeren *Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu* ile dahiliye ve cerrahi kliniklerindeki hasta bakım kalitesinin tespiti için kullanılan *Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği* verileri; araştırmacı tarafından kodlanmış, SPSS 10.0 for Windows istatistik programına işlenmiştir.

Araştırmanın amaçları doğrultusunda, Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu ile elde edilen tanımlayıcı bulgular; sayı-yüzde dağılımı, genel aritmetik

ortalama (X), ortanca (medyan), standart sapma (SS) ve minimum (Min) – maximum (Max) değerleri verilerek gösterilmiştir.

Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla; t testi, Mann-Whitney U testi, Multiple Regresyon (oklu Regresyon) analizleri yapılmıştır (95,96).

2.6. ARAşTIRMANIN BAğIMLI DEğIşKENLERİ

- Hasta bakım kalitesi

2.7. ARAşTIRMANIN BAğIMSIZ DEğIşKENLERİ

- Hastaların sosyo-demografik özelikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ocuk sahibi olma durumu, meslek, sosyal güvence durumu, gelir durumu, en uzun süre yaşanılan yerleşim birimi),
- Hastaların tıbbi özellikleri (yattığı klinik, tıbbi tanısı, bağımlılık durumu, hastanede yatış süresi, hastaneye yatış sayısı ve refakatçi olma durumu).

2.8. ARAşTIRMANIN SÜRESİ

Araştırma, şubat- Ağustos 2002 tarihleri arasında planlanmış ve gerekli tüm hazırlıklar yapılmıştır. Araştırmanın verileri 15 Eylül-15 Ekim 2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, analizi ve araştırma raporunun yazımı Kasım 2002 –Eylül 2004 tarihleri arasında tamamlanıp, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne yüksek lisans tezi olarak teslim edilmiştir.

2.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Günümüzde bir çok sağlık kuruluşu, problemlerin çözümünde kalitenin oynadığı rolün ne kadar önemli olduğunu fark etmiştir. Ve bugün hemen her sektörde yaşanan yoğun rekabet ortamının da etkisiyle, daha yüksek kaliteli üretimi ve hizmeti sağlamaya yönelik yoğun çalışmalar sürdürülmektedir.

Endüstri ve hizmet sektörü kuruluşlarında çalışanların ve dış müşterilerin beklentilerinin karşılanmasına odaklı bir model olan Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlıkta da hem hizmeti sunanların, hem de hizmeti alanların sürekli ve tam memnuniyetini sağlamayı hedefleyen kuruluşların yararlanabilecekleri çağdaş bir yönetim stratejisidir (15,16).

Kalite geliştirme kuramlarının en önemli ögesi; hizmet üreten veya sunanları, kendi yetersizliklerini tanıma ve tanımlama ile hizmetlerinin kalitesini geliştirmek için yapılacak planlama ve tasarlama tüketicilerden geri bildirim almaya yöneltmesidir. Bu nedenle tüketici tatmini ile ilgili araştırma ve inceleme sonuçları, bir pazarlama aracı olmaktan çıkarak, hizmet kalitesini değerlendirme ölçütü niteliği kazanmıştır (107).

Sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden yapılabilir. Bu değerlendirmelerden birisi olan hasta memnuniyeti klinik sonuçlardan daha önemlidir. Ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedefi olmalıdır (108).

Ayrıca 18. yy.dan itibaren hemşirelik mesleğinde, meslek adına yapılan araştırma ve çalışmalar, mesleği geliştirmiş ve halen geliştirmektedir. Temelde "bakım" içeren hemşirelik mesleği, bireyi holistik (bütüncül) bir yaklaşımla ele alır ve tüm çalışma alanlarında; temelde "bakım" kavramı ile hizmet sunmaktadır. Dahiliye ve cerrahi bölümleri bunlardan ikisidir. Bu bölümlerde ve hizmet verilen diğer tüm alanlarda hemşireler, temelde bireyin önemli olduğunu esas alarak, bireysel gereksinimleri karşılamaya yönelik hizmet sunar. Sunulan hizmetin kalitesi, hastanın memnuniyetini ve hastanede kalış süresini etkilemesi yönünden önemlidir.

Hemşireler hastanelerdeki sağlık bakım çalışanlarının en büyük grubudur ve diğer çalışanlara oranla hastalara daha fazla temas ve iletişimde bulunmaktadır. Hastalar, hastanenin kalitesini hemşirelik hizmetlerinin kalitesini göz önüne alarak değerlendirmektedirler (74).

Kaliteli bir hemşirelik bakım hizmetinin verilebilmesi için yürütülmekte olan hizmetlerin kalitesini etkileyen sorunların zamanında saptanması, bu sorunlar doğrultusunda çözüm önerileri geliştirilmesi ve daha önceden belirlenen çözüm yaklaşımlarının uygulanmasıyla kaliteli hizmetin devamlılığının sağlanması ve hastane hizmetleri kalitesinin artmasına yardımcı olması ile önem taşımaktadır (16,48,97).

Özetle Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda, kalış süresi boyunca kendilerine verilen bakım hizmetlerinin kalitesini değerlendirmenin amaçlandığı araştırma; klinik uygulamalara ışık tutması ve eksik olan yönleri açığa çıkararak, hasta bakım kalitesini yükseltmeye yönelik kalıcı önlemler getirmesi açısından önem taşımaktadır. Bunun yanında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde hemşirelik alanında ilk kez yapılan kalite çalışması olması nedeniyle, araştırma veri ve sonuçlarının gelecekte bu alanda yapılacak çalışmalara kaynak oluşturması ve yön vermesi bakımından yarar sağlayacaktır.

2.9.1. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın yapıldığı Manisa il merkezinde hizmet sunan Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Dahiliye ve Cerrahi Anabilim Dalı'nın araştırma yeri olarak seçilmesinin sebepleri; bu kliniklerde yatan hastaların, 2 günden daha uzun süre yatarak tedavi görmeleri ve yeterli hasta sayısının olmasıdır (5,26).

Literatürde çalışmada kullanılan "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği"nin tıbbi ve cerrahi bakımın yönlerini ölçmeyi desteklediği belirtilmiştir (100). Buradan

hareketle araştırma, Dahiliye ve Cerrahi Anabilim Dalı kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda yürütülmüştür.

Bunların yanında;

- Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların verileri ile sınırlıdır.
- Araştırmanın verileri, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde en az 2 gündür hastanede yatan hastalar ile sınırlıdır.
- Araştırmaya yoğun bakımda tedavi gören hastalar dahil edilmemiştir.

2.9.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların bakım kalitesi düşüktür.
2. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek, sosyal güvence durumu, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yerleşim birimi) ve tıbbi özellikleri (yattığı klinik, tıbbi tanısı, bağımlılık durumu, hastanede yatış süresi, hastaneye yatış sayısı ve refakatçi varlığı) hasta bakım kalitesini etkiler.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. HASTALARI TANITICI BULGULAR

Tablo 3. Hastaların Yattıkları Kliniklere Göre Dağılımı, Manisa, 2002

YATTIĞI KLİNİK	SAYI	%
Dahiliye Klinikleri	43	43.0
Cerrahi Klinikleri	57	57.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırma kapsamındaki hastaların %57'si cerrahi kliniklerinde, %43'ü dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi görmektedirler (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

YAŞ GRUBU ($\bar{X}=53.10\pm 17.79$ Min:17 Max: 92 Ortanca:57)	SAYI	%
20 yaş ve altı	10	10.0
21-30 yaş	5	5.0
31-40 yaş	6	6.0
41-50 yaş	17	17.0
51-60 yaş	21	21.0
61-70 yaş	30	30.0
71 yaş ve üzeri	11	11.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 53.10 ± 17.79 (min:17, max:92, ortanca:57) olarak belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; %30'unun 61-70 yaş grubunda, %21'inin 51-60 yaş grubunda, %17'sinin 41-50 yaş grubunda, %10'unun 20 yaş ve altı yaş

grubunda, %6'sinin 31-40 yaş grubunda ve %5'inin 21-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı, Manisa, 2002

CİNSİYET	SAYI	%
Kadın	61	61.0
Erkek	39	39.0
TOPLAM	100	100.0

Tablo 5'te görüldüğü gibi; araştırmaya katılan hastaların %61'i kadın, %39'u erkektir.

Tablo 6. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

MEDENİ DURUM	SAYI	%
Evli	76	76.0
Bekar	11	11.0
Boşanmış	1	1.0
Eşi vefat etmiş	12	12.0
TOPLAM	100	100.0

Hastaların %76'sının evli olduğu, %12'sinin eşinin vefat ettiği, %11'inin bekar ve 1 kişinin de (%1) boşandığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

ÇOCUK SAYISI	SAYI	%
($X=2.49\pm 1.64$ Min:0 Max:8 Ortanca:3)		
Yok	18	18.0
1- 2çocuk	30	30.0
3 çocuk ve üzeri	52	52.0
TOPLAM	100	100.0

Hastaların çocuk sayısı ortalaması 2.49 ± 1.64 (min:0 max:8 ortanca:3) olarak hesaplanmış ve hastaların %52'sinin 3 ve üzeri sayıda çocuğu olduğu, %30'unun 1 ya da 2 çocuğu olduğu belirlenmiştir. %18'inin de çocuğu olmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

EĞİTİM DURUMU	SAYI	%
Okur-yazar değil	19	19.0
Okur-yazar	6	6.0
İlkokul mezunu	43	43.0
Ortaokul mezunu	5	5.0
Lise ve dengi okul mezunu	17	17.0
Üniversite /Yüksekokul mezunu	10	10.0
TOPLAM	100	100.0

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %43'ünün ilkokul mezunu olduğu, %19'unun okur-yazar olmadığı, %17'sinin lise ve dengi okul mezunu, %10'unun üniversite/yüksekokul mezunu olduğu, %6'sının sadece okur-yazar olduğu ve %2'sinin ise ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı, Manisa, 2002

MESLEĞİ	SAYI	%
Ev hanımı	56	56.0
Emekli	14	14.0
Memur (öğretmen, hemşire, polis, bankacı, vb.)	11	11.0
İşsiz (çalışmıyor)- öğrenci	6	6.0
Serbest (büfeci, pazarcı vb.)	5	5.0
Çiftçi	5	5.0
Fabrika atölye işçisi	2	2.0
Esnaf (dükkan kendisinin)	1	1.0
TOPLAM	100	100.0

Tablo 9'da hastaların mesleklerine göre dağılımları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%56) ev hanımı olduğu, %14'ünün emekli, %11'inin memur-ücretli (öğretmen, hemşire, polis, bankacı, vb.), %6'sının işsiz (çalışmıyor)- öğrenci, %5'inin serbest (büfeci, pazarcı vb.), yine aynı oranda hastanın (%5) çiftçi, %2'sinin fabrikada atölye işçisi, %1'inin esnaf (dükkan sahibi) olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Hastaların Tanımladıkları Gelir Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

TANIMLANAN GELİR DURUMU	SAYI	%
Gelir- giderden az (kötü)	36	36.0
Gelir-gidere denk (orta)	59	59.0
Gelir-giderden fazla (iyi)	5	5.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırmaya katılan hastaların, %59'u; gelir durumlarını, gelir-gidere denk (orta düzeyde), %36'sı gelir- giderden az (kötü düzeyde) ve %5'i gelir-giderden fazla (iyi düzeyde) olarak tanımlamışlardır (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Birimlerine Göre Dağılımı, Manisa, 2002

EN UZUN SÜRE YAŞANILAN YERLEŞİM BİRİMİ	SAYI	%
Köy / kasaba	20	20.0
İlçe merkezi	41	41.0
İl merkezi	39	39.0
TOPLAM	100	100.0

Tablo 11'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki hastaların %41'inin yaşamında en uzun süre ilçe merkezinde, %39'unun il merkezinde, %20'sinin köyde/kasabada yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 12. Hastaların Yaşadıkları Evin Durumuna Göre Dağılımı, Manisa, 2002

EVİN DURUMU	SAYI	%
Kendimize ait	79	79.0
Kira	16	16.0
Bir yakınımızın / akrabamızın evi	4	4.0
Lojman	1	1.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırma kapsamında incelenen hastaların ekonomik durum göstergelerinden oturdukları evin sahibi olma durumlarına bakıldığında; %79'unun evinin kendisine ait olduğu, %16'sının evinin kira olduğu, %4'ünün yakınının / akrabasının evi olduğu, %1'inin lojmanda oturduğu saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 13. Hastaların Otomobil Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı,
Manisa, 2002**

OTOMOBİL SAHİBİ OLMA DURUMU	SAYI	%
Olan	30	30.0
Olmayan	70	70.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların, otomobil sahibi olma durumları incelendiğinde; %70'inin otomobilinin olmadığı, %30'unun ise otomobilinin olduğu bulunmuştur (Tablo 13).

