



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SALIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ACILIBRMEBA VURAN DAHL HASTALARA VERİLEN HEMİREL K
HİZMETLER VE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

PELİN ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ç HASTALIKLARI HEMİREL ANABİLİM DALI

SİVAS

2013

CUMHUR YET ÜN VERS TES

SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ

AC L B R ME BA VURAN DAH L HASTALARA VER LEN
HEM REL K H ZMETLER VE HASTA MEMNUN YET
ARASINDAK L K

PEL N ÇEL K

YÜKSEK L SANS TEZ

Ç HASTALIKLARI HEM REL ANAB L M DALI

TEZ DANI MANI

PROF.DR. MUKADDER MOLLAO LU

S VAS

2013

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sa lık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu yönergesine göre hazırlanmıştır.

Bu alı ma Cumhuriyet Üniversitesi Fen/Sa lık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmı ve jürimiz tarafından  Hastalıkları Hem ireli i Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmi tir.

ye

ye

ye

ONAY

Bu tez çalı ması, 11/10/2013 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmi tir.

Prof. Dr. ÖMER POYRAZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

ÖZET

ACIL SERVİSE BA VURAN DAHİLİ HASTALARA VERİLEN HEMİRELİK
HİZMETLER VE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Pelin ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2013, 76 sayfa

Bu çalışmada, acil servise başvuran dahili hastalara verilen hemirelik hizmetlerinin tanımlanması ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Ocak-Temmuz 2011 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvuran acil dahili hastaları bulunan 84 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini oluşturulan tüm bireylere, sosyo-demografik bilgileri, sosyal güvenceleri, acil birime gelişekli, sonlanma durumları, başvuru nedenlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış hasta tanıtım formu, verilen hemirelik hizmetlerini belirlemek için hemirelik hizmetleri tanımlama formu ve acil birimde görevli hemşirenin hastaya davranışı, hastayı kontrol etme sıklığı, bilgilendirmesi, hemireye ulaşabilme kolaylığı, acil birimin konforu ve genel memnuniyet durumunu ile acil birimde bekleme ve toplam kalış sürelerini belirlemek için acil birime başvuran hastalarda memnuniyet düzeyi formu uygulanmıştır.

Veriler; SPSS 15 paket programında ki-kare testi, frekans dağılımı, aritmetik ortalama kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmanın sonucunda, acil birimde en çok verilen hemirelik hizmetleri olarak, acil müdahaleye hazırlama, anamnez alma, yaşam bulgularını değerlendirme, ilaç uygulamasında bulunma, kan ve sıvı infüzyonu, oksijen uygulaması ve

mahremiyete özen gösterme oldu u belirlenmi tir. Ayrıca, hastaların acil birimdeki memnuniyetlerini etkileyen etmenlerin hastaya sa lanan bakım niteli i ve acil birime ait özellikler oldu u saptanmı tir. Özellikle hem ire davranı ı ve bilgilendirmesinin en önemli etken oldu u bulunmu tur.

Çalı mada elde edilen sonuçlar do rultusunda, acil hem iresinin görev, yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmesi ve hastaya bütüncül bakım vermede, hem irelerin bilgi ve duyarlılıklarının artırılması konusunda önerilerde bulunulmu tur.

Anahtar kelimeler: Acil birim, hasta memnuniyeti, acil hem ireli i.

ABSTRACT

THE ASSOCIATION BETWEEN NURSING SERVICES GIVEN TO MEDICAL PATIENTS WHO ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT AND PATIENT SATISFACTION

Pelin ÇEL K

Master of Science Thesis, Department of Medical Nursing

Advisor: Prof. Dr. Mukadder MOLLAO LU

2013, 76 pages

This study was carried out as a descriptive to describe the nursing services to the medical patients admitted to the emergency unit and to determine the patient satisfaction.

The sample of the study included 84 patients had an emergency medical illness and admitted to the Emergency Unit from January to July 2011 in the Cumhuriyet University.

In the all the individuals of the study sample, patient information form prepared by using the literature by the investigator was used to determine socio-demographic data, social security, the arrival type of emergency department, the status of the termination, the causes of admission; nursing services identification form to determine the nursing services given to patients and the level of satisfaction form for patients admitted to emergency department were used to determine the behavior and control frequency to the patient, to inform the patient of the emergency department nurse, the patient's ease of access to the nurse, emergency unit, comfort and overall satisfaction status of emergency department, waiting time and total length of staying.

The data were evaluated with package program SPSS 15 using Chi-square test, frequency distribution, arithmetic mean.

As a result of the study, it was found that intervening emergently, history taking, assessment of vital signs, deliver a drug, blood and fluid infusion, oxygenize, respect for

privacy were the most common nursing services provided to the patients in emergency department. In addition, the quality of care provided to the patient and characteristics of emergency department were found to be the factors affecting the satisfaction of the patients in the emergency unit. In particular, behavior of nurses and informing were found to be the most important factor.

According to the results obtained in this study, some recommendations are made to define well emergency nurses' duties, powers and responsibilities and to increase nurses' knowledge and sensitivity to provide holistic care to the patient.

Key words: Emergency unit, patient satisfaction, emergency nursing.

TE EKKÜR

Her konuda deste ini esirgemeyen ve bana yol gösteren saygıde er danı manım Prof. Dr. Mukadder Mollao lu'na, beni her zaman destekleyen ve motive eden sevgili e im Dr. im ek Çelik'e ve biricik kızım Melis Neva'ya te ekkür ederim.

Ç NDEK LER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TE EKKÜR.....	viii
TABLolar D Z N	xi
EK LLER D Z N	xii
KISALTMALAR D Z N	xii
1.G R VE AMAÇ.....	1
2.GENEL B LG LER.....	5
2.1.Acil Kavramı	5
2.2.Acil Tıp	5
2.3.Acil Sa lık Hizmeti.....	6
2.4.Acil Sa lık Hizmetlerinin Geli imi	7
2.5.Acil Hem ireli i	8
2.6.Acil Hem ireli inin Tarihsel Geli imi	9
2.7.Acil Hem iresinin Özellikleri	10
2.8.Acil Hem iresinin Görev Tanımı	11
2.9.Acil Hem iresinin Sorumlulukları.....	13
2.10.Sa lık Hizmetlerinde Alıcı, Hasta ve Memnuniyet Kavramı.....	15
2.11.Hasta Memnuniyetinin Tanımı.....	17
2.12.Hasta ikayetleri.....	18
2.13.Kalite Kavramının Hasta Memnuniyeti le Olan li kisi.....	19
2.14.Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	20
2.14.1.Hastaya li kin Faktörler.....	20
2.14.2.Hizmet Verenlere li kin Faktörler.....	21
2.14.3.Çevresel ya da Kurumsal Faktörler.....	22
2.15.Sa lık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	23
2.16.Bireyselle tirilmi Hem irelik Bakımının Hasta Memnuniyetine Etkisi.....	23

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1.Ara tırmanın ekli.....	26
3.2.Ara tırmanın Yeri.....	26
3.3.Ara tırmanın Evreni ve Örnekleme.....	26
3.4.Verilerin Toplanması	26
3.5.Verilerin Toplama Araçları	26
3.5.1.Hasta Tanıtım Formu	26
3.5.2.Hem irelik Hizmetleri Tanımlama Formu.....	26
3.5.3.Acil Birime Ba vuran Hastalarda Memnuniyet Düzeyi Formu.....	26
3.6.Ara tırmanın Uygulama ekli.....	27
3.7.Ara tırmanın Etik Boyutu.....	28
3.8.Verilerin De erlendirilmesi.....	28
4.BULGULAR.....	29
5.TARTI MA.....	45
6.SONUÇLAR.....	55
7.ÖNER LER.....	57
KAYNAKLAR.....	59
EKLER	
Ek-1.Hasta Tanıtım Formu	67
Ek-2.Hem irelik Hizmetleri Tanımlama Formu	69
Ek-3.Acil Birime Ba vuran Hastalarda Memnuniyet Düzeyi Formu	71
HASTA ONAM FORMU.....	72
ET K KURUL ONAYI.....	74

TABLULAR D Z N

Tablo 1. Acil birim alıcıları.....	16
Tablo 1 . Hastaların bazı tanıtıcı özelliklere göre dağılımı	29
Tablo 2. Hastaların bekleme sürelerine göre dağılımı	30
Tablo 3. Acil servise başvurulduğunda verilmesi gereken hemirelik hizmetlerinin dağılımı.....	31
Tablo 4. Acil birimde çalışan hemirelerin, hastalara yardımcı olma durumlarına göre dağılımı.....	33
Tablo 5. . Hemirenin davranış ekli ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ilişki.....	34
Tablo 6. Hemirelerin bilgilendirmesi ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ilişki.....	34
Tablo 7. Hemirelere ulaşılabilirlik kolaylığı ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ilişki.....	35
Tablo 8. Hemirelerin kontrol etme sıklığı ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ilişki.....	36
Tablo 9. Hemirelik hizmetlerinden memnuniyet durumuna göre dağılım.....	37

EKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hemirelerden genel memnuniyet yüzdeleri.....	38
Grafik 2. Hemirelerin hastalara davranış eklerinden memnuniyet yüzdeleri.....	39
Grafik 3. Hemirelerin hasta yakınlarına davranış ekillerinden memnuniyet yüzdeleri.....	39
Grafik 4. Hemirelerin hastaları bilgilendirmelerinden memnuniyet yüzdeleri.....	40
Grafik 5. Hemirelerin hasta yakınlarını bilgilendirmelerinden memnuniyet yüzdeleri.....	40
Grafik 6. Hemirelere ulaşılabilme kolaylığından memnuniyet yüzdeleri.....	41
Grafik 7. Hemirelerin hastayı kontrol etme sıklığından memnuniyet yüzdeleri.....	42
Grafik 8. Acil birimin konforundan memnuniyet yüzdeleri.....	42
Grafik 9. Acil birimden genel memnuniyet yüzdeleri.....	43
Grafik 10. Acilde toplam kalış süresi ile genel memnuniyet ilişkisi.....	44

KISALTMALAR DİZİNİ

EKG: Elektrokardiyografi

EMS: Acil Tıp Hizmetleri Sistemi

ENA: Acil Hemireler Birliği

JCAHO: Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi

SB: Sağlık Bakanlığı

ISO: Uluslararası Standardizasyon Örgütü

1.G R VE AMAÇ

Günümüzde teknolojinin hızla geli mesi insanlara rahat bir ya am sa larken, aynı zamanda ya amlarını tehdit eden birçok faktörü de beraberinde getirmektedir. İnsan ya amını tehdit eden bu faktörlerde kazalar, yaralanmalar, akut-kronik hastalıklar, alerjik reaksiyonlar ve zehirlenmeler gibi birçok sa lık sorunlarına neden olmaktadır. Sa lık sorunlarına anında ve uygun müdahale edilmedi inde ise ölümlerle sonuçlanabilir (Kaya, 2006).

İnsanın varolu u ile birlikte ya anılması kaçınılmaz olan acil durumla ilgili uygulamaların, ilkel toplumlarda ba ladı 1, 17. yüzyılda belirli bir ivme kazandı ı ve günümüze de in bilim ve teknolojideki ilerlemelere paralel olarak önemli geli me kaydetti i görülmektedir (Kaya, 2006).

Acil, aniden geli en hastalık ya da yaralanma nedeniyle birey, grup ya da toplumun iyilik halini tehdit eden ve kriz olarak algılanan bir durumdur (Lewis ve ark. 2004). Acil servisler ise, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım arayan her hastanın de erlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli bulundurmaya zorunda olan sa lık birimleridir (<http://tatd.org.tr/>).

Acil durumların de erlendirilmesi, gerekli tedavi bakımın planlanması, uygulanması ve uygulama sırasında ortaya çıkan problemlerin en aza indirilmesi acil müdahale ekibinin görevidir (Hakantürk, 1991). Acil müdahale ekibi ‘hastane öncesi acil müdahale ekibi’ ve ‘hastanedeki acil müdahale ekibi’ olmak üzere iki ekilde sınıflandırılmaktadır (Evans, 1992). Hem hastane öncesi hem de hastanedeki acil müdahale ekibinde önemli bir yere sahip olan ‘acil bakım hem iresi’; te his konmama ve acil giri ime gereksinimi olan her ya taki hasta /yaralı bireye gerekli hem irelik bakımının uygulayıcısıdır.

Acil hem ireler birli i ‘acil hem irelik bakımı’ nı akut olarak ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik sorunların tanısı, tedavisi ve de erlendirilmesi olarak tanımlamaktadır (Strohmyer, 1993). Acil bakımda yürütülen hem irelik i levleri di er klinik alanlardaki hem irelik i levlerine benzerlik göstermekle birlikte zamanın sınırlı olması, ki iler durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edilmesi, hasta yakınları, basın, güvenlik güçleri, idareciler ve di er sa lık personellerinin gözü önünde çalı ma zorunlulu u olması ve acil servisteki birçok sayıdaki ba ımsız faktörün varlı ı hem irenin görev ve uygulamalarını karma ık hale getirmektedir (<http://tatd.org.tr/>).