**Tablo 14. Hastaların Bilgisayar Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı,
Manisa, 2002**

BİLGİSAYAR SAHİBİ OLMA DURUMU	SAYI	%
Olan	4	4.0
Olmayan	96	96.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırmaya katılan hastaların, bilgisayar sahibi olma durumları Tablo 14'te gösterilmiştir. Hastaların %96'sının evinde bilgisayarının bulunmadığı, %4'ünün ise bilgisayarının olduğu saptanmıştır.

Tablo 15. Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

SOSYAL GÜVENCE DURUMU	SAYI	%
Yok	4	4.0
Emekli Sandığı	76	76.0
SSK	2	2.0
Bağ-Kur	12	12.0
Yeşil kart	6	6.0
TOPLAM	100	100.0

Tablo 15'te görüldüğü gibi, hastaların %76'sının sosyal güvencesi Emekli Sandığı, %12'sinin Bağ-Kur, %6'sının yeşil kart, %2'sinin SSK olduğu, %4'ünün ise herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 16. Hastaların Hastanede Yatma Sürelerine Göre Dağılımı, Manisa, 2002

HASTANEDE YATMA SÜRESİ (gün) ($X=8.30 \pm 10.04$ Min:3 Max:90 Ortanca:6)	SAYI	%
3-4 gün	40	40.0
5-7 gün	23	23.0
8-10 gün	16	16.0
11-13 gün	8	8.0
14-16 gün	6	6.0
17 gün ve üzeri	7	7.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırmaya katılan hastaların hastanede yatma süresi ortalamasının 8.30 ± 10.04 (min:3, max:90 ortanca:6 gün) olduğu saptanmıştır. Hastaların hastanede yatma süreleri dağılımına bakıldığında; %40'ının, 3-4 gündür, %23'ünün 5-7 gündür, %16'sının 8-10 gündür, %8'inin 11-13 gündür, %7'sinin

17 gün ve daha uzun süredir ve %6'sının 14-16 gündür hastanede yattığı belirlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

HASTANEYE YATIŞ SAYISI ($\bar{X}=2.51\pm 3.04$ Min:1 Max:19 Ortanca:1)	SAYI	%
İlk kez	57	57.0
2-3. kez	28	28.0
4-5. kez	4	4.0
6-7. kez	2	2.0
8. kez ve üzeri	9	9.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırmaya katılan hastaların hastaneye yatış sayısı ortalaması, 2.51 ± 3.04 (min:1, max:19 ortanca:1 kez) dir. Hastaların %57'si bu hastaneye ilk kez, %28'i 2-3. kez, %9'u 8. kez ve üzeri sayıda yatmıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Aldıkları Tıbbi Tanılara Göre Dağılımı, Manisa, 2002

TIBBİ TANISI	SAYI	%
Kronik hastalık	30	30.0
Akut hastalık	26	26.0
Ameliyat	37	37.0
Acil tedavi	7	7.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırma kapsamındaki hastaların, %37'sinin ameliyat, %30'unun kronik hastalık (diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek yetm. v.b.), %26'sının akut hastalık (anemi, purpura vb.), %7'sinin ise acil tedavi nedeniyle yattığı saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 19. Hastaların Bağımlılık Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

BAĞIMLILIK DURUMU	SAYI	%
Yatağa bağımlı (bağımlı)	6	6.0
Tuvalete gidebilir (yarı bağımlı)	19	19.0
Dolaşabilir (bağımsız)	75	75.0
TOPLAM	100	100.0

Tablo 19'da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hastaların %75'inin dolaşabilir (bağımsız), %19'unun tuvalete gidebilir (yarı bağımlı), %6'sının yatağa bağımlı (bağımlı) durumda olduğu bulunmuştur.

Tablo 20. Hastaların Refakatçilerinin Olma Durumlarına Göre Dağılımı, Manisa, 2002

REFAKATÇİ VARLIĞI	SAYI	%
Refakatçi var	48	48.0
Refakatçi yok	52	52.0
TOPLAM	100	100.0

Araştırmaya kapsamındaki hastaların %52'sinin refakatçisinin olmadığı, %48'inin ise refakatçisinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

3.2. HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Tablo 21. Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

HASTA BAKIM KALİTESİ ALT ÖLÇEKLERİ	\bar{X}	Ortanca	SS	Min	Max
Psiko-Sosyal Birey: Psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler	2.36	2.33	0.48	1.47	3.53
Fiziksel: Birey olarak hastanın fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik faaliyetler	2.43	2.46	0.56	1.27	3.53
Genel: Genel olarak hastaların psiko-sosyal ve fiziksel gereksinimlerinin ya da aynı anda ikisinin birden karşılanmasına yönelik faaliyetler	2.41	2.38	0.52	1.31	4.44
İletişim: Hasta adına iletişim kurma faaliyetleri	2.42	2.43	0.50	0.86	3.43
Mesleki Uygulamalar: Hastaya verilen bakımın hemşirelik mesleğinden beklenen insiyatif ve sorumluluğa uygun olması	2.62	2.57	0.59	1.43	3.86
Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	2.45	2.46	0.39	1.54	3.32

*Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (QUALPACS) Cronbach- α katsayısı:0.88 (N=100)

Hastaların hasta bakım kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 21'de verilmiştir. Hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" toplam puan ortalaması 2.45 ± 0.39 (pek iyi değil) olarak

belirlenmiştir. Hastaların bakım kalitesi açısından *en yüksek* alt ölçek puan ortalamasının, "Mesleki Uygulamalar: hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen inisiyatif ve sorumluluğa uygun olma" ortalama puanı (2.62 ± 0.59) olduğu, *en düşük* alt ölçek puan ortalamasının ise, "Psiko-Sosyal Birey: psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler" in ortalama puanı (2.36 ± 0.48) olduğu saptanmıştır.



Tablo 22. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Hasta Bakım Kalitesi Psiko-Sosyal Birey Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER		PSİKO-SOSYAL BİREY ALT ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI				
		n	X	SS	t	p
Yaş	57 yaş ve üzeri	51	2.43	0.50	1.26	0.209
	57 yaş altı	49	2.30	0.46		
Cinsiyet	Kadın	61	2.43	0.48	1.94	0.055
	Erkek	39	2.44	0.47		
Medeni Durum	Bekar	11	1.99	0.30	-2.88*	0.004
	Evli	76	2.42	0.49		
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	48	2.34	0.52	-0.98*	0.325
	Lise+Üniversite mezunu	27	2.44	0.45		
Sosyal Güvence Durumu	SSK, Bağ-Kur, Yeşil kart	20	2.13	0.56	-2.73*	0.006
	Emekli Sandığı	76	2.42	0.46		
Tanımlanan Gelir Durumu	Orta ve iyi	64	2.53	0.56	-1.93	0.057
	Kötü	36	2.77	0.62		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl ve ilçe merkezi	80	2.40	0.49	-1.48*	0.139
	Köy /kasaba	20	2.22	0.45		
Yattığı Klinik	Dahiliye	43	2.65	0.47	6.18	0.000
	Cerrahi	57	2.14	0.36		
Tıbbi Tanısı	Akut hast, acil, ameliyat	70	2.30	0.45	-2.05	0.043
	Kronik hast.	30	2.51	0.53		
Bağımlılık Durumu	Bağımsız	75	2.39	0.50	-0.87*	0.383
	Bağımlı ve yarı bağımlı	25	2.27	0.42		
Hastanede Yatma Süresi	8 gün ve üzeri	37	2.49	0.54	2.04	0.044
	8 günden az	63	2.29	0.43		
Hastaneye Yatış Sayısı	2 kez ve üzeri	43	2.48	0.47	2.12	0.036
	İlk kez	57	2.27	0.47		
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	2.26	0.48	-1.97	0.052
	Refakatçi yok	52	2.45	0.47		

*Mann-Whitney U testi, z değeri

Tablo 22' de araştırma kapsamındaki hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği (psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler) puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 57 yaş ve üzerinde olan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.43, 57 yaşın altında olan hastaların ise 2.30 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.26$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.43, erkeklerin ise 2.44 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=1.94$, $p>0.05$). Evli olan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.42, bekar olanların ise 1.99 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-2.88$, $p<0.01$). "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarının 2.34, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.44 olduğu bulunmuştur ve "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($z=-0.98$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan, Emekli Sandığına bağlı olanların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.42, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.13 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2.73$, $p<0.01$). Gelir durumunu orta yada iyi düzeyde tanımlayan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.53, gelirini kötü düzeyde tanımlayan hastaların ise 2.77 olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-1.93$, $p>0.05$). En uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.40, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.22 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-1.48$, $p>0.05$). Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan

ortalamlarının 2.65, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.14 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=6.18$, $p<0.01$). Hastaların tıbbi tanılarına göre "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.30, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.51 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-2.05$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.39, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.27 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.87$, $p>0.05$). Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.49, 8 günden daha kısa süredir yatan hastaların ise 2.29 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.04$, $p<0.05$). Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.48, ilk kez yatan hastaların ise 2.27 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.12$, $p<0.05$). Refakatçisi olan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.26, refakatçisi olmayan hastaların 2.45 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-1.97$, $p>0.05$).

Tablo 23. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Hasta Bakım Kalitesi Fiziksel Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER		FİZİKSEL ALT ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI				
		n	X	SS	t	p
Yaş	57 yaş ve üzeri	51	2.47	0.58	0.68	0.497
	57 yaş altı	49	2.39	0.54		
Cinsiyet	Kadın	61	2.48	0.58	1.06	0.290
	Erkek	39	2.35	0.51		
Medeni Durum	Bekar	11	1.98	0.43	-2.85*	0.004
	Evli	76	2.50	0.54		
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	48	2.35	0.59	-1.13*	0.257
	Lise+Üniversite mezunu	27	2.51	0.42		
Sosyal Güvence Durumu	SSK, Bağ-kur, Yeşilkart	20	2.31	0.61	-1.01*	0.312
	Emekli Sandığı	76	2.45	0.53		
Tanımlanan Gelir Durumu	Orta ve iyi	64	2.42	0.56	-0.19	0.846
	Kötü	36	2.44	0.55		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl ve ilçe merkezi	80	2.43	0.57	-0.17*	0.863
	Köy /kasaba	20	2.41	0.53		
Yattığı Klinik	Dahiliye	43	2.68	0.50	4.23	0.000
	Cerrahi	57	2.39	0.52		
Tıbbi Tanısı	Akut hast, acil, ameliyat	70	2.33	0.58	-3.27	0.002
	Kronik hast.	30	2.66	0.42		
Bağımlılık Durumu	Bağımsız	75	2.41	0.56	-0.55*	0.580
	Bağımlı ve yarı bağımlı	25	2.48	0.55		
Hastanede Yatma Süresi	8 gün ve üzeri	37	2.56	0.49	1.79	0.065
	8 günden az	63	2.35	0.58		
Hastaneye Yatış Sayısı	2 kez ve üzeri	43	2.57	0.52	2.32	0.023
	İlk kez	57	2.32	0.56		
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	2.33	0.58	-1.65	0.103
	Refakatçi yok	52	2.52	0.53		

*Mann-Whitney U testi, z değeri

Tablo 23'te araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Fiziksel" Alt Ölçeği (birey olarak hastanın fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik faaliyetlerin tümü) puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 57 yaş ve üzerinde olan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.47, 57 yaşın altında olan hastaların ise 2.39 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.68$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.48, erkeklerin ise 2.35 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=1.06$, $p>0.05$). Evli olan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.50, bekar olanların ise 1.98 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-2.85$, $p<0.01$). "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarının 2.35, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.51 olduğu bulunmuştur. "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($z=-1.13$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan, Emekli Sandığına bağlı olanların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.45, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.31 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-1.01$, $p>0.05$). Gelir durumunu orta yada iyi düzeyde tanımlayan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.42, gelirini kötü düzeyde tanımlayan hastaların ise 2.44 olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.19$, $p>0.05$). En uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.43, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.41 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.17$, $p>0.05$). Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.68, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.39 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=4.23$, $p<0.01$). Hastaların tıbbi tanılarına göre "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.33, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.66 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-3.27$, $p<0.01$). Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.41, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.48 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.55$, $p>0.05$). Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.56, 8 günden daha kısa süredir yatan hastaların ise 2.35 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.79$, $p>0.05$). Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.57, ilk kez yatan hastaların ise 2.32 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.32$, $p<0.05$). Refakatçisi olan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.33, refakatçisi olmayan hastaların 2.52 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-1.65$, $p>0.05$).