Acil servisler genellikle birbirinden farklı ikayetleri olan birçok hastaya hizmet vermektedir ve bu hastaların tamamının tıbben acil müdahale gerektirmedi i bilinmektedir. Yapılan çalı malarda hastaların, ya kendi durumlarını acil olarak algıladıkları için veya acil servisin eve yakın olması, muayene için daha kısa süre beklenilmesi, reçete yazdırma, rapor isteme, parenteral uygulama yaptırma gibi nedenlerle acil servise ba vurdukları belirlenmi tir (Oktay ve ark. 2000). Ba vuru nedeni ne olursa olsun bu durum acil serviste yı ılmalara neden olup, olu an karga a ve huzursuzlukta acil hizmetlerin yürütülmesini engelleyebilmektedir. Acil servise ba vuran hastalar ne yapacaklarını bilmedikleri için de genellikle endi e ve korku ya amakta ve buda sa lık personeli ile sıklıkla tartı malara ve karma aya neden olmaktadır (Olgun ve Ku uo lu, 2004).

Ayrıca, fiziksel ko ulları, tıbbi teknolojik donanımı ve kendilerine bakım veren sa lık bakım profesyonellerinin tutum ve davranı ları ne kadar iyi olursa olsun, acil ünite hastaları di er ünitelerde sa lık bakım hizmeti alan hastalardan her zaman farklılık gösterirler. Hasta ve ailesinin ani ve beklenilmeyen bir durumla kar ı kar ıya kalmaları, ilave olarak a rı, solunum güçlü ü ve di er klinik belirti ve bulguların varlı ı, de i ik düzeylerde anksiyete olu turur. Acil ünitesi onlar için çok yabancı bir ortamdır; yabancı bir çevre, a ina olmadıkları birçok insan, tıbbi cihazların görünü ü ve çıkardı ı sesler, ortamın genellikle gürültülü olması ve sıklıkla tıbbi terminolojiden olu an bir dilin kullanılması ya da sa lık bakım profesyonellerinin uzun süren sessizlikleri durumun çok ciddi veya ölümün yakın oldu u dü üncesini ortaya çıkarabilir. Bu nedenle hasta ve ailesi, sinirli, korku dolu, her eyden ikayetçi, kimliklerini, duygularını ve öz saygılarını kaybetmi öfke dolu duygular içinde olabilirler (Olgun ve Ku uo lu, 2004).

Bu nedenledir ki, acil üniteye ba vuran hastaların acil çalı anlarından beklentileri farklı olabilmektedir. Beklentileri kar ılanmayan hasta/hasta yakınlarının acil üniteye yönelik ikayetleri olabilir. Bu nedenle kendisine özgü bir i leyi yapısına ve donanımına sahip olan acil ünitelerde verilen hizmetlerde ya anan sorunlar sık sık kamuoyunun gündemine gelmektedir (<http://www.attder.com/makaleler.asp>).

Choyce ve Maitra'nın yaptıkları ara tırmada hastaların sa lık personeli ile rahat ileti me giremedikleri, soru sormadıkları ya da anlayabilecekleri ekilde cevap alamadıkları belirlenmi tir. Bu sonuçlar dikkate alındı ında, hastaları bilgilendirebilecek ve yönlendirebilecek bir hizmetin gerekli oldu u ve bu hizmetin hasta ve yakınlarının memnuniyetini artıracı ı dü ünülmektedir (Choyce ve Maitra, 1996).

Acil servislerde verilen bakımın kalitesinin bir göstergesi olarak sıklıkla hasta memnuniyeti ele alınmaktadır. Hasta memnuniyeti, hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucu oluşur (Thompson ve ark. 1996). Bazı araştırmacılar, 'hasta memnuniyetini' hastaların beklendiği bakım ve algıladığı bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamaktadır (Anderson ve ark. 1998).

Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında hemirelik bakımı oldukça önemlidir. Hemirelik bakımı ile ilgili memnuniyet, ilk kez 1975 yılında Risser tarafından 'ideal hemirelik bakımı ile hastanın gerçekte aldığı oldu u hemirelik bakımının birbiri ile uyumu' olarak tanımlanmıştır (Merkouris ve ark. 1999; Jones, 1990). Hastaya acile başvurduğundan taburcu olduğuna kadar bilgi verecek en uygun kişinin hemireli oldu unu, ayrıca hasta ve ailesine taburcu olurken bilgi vermenin hastanın kendini daha güvenli hissetmesini, önerilen tedavi ve bakımı doğru bir şekilde uygulamasını, sağlık hizmetlerini uygun kullanmasını ve aldığı hizmetten memnun kalmasını sağlamasını belirtmiştir (Jones, 1990).

Acil bakımın ekip çalışması olmasına karşın, bu ekibin önemli bir üyesi olan acil hemireli, acil ünite hastaların ilk iletişimi kurdukları, en sık gördükleri ve en çok soru sordukları kişilerdir. Ayrıca acil hemireli hastalara birebir bakım veren ve onların özel durumlarını paylaştığı ekip üyeleridir. Bu nedendir ki, acilde hemirelik bakımının hasta memnuniyeti/şikâyetlerin azaltılmasında önemli bir belirleyici olabileceği düşünülmektedir.