Tablo 24. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Hasta Bakım Kalitesi Genel Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER		GENEL ALT ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI				
		n	X	SS	t	p
Yaş	57 yaş ve üzeri	51	2.38	0.47	-0.61	0.543
	57 yaş altı	49	2.44	0.57		
Cinsiyet	Kadın	61	2.47	0.49	1.45	0.152
	Erkek	39	2.32	0.56		
Medeni Durum	Bekar	11	2.22	0.36	-1.38*	0.167
	Evli	76	2.45	0.53		
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	48	2.38	0.50	-0.54*	0.588
	Lise+Üniversite mezunu	27	2.49	0.67		
Sosyal Güvence Durumu	SSK, Bağ-kur, Yeşilkart	20	2.29	0.51	-1.37*	0.170
	Emekli Sandığı	76	2.45	0.53		
Tanımlanan Gelir Durumu	Orta ve iyi	64	2.45	0.58	1.07	0.288
	Kötü	36	2.34	0.39		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl ve ilçe merkezi	80	2.46	0.55	-2.12*	0.034
	Köy /kasaba	20	2.21	0.30		
Yattığı Klinik	Dahiliye	43	2.57	0.55	2.69	0.008
	Cerrahi	57	2.29	0.47		
Tıbbi Tanısı	Akut hast, acil, ameliyat	70	2.34	0.44	-2.11	0.037
	Kronik hast.	30	2.58	0.66		
Bağımlılık Durumu	Bağımsız	75	2.43	0.55	-0.08*	0.940
	Bağımlı ve yarı bağımlı	25	2.36	0.42		
Hastanede Yatma Süresi	8 gün ve üzeri	37	2.47	0.51	0.85	0.395
	8 günden az	63	2.38	0.53		
Hastaneye Yatış Sayısı	2 kez ve üzeri	43	2.51	0.60	1.63	0.106
	İlk kez	57	2.34	0.45		
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	2.33	0.40	-1.44	0.153
	Refakatçi yok	52	2.48	0.61		

*Mann-Whitney U testi, z değeri

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Genel" Alt Ölçeği (genel olarak hastaların psiko-sosyal ve fiziksel gereksinimlerinin ya da aynı anda ikisinin birden karşılanmasına yönelik faaliyetlerin tümü) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 24'te görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 57 yaş ve üzerinde olan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.38, 57 yaşın altında olan hastaların ise 2.44 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-0.61$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.47, erkeklerin ise 2.32 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=1.45$, $p>0.05$). Evli olan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.45, bekar olanların ise 2.22 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($z=-1.38$, $p>0.05$). "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarının 2.38, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.49 olduğu bulunmuştur. "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($z=-0.54$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan, Emekli Sandığına bağlı olanların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.45, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.29 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-1.37$, $p>0.05$). Gelir durumunu orta ya da iyi düzeyde tanımlayan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.45, gelirini kötü düzeyde tanımlayan hastaların ise 2.34 olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=1.07$, $p>0.05$). En uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.46, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.21 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2.12$, $p<0.05$). Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.57, cerrahi kliniklerinde yatanların ise

2.29 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=2.69$, $p<0.01$). Hastaların tıbbi tanılarına göre "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.34, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.58 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-2.11$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.43, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.36 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.08$, $p>0.05$). Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.47, 8 günden daha kısa süredir yatan hastaların ise 2.38 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.85$, $p>0.05$). Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.51, ilk kez yatan hastaların ise 2.34 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.63$, $p>0.05$). Refakatçisi olan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.33, refakatçisi olmayan hastaların 2.48 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-1.44$, $p>0.05$).

Tablo 25. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Hasta Bakım Kalitesi İletişim Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER		İLETİŞİM ALT ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI				
		n	X	SS	t	p
Yaş	57 yaş ve üzeri	51	2.37	0.59	-1.11	0.271
	57 yaş altı	49	2.48	0.38		
Cinsiyet	Kadın	61	2.45	0.52	0.69	0.494
	Erkek	39	2.38	0.48		
Medeni Durum	Bekar	11	2.51	0.36	-0.54*	0.589
	Evli	76	2.39	0.50		
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	48	2.31	0.44	-2.09*	0.037
	Lise+Üniversite mezunu	27	2.53	0.42		
Sosyal Güvence Durumu	SSK, Bağ-kur, Yeşilkart	20	2.49	0.38	-0.68*	0.496
	Emekli Sandığı	76	2.39	0.53		
Tanımlanan Gelir Durumu	Orta ve iyi	64	2.41	0.41	-0.48	0.635
	Kötü	36	2.46	0.64		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl ve ilçe merkezi	80	2.44	0.51	-0.92*	0.360
	Köy /kasaba	20	2.34	0.46		
Yattığı Klinik	Dahiliye	43	2.43	0.53	0.13	0.896
	Cerrahi	57	2.42	0.49		
Tıbbi Tanısı	Akut hast, acil, ameliyat	70	2.40	0.49	-0.73	0.464
	Kronik hast.	30	2.48	0.53		
Bağımlılık Durumu	Bağımsız	75	2.36	0.47	-1.92*	0.050
	Bağımlı ve yarı bağımlı	25	2.61	0.56		
Hastanede Yatma Süresi	8 gün ve üzeri	37	2.40	0.53	-0.40	0.688
	8 günden az	63	2.44	0.49		
Hastaneye Yatış Sayısı	2 kez ve üzeri	43	2.45	0.57	0.41	0.678
	İlk kez	57	2.41	0.45		
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	2.53	0.50	2.05	0.043
	Refakatçi yok	52	2.33	0.49		

*Mann-Whitney U testi, z değeri

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "İletişim" Alt Ölçeği (hasta adına iletişim kurma faaliyetlerinin tümü) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 25'te görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 57 yaş ve üzerinde olan hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.37, 57 yaşın altında olan hastaların ise 2.48 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-1.11$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.45, erkeklerin ise 2.38 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=0.69$, $p>0.05$). Evli olan hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.39, bekar olanların ise 2.51 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($z=-0.54$, $p>0.05$). "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarının 2.31, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.53 olduğu bulunmuştur. "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($z=-2.09$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan, Emekli Sandığına bağlı olanların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.39, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.49 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.68$, $p>0.05$). Gelir durumunu orta ya da iyi düzeyde tanımlayan hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.41, gelirini kötü düzeyde tanımlayan hastaların ise 2.46 olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.48$, $p>0.05$). En uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.44, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.34 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.92$, $p>0.05$). Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.43, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.42 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olmadığı belirlenmiştir ($t=0.13$, $p>0.05$). Hastaların tıbbi tanılarına göre “İletişim” Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların “İletişim” Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.40, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.48 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=-0.73$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların “İletişim” Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.36, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.61 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-1.92$, $p=0.05$). Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların “İletişim” Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.40, 8 günden daha kısa süredir yatan hastaların ise 2.44 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-0.40$, $p>0.05$). Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların “İletişim” Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.45, ilk kez yatan hastaların ise 2.41 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.41$, $p>0.05$). Refakatçisi olan hastaların “İletişim” Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.53, refakatçisi olmayan hastaların 2.33 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.05$, $p<0.05$).

Tablo 26. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Hasta Bakım Kalitesi Mesleki Uygulamalar Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER		MESLEKİ UYGULAMALAR ALT ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI				
		n	X	SS	t	p
Yaş	57 yaş ve üzeri	51	2.62	0.61	0.11	0.917
	57 yaş altı	49	2.61	0.58		
Cinsiyet	Kadın	61	2.61	0.59	-0.09	0.925
	Erkek	39	2.62	0.61		
Medeni Durum	Bekar	11	2.64	0.55	-0.07*	0.939
	Evli	76	2.62	0.60		
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	48	2.52	0.57	-0.53*	0.599
	Lise+Üniversite mezunu	27	2.62	0.59		
Sosyal Güvence Durumu	SSK, Bağ-kur, Yeşil kart	20	2.76	0.55	-1.27*	0.204
	Emekli Sandığı	76	2.56	0.61		
Tanımlanan Gelir Durumu	Orta ve iyi	64	2.53	0.56	-1.93	0.057
	Kötü	36	2.77	0.62		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl ve ilçe merkezi	80	2.56	0.60	-1.72*	0.086
	Köy /kasaba	20	2.84	0.54		
Yattığı Klinik	Dahiliye	43	2.61	0.55	-0.02	0.987
	Cerrahi	57	2.62	0.63		
Tıbbi Tanısı	Akut hast, acil, ameliyat	70	2.58	0.61	-1.04	0.303
	Kronik hast.	30	2.71	0.55		
Bağımlılık Durumu	Bağımsız	75	2.53	0.56	-2.63*	0.009
	Bağımlı ve yarı bağımlı	25	2.89	0.63		
Hastanede Yatma Süresi	8 gün ve üzeri	37	2.70	0.64	1.08	0.285
	8 günden az	63	2.57	0.56		
Hastaneye Yatış Sayısı	2 kez ve üzeri	43	2.60	0.58	-0.26	0.797
	İlk kez	57	2.63	0.60		
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	2.74	0.61	1.96	0.053
	Refakatçi yok	52	2.50	0.56		

*Mann-Whitney U testi, z değeri

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği (hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen inisiyatif ve sorumluluğa uygun olma) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 57 yaş ve üzerinde olan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.62, 57 yaşın altında olan hastaların ise 2.61 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.11$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.61, erkeklerin ise 2.62 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=-0.09$, $p>0.05$). Evli olan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.62, bekar olanların ise 2.64 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($z=-0.07$, $p>0.05$). "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarının 2.52, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.62 olduğu bulunmuştur. "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($z=-0.53$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan, Emekli Sandığına bağlı olanların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.56, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.76 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-1.27$, $p>0.05$). Gelir durumunu orta ya da iyi düzeyde tanımlayan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.53, gelirini kötü düzeyde tanımlayan hastaların ise 2.77 olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-1.93$, $p>0.05$). En uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.56, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.84 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-1.72$, $p>0.05$). Dahiliye kliniklerinde

yatan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.61, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.62 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=-0.02$, $p>0.05$). Hastaların tıbbi tanılarına göre "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.58, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.71 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=-1.04$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.53, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.89 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2.63$, $p<0.01$). Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.70, 8 günden daha kısa süredir yatan hastaların ise 2.57 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.08$, $p>0.05$). Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.60, ilk kez yatan hastaların ise 2.63 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-0.26$, $p>0.05$). Refakatçisi olan hastaların "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.74, refakatçisi olmayan hastaların 2.50 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.96$, $p>0.05$).

Tablo 27. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER		HASTA BAKIM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMASI				
		n	X	SS	t	P
Yaş	57 yaş ve üzeri	51	2.45	0.43	0.09	0.929
	57 yaş altı	49	2.44	0.36		
Cinsiyet	Kadın	61	2.49	0.40	1.31	0.193
	Erkek	39	2.38	0.37		
Medeni Durum	Bekar	11	2.27	0.25	-1.92*	0.055
	Evli	76	2.48	0.39		
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	48	2.38	0.39	-1.47*	0.142
	Lise+Üniversite mezunu	27	2.52	0.35		
Sosyal Güvence Durumu	SSK, Bağ-kur, Yeşilkart	20	2.40	0.41	-0.67*	0.504
	Emekli Sandığı	76	2.45	0.39		
Tanımlanan Gelir Durumu	Orta ve iyi	64	2.44	0.40	-0.11	0.912
	Kötü	36	2.45	0.39		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl ve ilçe merkezi	80	2.46	0.41	-0.69*	0.491
	Köy /kasaba	20	2.40	0.31		
Yattığı Klinik	Dahiliye	43	2.59	0.39	3.29	0.001
	Cerrahi	57	2.34	0.36		
Tıbbi Tanısı	Akut hast, acil, ameliyat	70	2.39	0.38	-2.40	0.018
	Kronik hast.	30	2.59	0.38		
Bağımlılık Durumu	Bağımsız	75	2.42	0.38	-1.33	0.185
	Bağımlı ve yarı bağımlı	25	2.52	0.41		
Hastanede Yatma Süresi	8 gün ve üzeri	37	2.52	0.38	1.45	0.149
	8 günden az	63	2.40	0.40		
Hastaneye Yatış Sayısı	2 kez ve üzeri	43	2.52	0.41	1.63	0.106
	İlk kez	57	2.39	0.37		
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	2.44	0.40	-0.22	0.826
	Refakatçi yok	52	2.46	0.39		

*Mann-Whitney U testi, z değeri

Tablo 27’de araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 57 yaş ve üzerinde olan hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.45, 57 yaşın altında olan hastaların ise 2.44 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.09$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.49, erkeklerin ise 2.38 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=1.31$, $p>0.05$). Evli olan hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.48, bekar olanların ise 2.27 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($z=-1.92$, $p>0.05$). “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilköğretimden mezun olan hastaların puan ortalamalarının 2.38, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.52 olduğu bulunmuştur. “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($z=-1.47$, $p>0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan, Emekli Sandığına bağlı olanların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.45, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.40 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.67$, $p>0.05$). Gelir durumunu orta yada iyi düzeyde tanımlayan hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.44, gelirini kötü düzeyde tanımlayan hastaların ise 2.45 olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.11$, $p>0.05$). En uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.46, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.40 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-0.69$, $p>0.05$). Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan

ortalamlarının 2.59, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.34 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=3.29$, $p<0.01$). Hastaların tıbbi tanılarına göre "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" Toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" Toplam puan ortalamalarının 2.39, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.59 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-2.40$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" Toplam puan ortalamaları 2.42, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.52 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z=-1.33$, $p>0.05$). Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" Toplam puan ortalamalarının 2.52, 8 günden daha kısa süredir yatan hastaların ise 2.40 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.45$, $p>0.05$). Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" Toplam puan ortalamalarının 2.52, ilk kez yatan hastaların ise 2.39 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.63$, $p>0.05$). Refakatçisi olan hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" Toplam puan ortalamaları 2.44, refakatçisi olmayan hastaların 2.56 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-0.22$, $p>0.05$).