Hasta memnuniyetinde en önemli süreçler yönlendirme, bilgilendirme, ilgi ve nezaket, empati, psikososyal destek, hizmet hızı, zamanlamanın uygunluğu, hizmet sunanların yetkinliği ve genel kalite olarak özetlenmektedir (Boudreaux ve ark. 2003; Yılmaz, 2001). Memnuniyet, subjektif bir hasta ve hasta yakını algısı olmakla birlikte, acil servisin hedeflerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ancak ülkemizde, birçok hastanın acil servislerde hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten memnun kalmadıkları da bir gerçektir. Memnuniyetin artması hasta bakımını güçlendirir ve memnun hastaların kurallara itaat etmesi, izlem ve önerilere uyma olasılığı da daha fazla olur (Thomas ve ark. 1996). Ayrıca memnuniyet, gelecekte aynı sağlık kurumunun tekrar tercih edilmesinde veya diğer hastalara tavsiye edilmesinde de bir temel oluşturur (Hostutler ve ark. 1999). Bu nedenle hasta memnuniyeti üzerinde önemle durulması gereken bir durumdur.

Tüm dünyada acil servis birimleri, başvuran hastalar için kesintisiz hizmet sunan birimlerdir. Acil dahiliye poliklinikleri de hastanelerde büyük bir yükü karşılayan

bölümlerden biridir. Bir aylık bir sürede Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil dahiliye polikliniğine başvuran 557 hasta ile yapılan bir çalışmada, acil dahiliye en çok başvuru nedenleri arasında hipertansiyon (% 11.4), sonra sırasıyla hiperglisemi (% 9), akut gastroenterit (% 8.6), akut koroner sendrom (% 6.4) tanısıyla başvuranların da (% 2.9) unda miyokard enfarktüsü tespit edilmiştir (Ucak ve ark. 2009).

On iki aylık sürede Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil birimine başvuran hastaların verileri incelenerek yapılan bir çalışmada, acil dahiliye ünitesindeki hastalara en sık konulan tanıları arasında ise, çeşitli enfeksiyonlar (% 11.6), onkolojik ve hematolojik malignite acilleri (% 5.3), renal yetmezlik (prerenal azotemi, akut ve kronik renal yetmezlik) (% 3.6), gastrointestinal kanama (% 2.6), akut koroner sendrom (% 6.8), intoksikasyonlar (% 6.2), serebrovasküler olay (infarkt, hemoraji, emboli) (% 5.1), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (% 2.9), çeşitli aritmilerin (% 4.2) yer aldığı görülmektedir (Demircan ve ark. 2005).

Acil ünitelerde hasta şikayetlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hasta şikayetlerinin incelenmesi indirekt olarak memnuniyet konusunda bilgi veren bir yaklaşımdır. Bununla birlikte bu yaklaşım, acil ekip üyelerine ve özellikle acil hemşirelerine, acil bakımın bireye özgü nasıl planlanması gerektiğini, verilen bu bakım ve hizmetlerin neler olduğunu ve hasta memnuniyetini belirlemek amaçlanmıştır.

2.GENEL B LG LER

2.1. AC L KAVRAMI

Organizmanın i levlerini, bütünlü ünü bozan etkilere kar ı vücudun geli tirdi i düzeltici ve önleyici yanıtların yetersiz kalı ı çe itli hastalık ve yaralanmaların geli mesine yol açmakta ve bunların tedavi edilmemesi sonucunda da ya amı tehdit eden bir takım durumlar ortaya çıkmaktadır. Ya amı tehdit eden bu durumların ortaya çıkması ile birlikte acil kavramından söz edilmeye ba lanır (Eti Aslan, 1998; Öz ahin, 1999).

Türk Dil Kurumu Sözlü ü'ne göre acil; “hemen yapılması gereken, ivedi, ivedili, müstacel” ekinde tanımlanmı tır (<http://www.tdk.gov.tr/>).

Tıp biliminde acil ise “hastanın zaman kaybetmeden tıbbi bakımı ve müdahale gereksinimini” anlamına gelir (Akbulut, 2003).

Acil, aniden geli en hastalık ya da yaralanma nedeniyle birey, grup ya da toplumun iyilik halini tehdit eden ve kriz olarak algılanan bir durumdur (Lewis ve ark. 2004).

Tıbbi anlamda acil; “**bireyin fiziksel ya da ruhsal yönden tehlike içinde bulundu una inanılarak hasta ve ailesine gereksinim duydu u tıbbi bakımın anında verilmesidir**” (Erdemir, 2006; Ku uo lu, 2004).

Kaza, tıbbi nedenler ya da do al afetler sonucu olu abilen bu ciddi durum, öncelikle ya amı tehdit eden hastalık ya da yaralanmanın belirlenmesini ve acil giri imi gerektirir (Lewis ve ark. 2004).

2.2. AC L TIP

Acil tıp, ki ilerın kar ıla tıkları sa lık sorunlarında ölümleri ve kalıcı sakatlıklarının önlenmesinde gerekli olan hızlı müdahale ve hızlı karar vermeyi içeren bir bilim olarak tanımlanmı tır. Bu yakla ım, akut hastalıklarda ve yaralanmalarda özel e itilmi sa lık ekibi tarafından hastanın stabilizasyonu, de erlendirilmesi, tedavi ve uygun birimlere yönlendirilmesini sa lamaya yönelik tüm çabaları içerir. Acil tıp hem acil birimlerde hem de hastane öncesi verilen hizmetleri kapsamaktadır (Karcıo lu ve ark. 2002; <http://www.tatep.org/>).

Acil tıp kavramı, daha çok tıbbi, teknik ve di er olanaklar ile acil tıp bilgilerinin iyi bir sistem programı içinde uyumlu ve örgütlü bir ekinde, acil hasta ve yaralıların hizmetine ça da bir anlayı ve modern tıp uygulamaları ekinde sunulması ekinde de tanımlanmaktadır (Aydın, 2006).

Acil tıbbın uygulama yeri öncelikle acil birimler olup; bu birimlerde ola anüstü hazırlık amacıyla ve Acil Tıp Hizmetleri Sistemini (Emergency Medicine System-EMS)'nin olu turulması gerekti i vurgulanmaktadır (Karcıo lu ve ark. 2002).

2.3. ACIL SA LIK H ZMET

Acil birim, ya amı tehdit altında olan bireye zaman kaybedilmeden tıbbi müdahale ve bakımın yapıldı ı yer olarak ele alınmaktadır (Akbulut, 2003).

Di er bir tanıma göre acil birim, insan için acil durum geli ti inde ba vurulacak, zamanında ve gerekli müdahaleler ile hayatın devam ettirilece i yerler olarak belirtilmektedir (Ta kın, 2002).

Acil birim, fiziksel ve ruhsal bütünlü ü bozulmu ki ilerin gereksinimlerini kar ılamak amacıyla özel olarak düzenlenmi ve gerekli hizmeti sunacak uzmanla mı sa lık çalı anlarının bulunduruldu u birimlerdir. Bu birimler hizmetin, özelli i nedeniyle hastanenin en önemli birimlerinden birisini olu turmaktadır (Kanan, 2002).

24046 sayılı Acil Sa lık Hizmetleri Yönetmeli i (2000)'ne göre; "Sa lık hizmeti sunan kamu kurum ve kurulu ları ile özel hukuk tüzel ki ileri ve gerçek ki iler tarafından kurulmu yataklı tedavi kurulu ları bünyesinde yer alan acil servisler" olarak tanımlanmı tır.

Acil Sa lık Hizmetleri Yönetmeli i (2000)'ne göre Acil Sa lık Hizmetleri ise: "Acil sa lık konusunda e itim almı sa lık ekipleri tarafından, ani geli en hastalık kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbi araç ve gereç deste i ile sunulan ve ülke genelinde Genel Müdürlü ün ilgili birimi aracılı ı ile tek elden planlanan, idare ve koordine edilen hizmetler" olarak belirtilmi tir.

Acil sa lık hizmeti; sa lı ı herhangi bir nedenle bozulmu bir ki inin, o andaki sa lık durumunun daha kötüle mesini engelleyecek önlemlerin alınması ile hastayı uygun bir sa lık kurulu una göndermeyi de kapsayan, sa lık ekibi tarafından uygulanan ve çalı ma ko ullarında kendine özgü farklılıkları ve sorunları olan bir sa lık hizmet türüdür (Türkan ve Tu cu, 2004).

Acil sa lık hizmetleri; uzmanla mı bir ekip ile yılın 365 günü, hafta sonları dahil günün 24 saati aksamadan sunulan; hastaneye acil olarak ba vuran hastanın ikayet ve istemlerini ilk planda, hızla çözebilecek bir alt yapıya ve temel sorunu belirleyerek tedavi edebilecek donanıma sahip, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren hastalara müdahale eden sistemin bütünü olarak de erlendirilebilir (Ta kın, 2002).