3.3. HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARININ ÇOKLU REGRESYON SONUÇLARI

Tablo 28. Multiple Regresyon Modellerindeki Bağımsız Değişkenlerin Gösterimi

Yaş	Sayısal
Cinsiyet	0. Kadın 1. Erkek
Medeni Durum	0. Evli 1. Bekar
Eğitim Durumu	0. Lise+Üniversite mezunu 1. İlkokul mezunu
Sosyal Güvence Durumu	0. Emekli Sandığı 1. SSK., Bağ-kur, Yeşil kart
Tanımlanan Gelir Durumu	0. Orta ve İyi 1. Kötü
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	0. İl ve İlçe merkezi 1. Köy /kasaba
Yattığı Klinik	0. Dahiliye 1. Cerrahi
Tıbbi Tanısı	0. Kronik Hastalık 1. Akut hast., Acil, Ameliyat
Bağımlılık Durumu	0. Bağımlı ve Yarı Bağımlı 1. Bağımsız
Hastanede Yatma Süresi	Sayısal
Hastaneye Yatış Sayısı	Sayısal
Refakatçi Varlığı	0. Refakatçi var 1. Refakatçi yok

Tablo 28'de Multiple Regresyon (Çoklu Analiz) Modellerini açıklayan bağımsız değişkenler ve grupları görülmektedir.

Tablo 29. Multiple Regresyon Modellerindeki Bağımsız Değişkenlerin Kullanım Listesi

BAĞIMSIZ DEĞİKENLER	Psiko-Sosyal		Fiziksel	Genel	İletişim	Mesleki Uygulamalar	Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği
	Birey						
Yaş			X				
Cinsiyet	X						
Medeni Durum	X		X				
Eğitim Durumu					X		
Sosyal Güvence Durumu	X						
Tanımlanan Gelir Durumu						X	
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi				X			
Yattığı Klinik	X		X	X			X
Tıbbi Tanısı	X		X	X			X
Bağımlılık Durumu					X	X	
Hastanede Yatma Süresi	X						
Hastaneye Yatış Sayısı	X		X				
Refakatçi Varlığı	X				X		

Multiple Regresyon (Çoklu Analiz) Modellerinde her alana ait kullanılan bağımsız değişkenler Tablo 29'da görülmektedir.

Tablo 30. Hasta Bakım Kalitesi Psiko-Sosyal Birey Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli

PSİKO-SOSYAL				
BİREY* (n=100) R²=0.347	Unstandardized Coefficients Beta (β)	Std. Error	Standardized Coefficients Beta (β)	Significant (p)
Sabit	2.629	0.307	-	0.000
Yattığı Klinik	-0.508	0.088	-0.520	0.000
Medeni Durumu	0.283	0.131	0.194	0.034

*Son modelde, önceki basamaklarda modelden çıkarılmış olan *cinsiyet, sosyal güvence durumu, tıbbi tanısı, hastanede yatma süresi, hastaneye yatış sayısı ve refakatçi varlığı* değişkenlerine yer verilmemiştir.

Yapılan çok değişkenli analizlerde; dahiliye kliniğinde yatan ve evli hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 30).

Tablo 31. Hasta Bakım Kalitesi Fiziksel Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli

FİZİKSEL*				
(n=100) R²=0.216	Unstandardized Coefficients Beta (β)	Std. Error	Standardized Coefficients Beta (β)	Significant (p)
Sabit	2.262	0.379	-	0.000
Yattığı Klinik	-0.383	0.109	-0.347	0.001
Medeni Durumu	0.410	0.162	0.249	0.013

*Son modelde, önceki basamaklarda modelden çıkarılmış olan *yaş, tıbbi tanısı ve hastaneye yatış sayısı* değişkenlerine yer verilmemiştir.

Yapılan çok değişkenli analizlerde; dahiliye kliniğinde yatan ve evli hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Fiziksel" Alt Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 31).

Tablo 32. Hasta Bakım Kalitesi Genel Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli

GENEL* (n=100) R ² =0.099	Unstandardized		Standardized	
	Coefficients Beta (β)	Std. Error	Coefficients Beta (β)	Significant (p)
Sabit	2.413	0.292	-	0.000
Yattığı Klinik	-0.261	0.102	-0.248	0.012

*Son modelde, önceki basamaklarda modelden çıkarılmış olan *en uzun süre yaşanan yerleşim birimi ve tıbbi tanısı* değişkenlerine yer verilmemiştir.

Yapılan çok değişkenli analizlerde; dahiliye kliniğinde yatan hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Genel" Alt Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 32).

Tablo 33. Hasta Bakım Kalitesi İletişim Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli

İLETİŞİM* (n=100) R ² =0.047	Unstandardized		Standardized	
	Coefficients Beta (β)	Std. Error	Coefficients Beta (β)	Significant (p)
Sabit	2.861	0.206	-	0.000
Bağımlılık Durumu	-0.250	0.114	-0.216	0.031

*Son modelde, önceki basamaklarda modelden çıkarılmış olan *eğitim durumu ve refakatçi varlığı* değişkenlerine yer verilmemiştir.

Yapılan çok değişkenli analizlerde; bağımlı ya da yarı bağımlı hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "İletişim" Alt Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 33).

Tablo 34. Hasta Bakım Kalitesi Mesleki Uygulamalar Alt Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli

MESLEKİ				
UYGULAMALAR* (n=100) R²=0.070	Unstandardized Coefficients Beta (β)	Std. Error	Standardized Coefficients Beta (β)	Significant (p)
Sabit	3.246	0.239	-	0.000
Bağımlılık Durumu	-0.360	0.133	-2.712	0.008

*Son modelde, önceki basamaklarda modelden çıkarılmış olan tanımlanan gelir durumu değişkenine yer verilmemiştir.

Yapılan çok değişkenli analizlerde; bağımlı ya da yarı bağımlı hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 34).

Tablo 35. Toplam Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Puan Değişkenini Açıklayan Multiple Regresyon Modeli

HASTA BAKIM				
KALİTESİ ÖLÇEĞİ* (n=100) R²=0.090	Unstandardized Coefficients Beta (β)	Std. Error	Standardized Coefficients Beta (β)	Significant (p)
Sabit	2.810	0.130	-	0.000
Yattığı Klinik	-0.231	0.080	-0.300	0.005

*Son modelde, önceki basamaklarda modelden çıkarılmış olan tıbbi tanısı değişkenine yer verilmemiştir.

Yapılan çok değişkenli analizlerde; dahiliye kliniğinde yatan hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" toplam puanlarının arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 35).

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. HASTALARI TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hastaların %57'si cerrahi kliniklerinde, %43'ü dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi görmektedirler (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının 53.10 ± 17.79 (min:17, max:92, ortanca:57) olduğu ve %30'unun 61-70 yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 4). Araştırmada 61-70 yaş grubunun çoğunluğu oluşturmasının nedeni olarak, orta yaş üzerinde sağlık sorunlarının artması düşünülebilir.

Hastaların çoğunluğunun (%61) kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Hastaların %76 ile çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Hastaların çocuk sayısı ortalaması 2.49 ± 1.64 (min:0 max:8 ortanca:3) olarak hesaplanmış ve hastaların %52'sinin 3 ve üzeri sayıda çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %43'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Hastaların çoğunluğunun (%56) ev hanımı olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bu bulgu, araştırmaya katılanların çoğunluğunun kadın olmasıyla paralel bir durumdur (Tablo 5).

Hastaların %59'unun gelir durumlarını, gelir-gidere denk (orta düzeyde) olarak ifade ettikleri bulunmuştur (Tablo 10).

Hastaların %41'inin yaşamında en uzun süre ilçe merkezinde oturdukları saptanmıştır (Tablo 11).

Hastaların ekonomik durum göstergelerinden oturdukları evin sahibi olma ve otomobil sahibi durumlarına bakıldığında; %79'unun evinin kendisine ait olduğu, %70'inin otomobilinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 12, Tablo 13).

Hastaların, günümüzün vazgeçilmez teknolojik gereksinimlerinden olan bilgisayar sahibi olma durumlarına bakıldığında, %96'sının evinde bilgisayarının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 14).

Hastaların %76'sının bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumu Emekli Sandığıdır (Tablo 15). Yapılan gözlemlere dayanarak, Üniversite Hastanesi'ne ülkemizde uygulanan sağlık politikası sebebiyle en fazla Emekli Sandığına bağlı olanların baş vurmaları nedeni ile ve yine üniversite hastanelerine en çok Emekli Sandığına bağlı olanların baş vurdukları düşüncesiyle bu bulgu beklenen bir durumdur. Araştırma bulguları Özbaşaran'ın aynı hastanede 1999 yılında yaptığı çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (24).

Hastaların hastanede yatma süresi ortalamasının 8.30 ± 10.04 (min:3, max:90 gün ortanca:6) olduğu ve hastaların %40'ünün 4 gün ve daha az süredir hastanede yattığı belirlenmiştir (Tablo 16). Bu durumun, hastaların çoğunluğunun cerrahi kliniklerde yatmaları ve bu kliniklerde hasta yatış-çıkışlarının daha kısa süreli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların yatış sayısı ortalamasının 2.51 ± 3.04 (min:1, max:19 ortanca:1 kez) ve %57'sinin bu hastaneye ilk kez yattığı saptanmıştır (Tablo 17). Bu sonuç, cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ameliyat nedeniyle çoğunlukla ilk kez yatmalarına bağlanabilir.

Hastaların %37'sinin ameliyat, %30'unun kronik hastalık, %26'sının akut hastalık nedeniyle hastaneye yattığı belirlenmiştir (Tablo 18). Hastaların çoğunluğunun ameliyat ve akut hastalıklar nedeniyle yatmalarının, hastaneye ilk kez yatma oranını yükselttiği düşünülmektedir.

Hastaların %75'inin dolaşabilir (bağımsız) durumda olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu bulgunun, yoğun bakım birimlerinde yatan hastaların araştırma kapsamına alınmaması ve günümüzde cerrahi olguların post-operatif dönemde erken ayağa kaldırılmaları ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %52'sinin refakatçisinin olmadığı, %48'inin ise refakatçisinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 20). Ülkemiz hastanelerinde, hasta yanında refakatçi bulundurma yaygın bir uygulamadır. Nitekim, Öncel Kayacak; hemşirelerin, hasta refakatçilerinin, hastalara hemşirelik bakımı

vermeleri için kalmalarını istediklerini ve refakatçilerin de bu konuda istekli olduklarını gösteren çalışmalar bulunduğunu bildirmektedir (109). Araştırmada çoğunluğu bağımsız olan hastaların oluşturması, bu hastaların refakatçilerinin olmamasıyla paralel bir durumdur.

Özbaşaran'ın (1999) çalışmasında, hastaların %76'sı bağımsız durumda, %64'ünün refakatçisi bulunmadığı bildirilmiştir (24). Bu sonuçlar araştırma bulguları ile paraleldir.

4.2. HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların bakım kalitesi açısından **en yüksek** alt ölçek puan ortalamasının, "Mesleki Uygulamalar: hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen inisiyatif ve sorumluluğa uygun olma" ortalama puanı (2.62 ± 0.59) olduğu, **en düşük** alt ölçek puan ortalamasının ise, "Psiko-Sosyal Birey: psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler" in ortalama puanı (2.36 ± 0.48) olduğu saptanmıştır. Hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" toplam puan ortalaması 2.45 ± 0.39 "**pek iyi değil**" olarak belirlenmiştir (Tablo 21).

Hastaların bakım kalitesi açısından en yüksek alt ölçek puan ortalaması "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği (2.62 ± 0.59) olarak bulunmuştur (Tablo 21). Çalışmanın yapıldığı dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşireler, hasta merkezli çalıştıklarını ifade etmelerine rağmen, yaptıkları uygulamalar ve çalışma şekilleri itibariyle iş merkezli çalıştıkları gözlenmiştir. Çalışma bulgularına göre, hastaya gerekli hemşirelik girişimlerinin ve uygulamalarının yapıldığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Hastaların bakım kalitesi açısından en düşük alt ölçek puan ortalaması "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği (2.36 ± 0.48) olarak saptanmıştır (Tablo 21). Bakım yönteminin kalite düzeyini etkileyebileceği Olgun (1994), Özmen (1996) ile Eichhorn ve Frevert (1979) tarafından bildirilmiş olup, hasta merkezli

hemşirelik bakım yönteminin kaliteyi arttırdığını yaptıkları çalışmalarda ortaya koymuşlardır (13,14,110).