2.4. ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Bireylerin kaza ve felaketlerde acil sağlık sorunlarını çözümlmek için girişimlerde bulunmaları çok eski zamanlardaki savaşlara kadar uzanmaktadır. Savaşlar, acil müdahale gerektiren yoğun şekilde ortaya çıktığı durumlardır. Bu savaşlarda hasta ve yaralıların bakım ve tedavisine yönelik geliştirilmiş organizasyon örnekleri, acil hizmet örgütlenmeleri olarak ele alınmaktadır. Acil sağlık hizmetleri, 1870'li yıllarda Fransızlar'ın yaralı askerlerini hekimlerin tedavi edebileceği savaş alanından uzak bir bölgeye taşınmalarıyla başlamıştır. Bu, acil tıp hizmetlerinin belgeli başlangıcı olarak da kabul edilmektedir (<http://www.tatd.org.tr>).

II. Dünya Savaşı sonrası, savaş sırasındaki yoğun hasta ve yaralı baskısındaki deneyimlerin ışığında acil sağlık sistemleri kurulmaya başlanmıştır. Kore Savaşındaki deneyimler mobil hastaneler, acil yardım ve ambulans ekipleri gibi acil sistemlerin ve birimlerin sivil hayatta da kurulması gerekliliğini fikrini ortaya çıkarmıştır. Özellikle I. ve II. Dünya Savaşları, Kore ve Vietnam Savaşı ile ülkelerin kendi içlerinde oluşan terör olayları, deprem türünde yaralanmalar ve doğal afetlerin gelişmesinin yanı sıra, travmaların ölüm nedenleri arasında dördüncü sırayı, sakatlıkların da birinci sırayı alması ayrıca diğer acil hastaların ilk tedavilerinin yapılamamasına bağlı ölüm oranının yüksek düzeye ulaşması gibi durumlar acil sağlık hizmetlerinin kurulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (<http://www.tatep.org/>).

Acil uygulamaların tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, ilk uygulamalara, yaraların yaprakla örtüldüğü ya da donan bir insanın marmara içine alındığı, ilkel toplumlarda rastlanmaktadır (Wright, 2000). M.Ö. 2500-1500 yıllarında Hintli cerrahları rinoplasti ile ünlendikleri, M.Ö. 500 yıllarında Antik Yunan Medeniyetine paralel olarak tıp alanında da yükselme kaydedildiği ve modern tıbbın kurucusu Hipokrat'ın yara kenarlarının karınlıklı getirilip, açık bırakılmasını en uygun yöntem olarak ileri sürdüğü belirtilmektedir (Ertekin ve ark. 2005; Holliman, 2001). Orta çağda (M.S. 476-1453) yara iyileşmesinde enfeksiyonun önlenmesinde yaranın temiz olmasının önemine, kırık tedavisine, yaraya sıcak yağ dökülerek kanama kontrolünün sağlanmasına ilişkin kayıtlar bulunmaktadır.

18. yüzyılda yara ayan, ilk yardımın kurucusu, tanınmış bir cerrah olan ve Hollanda/Holstein'de doğan Esmarsch Schleswig'in (1823-1908), sağlık alanındaki çok sayıda hizmetlerinin yanı sıra "Savaş Alanında İlk Yardım" ve "Yaralılara İlk Yardım" adında iki kitapçığının bulunduğu, Kızılhaç'ın 1863'de İsviçre'de kurulduğu, 1877'de

ngiltere’de kurulan Acil Yardım Te kilatı’nın 1884’de sertifika vermeye ba ladı ı bildirilmektedir (Dramalı, 2003; Süzen, 2004).

1939’da Amerikan Travma Cerrahisi Derne i kurulmu , 1940’lı yılların ba ında, hastane trenleri, gemileri, uçak ve helikopterler yaralı ta ımada kullanılmı , 1973’de ilk kez Amerika’da ilk yardım ile ilgili yasa geli tirilmi ve 1979’da Amerika’da acil tıp uzmanlı ı kabul edilmi tir (Dramalı, 2003; Ertekin ve ark. 2005; Jones, 2000).

Türkiye’de ise; ilk yardım ile ilgili uygulamaların resmiyet kazanması, Osmanlı döneminde ba lamı ve “ İlk Tıbbi Yardım” isimli ilk kitap, 1972’de Prof. Dr. Dervi Manizade tarafından yazılmı tır (Olgun ve ark. 1998; entürk, 1985).