Bu çalışmada, hastaya bir birey olarak psiko-sosyal yaklaşımların yetersiz olmasının; hemşirelerin iletişim konusunda yeterince aktif olmamaları, hasta yoğunluğu ve iş yükünün fazla olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" toplam puan ortalaması 2.45 ± 0.39 "pek iyi değil" olarak belirlenmiştir (Tablo 21). Olgun'un (1994) yapmış olduğu çalışmada iş merkezli bakım verme yöntemi olan fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile bakım alan hastaların Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 2.93 ± 0.16 olup, "pek iyi değil" olarak belirlenmiştir (14).

Özmen' in (1996) çalışmasında ise, fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile bakım alan hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasını 3.11 ± 0.52 ile "orta" olarak yorumlanmıştır (13).

Bilge Dönmez' in (1999) araştırmasında, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 2.02 ± 1.11 değeri ile "pek iyi değil" olarak ifade edilmiştir (5,26).

Değişik kurum ve zamanlarda yapılan bu çalışmalar hastanelerimizde verilen hasta bakım kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Bunda hemşirelerin iş merkezli çalışmalarının etkisi olduğu söylenebilir. Oysa bilindiği gibi yüksek kaliteli optimal düzeyde bakım almak hasta hakları arasında olup, hasta bakım standardını en üst düzeyde tutmak hemşirenin sorumluluğundadır (111). Bu nedenle günümüz sağlık bakım uygulamalarında bir an önce kaliteli bakım çalışmalarının hızlandırılması ve yaygınlaştırılması çok önemlidir.

4.3. HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği

(psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.42, bekar olanların ise 1.99 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-2.88$, $p<0.01$, Tablo 22). Evli olmanın bakım kalitesinin psiko-sosyal boyutunu nasıl etkilediği düşündürücü olmakla beraber; bu durumun toplumumuzda evliliğin kazandırdığı sosyal statünün bir getirisi olduğu düşünülebilir. Çünkü cinsiyete bakıldığında; erkek ve kadın hastaların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1.94$, $p>0.05$, Tablo 22).

"Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; Emekli Sandığına bağlı olanların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.42, diğer sosyal güvence kurumlarından herhangi birine bağlı olanların (SSK, Bağ-Kur, yeşil kart) ise 2.13 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2.73$, $p<0.01$, Tablo 22). Emekli Sandığına bağlı bireylerin genellikle eğitim seviyelerinin daha yüksek ya da memur olmaları sebebiyle, bu hastaların bakımında hemşirelerin psiko-sosyal yönden daha aktif bakım sergiledikleri söylenebilir.

Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.65, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.14 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=6.18$, $p<0.01$, Tablo 22).

Hastaların tıbbi tanılarına göre "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.30, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.51 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-2.05$, $p<0.05$, Tablo 22).

Hastanede 8 gün ve daha uzun süredir yatan hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.49, 8 günden daha kısa süredir yatan

hastaların ise 2.29 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.04$, $p<0.05$, Tablo 22). Okumuş ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, hastaların yatış süresi uzadıkça bakımın psiko-sosyal yönüne ağırlık verdikleri belirtilmiştir (112). Bu bulgu, çalışma bulgusuyla paraleldir.

Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.48, ilk kez yatan hastaların ise 2.27 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.12$, $p<0.05$, Tablo 22).

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Fiziksel" Alt Ölçeği (birey olarak hastanın fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik faaliyetlerin tümü) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.50, bekar olanların ise 1.98 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-2.85$, $p<0.01$, Tablo 23). Evli olmanın bakım kalitesinin fiziksel boyutunu da nasıl etkilediği düşündürücü olmakla beraber; bu durumun da toplumumuzda evliliğin kazandırdığı sosyal statünün bir getirisi olduğu düşünülebilir. Çünkü cinsiyete bakıldığında; erkek ve kadın hastaların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1.06$, $p>0.05$, Tablo 23).

Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.68, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.39 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=4.23$, $p<0.01$, Tablo 23).

Hastaların tıbbi tanılarına göre "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.33, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.66 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-3.27$, $p<0.01$, Tablo 23).

Araştırma kapsamındaki hastaneye 2 yada daha çok kez yatmış hastaların "Fiziksel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.57, ilk kez yatan hastaların ise 2.32 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.32$, $p<0.05$, Tablo 23).

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Genel" Alt Ölçeği (genel olarak hastaların psiko-sosyal ve fiziksel gereksinimlerinin ya da aynı anda ikisinin birden karşılanmasına yönelik faaliyetlerin tümü) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; en uzun süre il ya da ilçe merkezinde yaşadığını ifade eden hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.46, köy ya da kasabada yaşadığını ifade eden hastaların ise 2.21 olduğu; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2.12$, $p<0.05$, Tablo 24). Bilindiği gibi bireylerin kentleşmesi için uzun süre il merkezi ya da büyük şehirlerde yaşamaları gerekmektedir. Çalışma bulgusuna göre, kentleşmiş bireylerin bakımında hemşirelerin iletişimlerinin daha iyi ve kolay olması sebebiyle, daha aktif bakım sergiledikleri düşünülebilir.

Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.57, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.29 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=2.69$, $p<0.01$, Tablo 24).

Hastaların tıbbi tanılarına göre "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların "Genel" Alt Ölçeği puan ortalamalarının 2.34, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.58 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-2.11$, $p<0.05$).

Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların, genellikle kronik hastalıkları olan ve uzun süredir yatan ya da hastaneye bir çok kez yatan hastalar olmaları sebebiyle, hemşireler ile daha yakın ilişkiler kurmaları ve iletişimlerinin daha fazla olması nedeniyle bu hastaların psiko-sosyal birey, fiziksel ve genel alt ölçek puanlarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "İletişim" Alt Ölçeği (hasta adına iletişim kurma faaliyetlerinin tümü) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilköğretimden mezun olan hastaların puan ortalamalarının 2.31, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ise 2.53 olduğu bulunmuştur. "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($z=-2.09$, $p<0.05$, Tablo 25). Küçükocabaş ve arkadaşlarının (1993) hastaların bakım yeterliliği düzeyine ilişkin yaptığı bir çalışmada ise, hastaların, öğrenim durumlarının ve yatış sürelerinin, hastaların tedavi ve hastalıkları konusunda bilgi alma durumlarını etkilediği belirtilmiştir. Buna göre, hemşirelerin okur-yazar olmayan ve bir gün süreyle yatan hastalarla iletişim düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür (11). Bu çalışma bulgusu da, eğitim düzeyi düşük olan hastanın, hasta adına yapılan iletişim faaliyetlerini azalttığını göstermiştir.

Araştırmaya katılan bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.36, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.61 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-1.92$, $p=0.05$, Tablo 25). Bağımlı ve yarı bağımlı hastaların, diğer hastalardan daha fazla bakıma gereksiniminin olması da, hemşirelerin hasta adına iletişimini artırıcı bir etkendir.

Refakatçisi olan hastaların "İletişim" Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.53, refakatçisi olmayan hastaların 2.33 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.05$, $p<0.05$, Tablo 25). Bağımlı ve yarı bağımlı hastalar diğer hastalardan daha fazla refakatçi bulundurlar. Daha önce de bahsedildiği gibi; bu hastaların hem bakım gereksinimlerinin daha fazla olması, hem de refakatçilerinin bulunması sebebiyle hasta adına yapılan iletişimde refakatçi varlığının artırıcı rol oynadığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği

(hasta adına iletişim kurma faaliyetlerinin tümü) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bağımsız (dolaşabilir) durumda olan hastaların “Mesleki Uygulamalar” Alt Ölçeği puan ortalamaları 2.53, yarı bağımlı ya da bağımlı durumda olan hastaların ise 2.89 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2.63$, $p<0.01$, Tablo 26). Okumuş ve arkadaşlarının (1992) hastaların bakım yeterliliği konusunda yaptıkları bir çalışmada ise, bağımlı hastaların bakımı daha az yeterli buldukları, bunun nedeninin de gereksinimlerinin fazla olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (112). Bu bulgu, araştırma bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bunun, her iki çalışmanın yapıldığı kurum ve hastaların farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre, “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dahiliye kliniklerinde yatan hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.59, cerrahi kliniklerinde yatanların ise 2.34 olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=3.29$, $p<0.01$, Tablo 27).

Hastaların tıbbi tanılarına göre “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; akut hastalık, acil tedavi ve ameliyat gibi nedenlerle hastanede yatan hastaların “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” Toplam puan ortalamalarının 2.39, kronik hastalıklar nedeniyle yatanların ise 2.59 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-2.40$, $p<0.05$, Tablo 27).

Daha öncede ifade edildiği gibi, bu sonuçlar dahiliye kliniklerinde yatan hastaların genelde kronik hastalığı olan hastalar olması sebebiyle, daha sık ve uzun sürelerle yatmalarından dolayı, klinik hemşireleri ile uzun süredir ilişki içinde olmaları nedeniyle daha iyi ilişkiler kurmalarına ve hemşirelerin bu hastaların gereksinimlerinin daha çok farkında olmalarına bağlanabilir.

4.4. BAKIM KALİTESİ PUANLARININ ÇOKLU REGRESYON SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Yapılan çok değişkenli analizlerde, dahiliye kliniğinde yatan ve evli hastaların, hasta bakım kalitesi ölçeği **Psiko-Sosyal Birey** alt ölçeği ve **Fiziksel** alt ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 30, Tablo 31).

Yine dahiliye kliniğinde yatan hastaların hasta bakım kalitesi ölçeği **Genel** alt ölçeği puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 32). Daha öncede bahsedildiği gibi; dahiliye kliniklerinde yatan hastaların, genellikle kronik hastalıkları olan ve uzun süredir yatan ya da hastaneye bir çok kez yatan hastalar olmaları sebebiyle, hemşireler ile daha yakın ilişkiler kurmaları ve iletişimlerinin daha fazla olması nedeniyle **psiko-sosyal birey**, **fiziksel** ve **genel** alt ölçek puanlarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak evli olmanın bakım kalitesinin psiko-sosyal boyutunu nasıl arttırdığına ilişkin net bir yorum olmasa da; bu durumun toplumumuzda evliliğin kazandırdığı sosyal statünün bir getirisi olduğu söylenebilir.

Bağımlı ya da yarı bağımlı hastaların hasta bakım kalitesi ölçeği **İletişim** alt ölçeği ve **Mesleki Uygulamalar** alt ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 33, Tablo 34). Daha önce de ifade edildiği gibi; bu hastaların hem bakım gereksinimlerinin daha fazla olması, hem de genelde refakatçilerinin bulunması sebebiyle hasta adına yapılan iletişimde ve mesleki uygulamaları yerine getirmede arttırıcı rol oynadığı düşünülebilir.

Dahiliye kliniğinde yatan hastaların **Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği** toplam puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 35). Bu bulgu, daha öncede ifade edildiği üzere; dahiliye kliniklerinde yatan hastaların, genellikle kronik hastalıkları olan ve uzun süredir yatan ya da hastaneye bir çok kez yatan hastalar olmaları sebebiyle, hemşireler ile daha yakın ilişkiler kurmaları ve iletişimlerinin daha fazla olması nedeniyle beklenen bir durumdur.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Bu araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde, 15 Eylül-15 Ekim 2002 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve gözlemlenen 100 hasta örneklemini ile yapılmış olan, tanımlayıcı (betimleyici) tipte bir araştırmadır. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özellikleri ve aldıkları bakım kalitesini tespit etmek ve bunlar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmış araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

5.1.1. HASTALARI TANITICI SONUÇLAR

Araştırma kapsamındaki hastalar, yaklaşık yarı yarıya cerrahi (%43) ve dahiliye (%57) kliniklerinde yatmaktadır (Tablo 3). Hastaların yaş ortalaması 53.10 ± 17.79 olup, çoğunluğu (%30) 61-70 yaş grubundadır (Tablo 4). Hastaların, %61'i kadındır (Tablo 5). Çoğunluğu (%76) evlidir (Tablo 6). Hastaların %29'unun üç çocuğu bulunmaktadır (Tablo 7). Araştırmaya katılan hastaların %43 ile çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Hastaların %56'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Gelir durumlarına bakıldığında; %59'u gelir durumunu; gelir gidere denk (orta) tanımlamıştır (Tablo 10). Hastaların, %41'i en uzun süre ilçe merkezinde yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 11). Ekonomik düzey göstergelerinden ev ve otomobil sahibi olma durumları incelendiğinde; %79'unun evi kendisine ait iken, %70'inin otomobili yoktur (Tablo 12, Tablo 13). Ve büyük çoğunluğunun (%96) evinde bilgisayarı bulunmamaktadır (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hastaların %76'sının bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumu Emekli Sandığıdır (Tablo 15). Hastaların %40'ının 3-4 gündür hastanede yattığı belirlenmiştir (Tablo 16). Bu hastaneye yatış sayılarına bakıldığında, hastalarının %57'sinin bu hastaneye ilk yatışı olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Çoğunluğu (%37) ameliyat olmak için hastaneye yatmıştır (Tablo 18). Hastaların dörtte üçü (%75) dolaşabilir (bağımsız) durumdadır (Tablo 19). Hastaların, %52'sinin refakatçisi yoktur (Tablo 20).

5.1.2. HASTALARIN BAKIM KALİTESİ PUANLARINA İLİŞKİN SONUÇLAR

Hastaların "Toplam hasta bakım kalitesi" ortalama puanı 2.45 ± 0.39 "**pek iyi değil**" olarak belirlenmiştir. Hastaların bakım kalitesi açısından **en yüksek** alt ölçek puan ortalamasının, "Mesleki uygulamalar: hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen inisiyatif ve sorumluluğa uygun olma" ortalama puanı (2.62 ± 0.59) olduğu, **en düşük** alt ölçek puan ortalamasının ise, "Psiko-sosyal birey: psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler" in ortalama puanı (2.36 ± 0.48) olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

Hastaların bakım kalitesi puanları ile yapılan analizler sonucunda; evli, sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan, dahiliye kliniklerinde yatan, kronik hastalığı olan, 8 günden uzun süredir yatan ve bu hastaneye ikinci ya da daha fazla kez yatış yapmış hastaların "**Psiko-Sosyal Birey**" (psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetlerin) puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 22).

Evli, dahiliye kliniklerinde yatan, kronik hastalığı olan ve hastaneye ikinci ya da daha fazla kez yatış yapmış hastaların, "**Fiziksel**" (birey olarak hastanın fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik faaliyetlerin) puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 23).

En uzun süre il ya da il merkezinde yaşamış, dahiliye kliniklerinde yatan ve kronik hastalığı olan hastaların, "**Genel**" (genel olarak hastaların psiko-sosyal

ve fiziksel gereksinimlerinin ya da aynı anda ikisinin birden karşılanmasına yönelik faaliyetlerin ortalama puanı) puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 24).

Lise ve üniversite mezunu, bağımlı ya da yarı bağımlı olan ve refakatçisi bulunan hastaların “İletişim” (hasta adına iletişim kurma faaliyetlerinin) puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 25).

Bağımlı ya da yarı bağımlı olan hastaların, “Mesleki Uygulamalar” (hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen inisiyatif ve sorumluluğa uygun olma) puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 26).

Dahiliye kliniklerinde yatan ve kronik hastalığı olan hastaların, “Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği” toplam puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 27).

Yapılan çok değişkenli analizlerde; dahiliye kliniğinde yatan ve evli hastaların, hasta bakım kalitesi ölçeği Psiko-Sosyal Birey alt ölçeği ve Fiziksel birey alt ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 30, Tablo 31).

Yine dahiliye kliniğinde yatan ve yaşamlarında en uzun süre il veya ilçe merkezinde yaşamış olan hastaların, hasta bakım kalitesi ölçeği Genel alt ölçeği puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 32).

Bağımlı ya da yarı bağımlı olan hastaların ise, hasta bakım kalitesi ölçeği İletişim alt ölçeği ve Mesleki Uygulamalar alt ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 33, Tablo 34).

Dahiliye kliniğinde yatan hastaların toplam hasta bakım kalitesi ölçeği puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 35).

5.2. ÖNERİLER

Araştırma bulguları ışığında konuyla ilgili şunlar önerilmektedir:

- Benzeri araştırmaların daha büyük örneklerle yapılması,
- Ülkemiz için yeni bir kavram olan kalite yönetiminin, hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi üzerinde daha fazla araştırılması ve uygulamaya geçirilmesi,
- Bakım kalitesini değerlendirilmesi yapılırken ölçek konusunda yetersiz olan ülkemizde yeni ölçek geliştirme çalışmalarının yapılması ve var olan ölçeklerin gözden geçirilmesi,
- Kurumlarda kalitenin standart ölçekler geliştirilerek sürekli değerlendirilmesi
- Hastanelerde kaliteli bakımı yükseltmek ve yüksek olduğu kurumlarda bunun sürekliliğinin sağlanması için hemşirelere ödül sisteminin getirilmesi,
- Hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeylerinin belirleyecek çalışmaların belli aralıklarla tekrarlanması ve sorunlara çözüm getirilmesi,
- Hemşirelerin hasta bakımı ve hemşirelik uygulamalarında psiko-sosyal bakıma ağırlık vermeleri, genel ve fiziksel bakım uygulamalarını arttırmaları, iletişim konusunda daha aktif olmaları için yöneticilerin desteği ile hizmet içi eğitim ve kursların sık düzenlenmesi, hemşirelerin katılımının sağlanması; eğitimlerde kazanılan bilgilerin uygulamaya aktarılabilmesi için uygun denetimlerin yapılması,
- Hastanelerde hemşirelerin yaşadıkları fazla iş yükü ve yoğunluğu, sayısal yetersizlik problemlerinin çözümlenmesi,
- Hemşirelerin hastalara daha çok zaman ayırmaları, bütüncül hasta bakımı görüşünü benimsemeleri,
- Hastaların ve hemşirelerin, hasta hakları konusunda bilgilendirilmeleri,

- Tüm sağlık kurumlarında ve tabi ki hemşirelik hizmetlerinde, sahip olunan şartlar dahilinde, verilen hizmetin ölçümlemesini sağlayacak verilerin toplanması, toplanan verilerin sürekli analiz edilmesi ve kendi standartlarına uygun indikatör saptanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Polat MH., Yılmaz İH., Power: şirketler için toplam kalite rehberi, *Aylık Ekonomi Dergisi*, Power Kitap Serisi-3, İstanbul, Dünya Aktüel Kitapevi, 1996.
2. Zorlutuna Y., Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara İntermat Basın Yayımcılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti., 17-18 Ekim 1997, ss:185-192.
3. Uyer G., Hemşirelik bakımında kalite analizi, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Bildiri Kitabı*, 3-5 Kasım 1993, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:30-36.
4. Algier L., Uyer G., Toplam kalite yönetimi uygulamalarına geçişte hemşirelerin eğitimi, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, İntermat Basın Yayımcılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti., 17-18 Ekim 1997, ss:245-250.
5. Bilge Dönmez A., *Bir psikiyatri kliniğinde hasta bakım kalitesinin incelenmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999.
6. Kalaça S., Sağlık hizmetlerinde kalitenin yeniden keşfi, *IV. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, İzmir, ME-GA Ltd. Baskıcılık, 12-16 Eylül 1994, ss:279-281.
7. Dramalı A., Hemşirelik uygulamalarında kalite, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:63-68.
8. Nural N., Kaliteli bakım standardı, *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26 Haziran 1992, ss:28-34.

9. Özdemir A., Uğur Ö., Şenol V., Ebelik-hemşirelik mesleklerinde verilen hizmetin kalitesini etkileyen faktörlere bakış, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:299-306.
10. Erhan S., *Hemşirelik Tarihi*, İstanbul, Divan Matbaacılık Tesisleri, 1978.
11. Küçükkocabaş H., Dönmez A., Hastaların hemşirelik hizmetlerini değerlendirmeleri, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım 1993, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:257-262.
12. Erdil F., Son 20 yılda hemşireliğin stratejisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ocak 1994, 1(1):1-7.
13. Özmen D., *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme Çalışması: Primer Hemşirelik*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1996.
14. Olgun N., *Primer Hemşirelik Yönteminin Hasta Bakımı ve Hemşirelerin İş Doyumuna Etkisi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1994.
15. Alcan Z., Hemşirelerin sürekli eğitiminde toplam kalite yönetimi modeli uygulaması, *VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı*, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, Damla Matbaacılık, 14-16 Mayıs 1998, ss:108-111.
16. Alcan Z., Bölük İ., Erdoğan İ., Göl G., Gürcan B., Hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi ve hemşirelikte güç sahibi olmaya giden yolda kalite indikatörlerinin rolü, *V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, (Uluslar arası Katılımlı), 2-4 Temmuz 1997, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, 1998, ss:189-196.

17. Özdağ N., Hemşirelik hizmetlerinde kalite ve hemşire etkinliği, *V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, (Uluslar arası Katılımlı), 2-4 Temmuz 1997, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, 1998, ss:197-207.
18. Kocaman G., Okumuş H., Özmen D., Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesi hemşirelik hizmetleri departmanında "kalite geliştirme" uygulama örneği, *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı*, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Matbaası, 4-7 Mayıs 1994, ss:373-380.
19. Menderes M., Hastanelerde maliyet hesaplaması ve hemşirelik hizmetleri maliyetleri, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ocak 1994, 1(1):65-70.
20. Biri H., *Hastane hizmetleri ve müşteri memnuniyeti*, Gazi Üniversitesi, Hastanesi, Ankara, Kasım, 2002, <http://www.gazi.edu.tr/duyuru>.
21. Bektaş G., Hemşirelik hizmetleri yönetimi, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Çevik Matbaası, Haziran 1998, ss:337-349.
22. Gümüş A.Ş., Uluslar arası kalite kavramı ve TSE çalışmaları, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım 1993, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:26-29.
23. Öztürk Y., Hemşirelik-ebelik uygulamalarında kalite, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:56-62.
24. Özbaşaran (Ulufar) F., Hastanede yatan hastaların verilen hemşirelik bakımına ilişkin memnun olma durumlarının incelenmesi, *I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya-Türkiye, 2001, ss:382-388.

25. Akdemir N., Sağlık bakımından kalite, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:4-7.
26. Bilge Dönmez A., Çam O., Bir psikiyatri kliniğinde hasta bakım kalitesinin incelenmesi, *I. Uluslar arası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya-Türkiye, 2001, ss:145-148.
27. Uzun Aktürk Ö., Bayındır Tıp Merkezi 1998 yılı hemşirelikte kalite güvencesi değerlendirme çalışmaları, *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Erzurum, 22-24 Haziran 1999, ss:294-296.
28. Akdemir N., Kalite-maliyet ve hemşirelik, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ocak 1994, 1(1):45-51.
29. Meisenheimer CG., Quality management: process and outcome, *V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, (Uluslar arası Katılımlı) Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, 2-4 Temmuz 1997, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, 1998, ss:4-29.
30. Özcan KC., Sağlık hizmetlerinde kalite, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 1-2 Kasım 1996, ss:57-60.
31. Peşkircioğlu N., Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ocak 1994, 1(1):53-63.
32. Webster's , Quality, *New Wold Dictionary*, New York, 1988, ss:109.
33. Chatwin D., Ameliyathanede kalite güvenliği, *I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı (Uluslar arası Katkı İle)*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 26-27 Eylül 1996, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1997, ss:49-59.

34. Köse Z., *Toplam kalite yönetimi felsefesi*, Elginkan Vakfı Ümmühan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi, Seminer Notları, Manisa, 16-17 Ocak 2003.
35. Erefe İ., Sağlık hizmetlerinde standart ve kalitenin önemi, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım 1993, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:20-25.
36. Ulusoy MF., Nitelikli hemşirelik eğitimi için nitelikli uygulama ortamı, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:52-55.
37. Çoruh M., Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 1-2 Kasım 1996, ss:3-8.
38. Kavuncubaşı Ş., Esatoğlu AE., Sağlık hizmetlerinin kalitesinin hemşirelik hizmetleri açısından değerlendirilmesi, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:77-87.
39. Uz MH., *Hastanelerde Kalite Yönetimi, Hastane Yöneticiliği*, İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri, Alemdar Ofset, 1997, ss:115-131.
40. Hayran O., Uz H., Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Çevik Matbaası, Haziran 1998, ss:147-174.
41. Güray Ş., Klinik hizmetlerde izleme ve denetlemenin rolü, *I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 24-25 Kasım 1995, ss: 139-141.
42. Ersoy K., Kavuncubaşı Ş., Sağlık kurumlarında kalite yönetimi, *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı*, Hotel İmbat Kuşadası-Aydın, Dokuz Eylül Rektörlüğü Matbaası, İzmir, 4-7 Mayıs 1994, ss:349-361.

43. Harvey G., Assessment of quality of health care in England, Senior Research and Development Officer / Head of Quality, Improvement Royal College of Nursing Institute Radcliffe Infirmary, 1997.
44. Donabedian A., Bakım kalitesi ve maliyeti konularında mesleki sorumluluk, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1993, 2:99-112.
45. Gürbüz F., Bahtiyar A., Yurdakul S., Güven R., Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinde dökümanların etkisinin ve hemşirelik kayıtlarının değerlendirilmesi, *V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı (Uluslar arası Katılımlı)* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, 2-4 Temmuz 1997, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, 1998, İzmir, ss:186-188.
46. Dikmen M., *Toplam kalite yönetiminde "insan"*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, www.med.gazi.edu.tr/gazihast/2.kalitegunleri3.htm, Aralık, 2002.
47. Koçal S., Toplam kalite yönetimi süreci içinde denetleme ve izleme fonksiyonunun yeri ve önemi, *I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 24-25 Kasım 1995, ss:143-145.
48. İnanç N., Hemşirelik eğitiminde kalite, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:38-51.
49. Toker F., Şahin Ü., *Toplam kalite yönetiminde yöneticinin rolü*, www.sitetky.com/frameset/tky, Aralık 2002.
50. Şener NF., Çağdaş kalite anlayışı – önce insan, *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı*, İzmir, Dokuz Eylül Rektörlüğü Matbaası, 4-7 Mayıs 1994, ss:305-315.
51. Fidaner C., Sağlık hizmetlerinde kalite ve maliyet sorunu, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, 3-5 Kasım 1993, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:59-64.

52. Sur H., Sağlık hizmetlerinin geçmişi ve gelişimi, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Çevik Matbaası, Haziran 1998, ss:217-227.
53. Darby D., Factors that influence nurses customer orientation, *Journal of Nursing Management*, September 1999, 7(5):271-280.
54. Erdil F., Cumhuriyet döneminde hemşirelik, *Atatürk'ün Ölümünün 62. Yılında Cumhuriyet Türkiye'sinde Bilimsel Gelişmeler Sempozyumu Kitabı*, 8-10 Kasım 2000, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayını, 2001.
55. Veliöğlü P., *Herkese Sağlık Amacında Hemşirelik, Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*, İstanbul, 1994, ss: 55-56.
56. Alpar Ş., Atalay M., Çakırcalı E. and ark., *Hemşirelik Esasları El Kitabı*, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:8, İstanbul, Birlik Ofset Ltd. Şti., 1997, ss:1-145.
57. Platin N., Mesleklerin topluma hizmetleri; hemşireliğin topluma hizmeti, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ocak 1994, 1(1):9-13.
58. Erdil F., Özhan Elbaş N., *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Genişletilmiş II. Baskı, Ankara, 72 Tasarım- Ofset Ltd. Şti., 1997, ss:97-136.
59. Aksoy G., Akyolcu N., Atay M. ve ark., *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, İstanbul, Birlik Ofset Ltd. Şti., 1998.
60. Hatipoğlu S., Ameliyathane hemşireliğinin tarihçesi, *I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı (Uluslar arası Katkı İle)*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 26-27 Eylül 1996, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1997, ss:19-26.
61. Birol L., Akdemir N., Bedük T., *İç Hastalıkları Hemşireliği*, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6, Ankara, Sanem Matbaacılık, 1997.

62. Sözüer E., Ünal A., Ok G., Hastanede ebelik-hemşirelik uygulama alanlarında kalite, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:69-72.
63. Kıymir B., Sağlık kuruluşlarında kalite yönetimi – toplam kalite yönetimi (tky), *1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı*, İzmir, Dokuz Eylül Rektörlüğü Matbaası, 4-7 Mayıs 1994, ss:317-323.
64. Alcan Z., Bayındır Tıp Merkezi hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 1-2 Kasım 1996, ss:123-124.
65. Bektaş G., Hasta bakım kalitesinin güvenliğinin sağlanması ve yükseltilmesi için neler yapılmalıdır?, *Hemşirelik Bülteni*, 1994, 8(34):11-14.
66. Uz MH., Temel sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesi için gereken ön koşullar ve bu konudaki Danimarka tecrübeleri, *1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 24-25 Kasım 1995, ss:49-56.
67. Güzel D., Kalite güvenliğinde sistematik yaklaşım, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Yeni Fersa Matbaacılık, 1-2 Kasım 1996, ss:125-126.
68. Ralph C., Kalite, maliyet ve hemşirelik, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım 1993, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:1-8.
69. Engiz O., Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini, *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Alemdar Ofset, 1997, ss:61-87.

70. Koçak F., Kukulü K., Kaliteli hasta bakımında hemşirenin rolü, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım 1993, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:130-140.
71. Ocakçı A., *Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü*, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kasım 2002, www.geocities.com/sagliktoplum/hemsirelik.html.
72. Yanikkerem E., Çağdaş hemşirelik vizyon ve misyonu, *Sıcak Zincir İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Dergisi*, Nisan 2001, 3 (9):19.
73. Uslukol E., Özdemir A., Gencer Z.E., Kaliteye yolculuk, *VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı*, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, Damla Matbaacılık, 14-16 Mayıs 1998, ss:287-290.
74. Yurt S., Olgun N., Bir devlet hastanesindeki hastaların hemşirelik hizmetlerinden aldıkları doyumun belirlenmesi, *I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya-Türkiye, 2001, ss:531-535.
75. Gökmen O., *Kalite Güvence Sistemi Çalışmaları*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, www.med.gazi.edu.tr/gazihast/2.kalitegunleri3.htm, Aralık, 2002.
76. Okumuş H., Hemşirelik hizmetlerinde kalite güvenliği, *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26 Haziran 1992, ss:95-105.
77. Ersoy K., Hastanelerde kalite yönetimi, *Toplum ve Hekim Dergisi*, sayı:54, ss:68-70.
78. Tokatlıoğlu M., Sağlıkta kalite yönetimi, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Intermat Basın Yayımcılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti. 17-18 Ekim 1997, ss:235-236.

79. Demirtaş I., Köse AS., Postoğlu S., Servis hizmetleri kalitesi ve değerlendirilmesi, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, İntermat Basın Yayıncılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti. 17-18 Ekim 1997, ss:57-63.
80. Schuster MA., McGlynn EA., Kerr EA., *Quality of Care for Children & Adolescents: A Review of Selected Clinical Conditions & Quality of Indicators*, The Rand Corporation, 2000.
81. Uyer G., *Hemşirelik ve Yönetim*, 3. Baskı, Ankara, Hürbilek Matbaacılık, 1997, ss:205-208, 267-275.
82. Güneykaya S., Hemşirelik hizmetlerinde ISO 9000 çerçevesinde sürekli kalite iyileştirme, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, İntermat Basın Yayıncılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti. 17-18 Ekim 1997, ss:103-110.
83. Kocaman G., Hemşirelikte kalite güvenliği: gerekli koşullar ve değerlendirme yöntemleri, *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26 Haziran 1992, ss:106-113.
84. Chang B.L., Lee J.L., Pearson M.L., Kahn K.L., Elliott M.N., Rubenstein L.L., Evaluating quality of nursing care (the gap between theory and practice), *The Journal of Nursing Administration*, 2002, 32:405-418.
85. Middleton S., Lumby J., Exploring the precursors of outcome evaluation in Australia: linking structure, process and outcome by peer review, *International Journal of Nursing Practice*, September 1998, 4(3) :151-155.
86. Alcan Z., Hastane kalite güvencesi programlarına btm örneği, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran 1998, ss:103-108.

- 87.** Türköz Y., *Hasta Memnuniyeti Odaklı Araştırmalardan Hasta İhtiyaçları Odaklı Uygulamalara*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Hastanesi, www.med.gazi.edu.tr/gazihast/2.kalitegunleri3.htm, Aralık, 2002.
- 88.** Langemo D.K., Anderson J., Volden C.M., Nursing quality outcome indicators: the North Dakota study, *The Journal of Nursing Administration*, 2002 Feb.,32(2):98-105.
- 89.** Treurniet HF., Essink-Bot ML., Mackenbach JP. and Maas PJ. Vander, Health-related quality of life an indicator of quality of care?, *Quality of Life Research*, 1997, 6:363-369.
- 90.** Stromborg M.F., Improving quality of care cancer patients, *V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2-4 Temmuz 1997, İzmir, E.Ü. Rektörlük Matbaası, 1998, 30-36.
- 91.** Timmerman WG., Hemşirelik eğitiminde kalite ve standartların oluşması, *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım 1993, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, ss:12-19.
- 92.** Norman I., Redfern S., Tomalin D., Oliver S., Applying triangulation to the assessment of quality of nursing, *Nursing Times*, February 1992, 88(8):43-46.
- 93.** Walsh M., Walsh A., Measuring patient satisfaction with nursing care; experience of using the new castle satisfaction with nursing scale, *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29(2):307-315.
- 94.** McGlynn EA., Kerr EA., Asch SM., *Quality of Care for General Medical Conditions; A Review of the Literature&Quality Indicators*, The Rand Corporation, 2000.
- 95.** Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V., *Biyoistatistik*, 6. Baskı, Ankara, Özdemir Basım, Yayım ve Dağıtım Ltd. Şti., Eylül 1995.

96. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V., *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, Ankara, Yeniçağ Basın-Yayın Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti., 1998, ss:15-117.
97. Elibol N., Kaleli I, Avdan E., Yağar S., Hastaların hemşirelik bakımından beklentileri, *VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı*, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, Damla Matbaacılık, 14-16 Mayıs 1998, ss:307-312.
98. Archibong UE., Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study, *Journal of Advanced Nursing*, March 1999, 29 (3):680-689.
99. www.bayindirtip.com.tr, *Klinik Kalite Güvencesi Değerlendirmesi*, Özel Bayındır Ankara/Kavaklıdere Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Aralık, 2002.
100. Norman IJ., Redfern SJ., The validity of Qualpacs, *Journal of Advanced Nursing*, December 1995, 22 (6):1174-1181.
101. Redfern SJ., Norman IJ., Tomalin DA., Oliver S., Jacka K., The validity of quality assesment instruments for nursing, *KCL: Nursing Research Unit/ Quality*, Department of Health, 1994.
102. Redfern SJ., Norman IJ., Quality assesment instruments in nursing: towards validation, *International Journal of Nursing Studies*, April 1995, 32(2):115-125.
103. Tomalin DA., Oliver S., Redfern SJ., Norman IJ., Inter-rater reliability of monitor, senior monitor and qualpacs, *Journal of Advanced Nursing*, July 1993, 18(7):1152-1158.
104. Tomalin DA., Redfern SJ., Norman IJ., Monitor and senior monitor: problems of administration and some proposed solutions, *Journal of Advanced Nursing*, January 1992, 17(1):72-82.
105. Norman IJ., Redfern SJ., The validity of two quality assessment instruments; monitor and senior monitor, *International Journal of Nursing Studies*, December 1996, 33 (6):660-668.

- 106.** Harvey G., An evaluation of approaches to assessing the quality of nursing care using (predetermined) quality assurance tools, *Journal of Advanced Nursing*, March 1991, 16(3):277-286.
- 107.** Rubin R.H., Patient evaluations of hospital care: A review of literature, *Medical Care*, 1987, 28(9):3-9.
- 108.** Pala T., Saatli G., Eser E., Güngör N., Hastanede yatan hastaların hastane hizmetleri ve hastane çalışanlarından memnuniyeti ve bunu oluşturan bileşenler, *8. Ulusal Halk sağlığı Kongresi Kitabı*, Diyarbakır, Montaj baskı, 23-28 Eylül 2002, 538-542.
- 109.** Öncel Kayacık Ş., *Hastanede yatan yetişkin hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnun olma durumlarının incelenmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
- 110.** Eichhorn M.L., Frevert E.I., Evaluation of a primary nursing system using the quality patient care scale, *The Journal of Nursing Administration*, Oct. 1979, 9(10): 11-15.
- 111.** Terakye G., Ocakcı A., *Seçmeler*, 1. Baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, 1995, s:22-23.
- 112.** Okumuş H., Gürbüz H., Hastaların hemşirelik bakım yeterliliğini değerlendirmeleri, *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26 Haziran 1992, ss:386-391.

EK-1-

C.B.Ü. TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
DAHİLİYE VE CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATAN HASTALARA YÖNELİK
TANITICI BİLGİ FORMU

1. **Yattığı klinik:** 1.() Dahiliye 2.() Cerrahi
2. **Tıbbi tanısı:**.....
3. **Bağımlılık durumu:**
 - 1.() Bağımlı(Yatağa bağımlı)
 - 2.()Yarı bağımlı(Tuvalete gidebilir)
 - 3.() Bağımsız(Dolaşabilir)
4. **Refakatçi bulunma durumu:**
 - 1.() Refakatçi var 2.() Refakatçi yok
5. **Yaşınız:**.....
6. **Cinsiyetiniz:** 1.() Kadın 2.() Erkek
7. **Medeni durumunuz:**
 - 1.() Bekar 2.() Evli 3.() Eşi ölmüş 4.() Boşanmış 5.() Ayrı yaşıyor
8. **Çocuk sayınız:**
 - 1.() Yok 2.() 1 tane 3.() 2 tane 4.() 3 tane 5.() 4 ve üzeri
9. **Eğitim durumunuz:**
 - 1.() Okur-yazar değil
 - 2.() Okur-yazar
 - 3.() İlkokul mezunu
 - 4.() Ortaokul mezunu
 - 5.() Lise ve dengi okul mezunu
 - 6.() Üniversite / Yüksekokul mezunu
 - 7.() Yüksek lisans / Doktora mezunu
10. **Mesleğiniz?**
 - 1.() İşsiz
 - 2.() Ev hanımı
 - 3.() İşveren (serbest) emrinde en az 3 işçi çalıştırıyor
 - 4.() Ücretli (hekim, mühendis, avukat vb.)
 - 5.() Serbest (hekim, mühendis, avukat vb.)
 - 6.() Memur-ücretli (öğretmen, hemşire, polis, bankacı vb.)
 - 7.() Esnaf (dükkanında kendisi)
 - 8.() Vasıfsız görevli (hizmetçi, bekçi, koruma görevlisi, temizlik görevlisi vb.)
 - 9.() Fabrikada atölye işçisi
 - 10.() Serbest (seyyar satıcı, büfeci, pazarcı vb.)

11. Sosyal güvenceniz:

- 1.() Yok
- 2.() Emekli sandığı
- 3.() SSK
- 4.() Bağ-kur
- 5.() Özel

12. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1.() Gelir giderden az
- 2.() Gelir gidere denk
- 3.() Gelir giderden fazla

13. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?

- 1.() Köy /kasaba
- 2.() İlçe merkezi
- 3.() İl merkezi
- 4.() Yurt dışı

14. Şu an oturduğunuz ev:

- 1.() Kendimize ait 2.() Kira 3.() Lojman 4.() Akrabamıza ait 5.() Diğer....

15. Arabanız var mı?

- 1.() Var 2.() Yok

16. Evde bilgisayarınız var mı?

- 1.() Var 2.() Yok

17. Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz?:..... gün / hafta / ay**18. Hastaneye bu kaçınıcı yatışınız?:.....**

EK-2

HASTA BAKIM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı-Soyadı:

Değerlendiren:

Kayıt Zamanı:

Tarih:

	Çok iyi	Oldukça iyi	Orta	Pek iyi değil	Hiç iyi değil	Değerlendiremedi
PSİKO-SOSYAL: BİREY						
<i>Birey olarak hastanın psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler</i>						
1. Hemşire tüm dikkatini hastaya veriyor mu?						
2. Hastaya duygularını açıklama fırsatı veriliyor mu?						
3. Hastaya nazik sevecen ve dostça bir tavırla yaklaşıyor mu?						
4. Hastanın uygunsuz davranışlarına karşı terapötik bir tutum içinde cevap veriliyor mu?						
5. Hastanın olası ya da var olan endişe veya sıkıntısına uygun davranışlar gösteriliyor mu?						
6. Gerekğinde hastaya açıklamalar yapılıyor ve sözlü güvence veriliyor mu?						
7. Hasta hastalığı dışındaki konularda da hemşireden ilgi görüyor mu?						
8. Hastaya aile ve toplumun bir üyesi olarak önem veriliyor mu?						
9. Hastaya manevi/dini gereksinimleri için ilgi gösteriliyor mu?						
10. Rededen/inatçı veya ısrarla isteklerini bildiren bir hasta bile kabul görüyor mu?						
11. Hasta insana yakışır bir saygınlık ve onurla bakım görüyor mu?						
12. Hasta bireyin yeterli/sağlıklı yönleri kullanılıyor mu?						
13. Hemşirelik personeli ve hasta arasında "güç, prestij ve otorite" yerine "güven, kabul ve saygı"yı yansıtan bir atmosfer yaratılıyor mu?						

	Çok iyi	Oldukça iyi	Orta	Pek iyi değil	Hiç iyi değil	Değerlendiremedi
14. Karşılıklı konuşmalar için uygun konular seçiliyor mu?						
15. Uykulu, bilinçsiz veya oryantasyonu bozuk bir hastaya gösterildiği gibi saygılı bir tavırla bakım veriliyor mu?						
Ortalama Puan:						

PSİKO-SOSYAL: GRUP

Bir grup üyesi olarak hastaların psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler

16. Bir grup üyesi olarak hasta ekip üyelerinden yakın ilgi ve özen görüyor mu?						
17. Hasta, diğer bireylerin rahatı ve huzuru için davranışlarını sınırlandırması gerektiği yönünde özendiriliyor mu?						
18. Hastaya grubun günlük faaliyetlerine katılması veya bunları planlaması için cesaret veriliyor mu?						
19. Grup üyesi olarak hastaya, kapasitesine göre sorumluluk alma fırsatı tanınıyor mu?						
20. Bakım personelinin "hastaların yapacakları faaliyetler hakkındaki" önerileri-telkinleri, oradaki diğer hastaların ilgi ve gereksinimlerine uygun mu?						
21. Hastaya grup içinde sosyal kabul görecektir şekilde duygularını ifade etmesi için yardım ediliyor mu?						
22. Hastaya başarıları için ödül verilecekse ve takdir edilecekse, onun bireysel gereksinimleri ve diğer hastaların da takdiri alınıyor mu?						

	Çok iyi	Oldukça iyi	Orta	Pak iyi değil	Hiç iyi değil	Değerlendiremedi
23. Hasta grubu içinde, her grup üyesinin hak ve şahsiyeti korunuyor mu?						
Ortalama Puan:						

FİZİKSEL

Hastaların fiziksel gereksinimlerini

karşılama yönelik faaliyetler

24. Hemşirelik işlevleri her hastanın tedavisine göre ayarlanıyor mu?						
25. Temizlik ve uygun görünüş için hastanın günlük hijyen gereksinimleri karşılanıyor mu?						
26. Hemşirelik girişimleri, hastayla iletişim ve etkileşim fırsatı sağlamak amacıyla kullanılıyor mu?						
27. Fiziksel belirtiler ve fiziksel değişiklikler belirleniyor ve uygun girişimler yapılıyor mu?						
28. Hasta tarafından hissedilen rahatsızlık çabuk ve uygun bir şekilde gideriliyor mu?						
29. Hasta uygun şekilde dinlenmesi ve egzersiz yapması için teşvik ediliyor mu?						
30. Hasta uygun diyet alması için teşvik ediliyor mu?						
31. Hastanın yeterli sıvı alımı ve boşaltım gereksinimlerini karşılamak için uygun girişimler yapılıyor mu?						
32. İlaçla tedaviye bağlı olan davranışsal ve psikolojik değişiklikler gözleniyor ve uygun girişimler yapılıyor mu?						
33. Hastadan beklenen davranışlar, hastaların kullandığı ilaçların etkileri dikkate alınarak değerlendiriliyor mu?						

	Çok iyi	Oldukça iyi	Orta	Pek iyi değil	Hiç iyi değil	Değerlendirilemedi
34. Medikal asepsi uygulamaları, hastanın kişisel hijyeni ve çevresi dikkate alınarak yapılıyor mu?						
35. Tedavi ve özel uygulamalarda medikal ve cerrahi asepsi uygulanıyor mu?						
36. Hastaya kendini güvendeceği bir ortam sağlanıyor mu?						
37. Hastanın kendisinden ve başkalarından zarar görmesini engelleyecek güvenlik önlemleri alınıyor mu?						
38. Parenteral sıvıların ve ilaçların güvenli verilmesini sağlayan teknikler kullanılıyor mu?						
Ortalama Puan:						

GENEL

*Hastanın psiko-sosyal veya fiziksel
ya da aynı anda ikisini birden
karşılama yönelik faaliyetler*

39. Hastaya gereksinimi olan bilgiyi veriyor mu?						
40. Hasta ve ailesi bakım planına dahil ediliyor mu?						
41. Hastanın mahremiyet duyguları ve hakları korunuyor mu?						
42. Hastanın (durumuna uygun) bağımlılık ve/veya bağımsızlığı kabul etmesine yardım ediliyor mu?						
43. Hastaya problem çözme fırsatları sağlamak için hastane ortamındaki kaynaklar (uzman, broşür vb.) kullanılıyor mu?						
44. Hastaya yapabileceği ve mümkün olabilen günlük aktivitelerinin seçiminde özgürlük tanınıyor mu?						

	Çok iyi	Oldukça iyi	Orta	Pek iyi değil	Hiç iyi değil	Değerlendirilemedi
45. Hasta, psiko-sosyal gelişimini olumlu etkileyebilecek ve fiziksel bağımsızlığa yönelten güncel faaliyetlere katılması konusunda teşvik ediliyor mu?						
46. faaliyetler, hastanın fiziksel ve mental kapasitesine göre düzenleniyor mu?						
47. Hemşirelik bakımı hastanın gelişmişlik düzeyi, algılama hızına göre ayarlanıyor mu?						
48. Boş zamanları değerlendirme ve/veya tedavi faaliyetleri hastanın yetenekleri ve gereksinimlerine göre belirleniyor mu?						
49. Performansı düşük veya beceriksiz olan hasta kabul görüyor ve teşvik ediliyor mu?						
50. Hemşirelik bakımının amaçları ve etkinlikleri, diğer terapistlerin bakım planlarını dikkate alarak, onları destekleyecek şekilde belirlenip uygulanıyor mu?						
51. Hastayla etkileşim, tedavi planı çerçevesinde yürütülüyor mu?						
52. Hastanın yakından gözlenmesi, onu en az rahatsız edecek şekilde yapılıyor mu?						
53. Acil durumlarda hastaya gerekli müdahale yapılıyor mu?						
54. Hasta hakkındaki fikirler, olaylar, duygular ve kavramlar tıbbi personel ve yardımcı personelle açıkça görüşülüyor mu?						
Ortalama Puan:						

İLETİŞİM

Hasta adına iletişim

55. Aileye hemşire grubuyla karşılıklı iletişim kurma fırsatı sağlanıyor mu?						
--	--	--	--	--	--	--

	Çok İyi	Oldukça İyi	Orta	Pek İyi değil	Hiç İyi değil	Değerlendirilemedi
56. Hasta hakkındaki gerçekler, fikirler ve düşünceler raporlarda açıkça belirtiliyor mu?						
57. Hemşirelik bakım planları iyi geliştiriliyor ve hasta teslimlerinde kullanılıyor mu?						
58. Hastanın ekip üyeleriyle etkileşiminde dikkat çekici davranışları tam ve doğru olarak kayıt ediliyor mu?						
59. Bakım personeli hasta bakımı ile ilgili konferanslara /vaka toplantılarına katılıyor mu?						
60. Hastanın iyiliği için, hastanedeki diğer disiplinlerle etkin iletişim ve iyi ilişkiler kuruluyor mu?						
61. Hastanın gereksinimleri, hem hastanedeki bölümlere hem de diğer ilgili kuruluşlara başvurularak karşılanıyor mu?						
Ortalama Puan:						

MESLEKİ UYGULAMALAR

Hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen "insiyatif ve sorumluluğa" uygun olması

62. Bakım personeli tarafından verilen kararlar, gerçekler hakkındaki bilgiyi ve iyi bir muhakemeyi gösteriyor mu?						
63. Hastanın gereksinimlerine ve problemlerine karşı, hemşirelik personelinin duyarlı olduğuna dair, sözlü davranışsal ve yazılı belirtiler mevcut mu?						
64. Bakım ve bakım planındaki değişiklikler hemşirelik bakımı sonuçlarının sürekli değerlendirildiğini gösteriyor mu?						
65. Bakım personeli güvenilir mi? Hasta bakımı ile ilgili sorumluluklarını yerine getiriyor mu?						

	Değerlendirilemedi	Hiç iyi değil	Pek iyi değil	Orta	Oldukça iyi	Çok iyi
66. Görevli personel hastanın durumu ve yeri hakkında bilgilendiriliyor mu?						
67. Bakım verilirken, hastanın bireysel gereksinimlerinin gerektirdiği şekilde, ünitenin bakım, kural ve düzenlemelerinde esneklik sağlanıyor mu?						
68. Hemşirelik faaliyetlerinin yönetimi ve organizasyonu, hasta gereksinimlerinin dikkate alındığını yansıtıyor mu?						
Ortalama Puan:						
İtem Ortalamalarının Toplamı:						
İtem Ortalamalarının Ortalaması:						

ÖZGEÇMİŞ

18.03.1979 tarihinde Manisa'da doğan Aynur (ÇAKMAKÇI) ÇETİNKAYA, ilk ve orta öğrenimini başarıyla tamamladıktan sonra, 1995'te Manisa Lisesi'nden, 2000 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuş, aynı yıl Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Programı'na ve Araştırma Görevliliği'ne başlamıştır.

Aynur (ÇAKMAKÇI) ÇETİNKAYA, evli ve bir çocuk annesidir.

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
(ÜNİVERSİTE HASTANESİ)
BAŞHEKİMLİĞİ

06.09.2002


SAYI : B.30.2.CBÜ.0.IH.00.00/ 3573
KONU :

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Manisa Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İlgi : 05.09.2002 tarih ve 200-588 sayılı yazınız;

Hastanemiz Dahiliye ve Cerrahi Servislerinde Hasta Bakım Kalitesinin
İncelenmesi adlı tez çalışmanız 15 Eylül – 30 Aralık 2002 tarihlerinde yapmanız uygun
bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Hakan YÜCEYAR
Başhekim