2.5. ACIL HEM İRELİ

Acil hem iresi, tanı konmamı ve acil giri ime gereksinimi olan her ya taki hasta/yaralı bireye gerekli hem irelik bakımının uygulayıcısıdır (Ku uo lu, 2004). Di er bir tanıma göre; acil bakım hem ireli i, hizmet kapsamı çok geni olan, hasta ya da yaralının aritmi ve kriz gibi nedenlerle fiziksel, duygusal ya da sosyal sa lı nı esenli ini ve ya amını tehdit eden durumların saptanması, tedavi ve bakım giri imlerinin planlanıp, uygulama ve de erlendirilmesi, evsiz kalan ki ilerin barınak, yiyecek ve güvenlik gereksinimlerinin sa lanması gibi alanlarda bilgi, beceri ve deneyim gerektiren uzmanlık alanıdır (Yurtseven, 1994).

Acil hem ireli i; karma ık, birincil ve akut geli imli, geni kapsamlı bilgi ve beceriye gereksinim duyulan, hastalı ın tanısına yardımcı, sa lı ı destekleyici özelliklere sahip olunması gereken bir alandır. Hastanın esenli inin korunarak ve öncelikle ‘bireylere zarar vermeme’ inancına ba lı kalınarak, her zaman aynı duygu, yargı ve empati ile hareket edilmesini gerektirir. Bu özellikleri acil birim hem iresinin uzman, ileri bilgi ve beceriye sahip, yasal düzenlemelerden haberdar olmasını zorunlu kılmaktadır (<http://www.tatd.org.tr>).

Acil bakımda yürütülen hem irelik i levleri di er klinik alanlardaki hem irelik i levlerine benzerlik göstermekle birlikte zamanın sınırlı olması, ki ilerin durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, hasta yakınları, basın, güvenlik güçleri, idareciler ve di er sa lık personellerinin gözü önünde çalı ma zorunlulu u olması ve acil servisteki olanaklar gibi çok sayıda ba ımsız faktörün varlı ı hem irenin görev ve uygulamalarını karma ık hale getirmektedir (<http://www.tatd.org.tr>).

Acil hem ireli i, hem irelik tanılması ve sonuçların de erlendirilmesi, acil müdahale ve hastaların mevcut veya potansiyel, ani geli en ve acil, fiziksel veya

psikolojik, aralıklı veya akut de i ik çerçevelerde meydana gelen problemlerini de erlendirilmesi açısından büyük önem ta ımaktadır (<http://www.ena.org.>).

2.6. ACIL HEMİRELİ N N TARHSSEL GELİ M

Acil hemireli i kavramı 1960'lardan itibaren ele alınmaya ba lanmı ; acil birimlerde çalı an hemirelerin di er birimlerde çalı anlara göre daha farklı özelliklere sahip olmaları ve özel e itimden geçmelerinin gereklili i üzerinde durulmu tur. (<http://www.tatd.org.tr>).

Acil hemireli inin tarihsel geli imi ile ilgili kaynaklarda, tarih öncesi insanların bugünkü sıkıntı ve acılara benzer acıları ya adıkları, kabile ve ilk insanlık döneminden bu yana hastalıkların bakımında benzer ko ullar altında ya amlarını sürdürdükleri bildirilmektedir. Geçmi te, hemirelikle ilgili kaynaklar sınırlı oldu u için, kadınlar tarafından yürütülen roller arasında, süt nine ve dadılara odaklanılmı tur. (Jones, 2000; Wright, 2000).

Acil bakım ile ilgili geli melere ilk olarak Almanya ve ngiltere'nin öncülük etti i, II. Dünya Sava ından sonra ise bu rolü, Amerika'nın üstlendi i belirtilmektedir (Olgun ve ark.1998; Wright, 2000). 1960'lı yıllarda acil birimlerde çalı an hemirelerin, di er birimlerde çalı an hemirelerden daha farklı özelliklere sahip olmaları ve mutlaka özel e itimden geçmelerinin gereklili i vurgulanarak, acil hemirelerinde de i im ve geli imi sa layacak giri imlerde bulunulmu tur (International Council of Nurses, 2007).

Türkiye'de acil hemireli i ile ilgili ilk uygulamalar, Kırım Sava ı (1854-1856) sırasında hastane haline getirilen Selimiye Kı lasında Florence Nightingale'in yaralı askerlere bakım vermesiyle ba lamı tur. zleyen dönemde, Trablusgarp (1911) ve Balkan (1912) sava ları sırasında, yaralanan askerlerde büyük kayıplar ya anması ve bu yaralı askerlerin bakımı için duyulan gereksinim, acil hemireli inin önemini ve eksikli ini ortaya koymu tur (Yurttakal, 2007).

Ülkemizdeki çalı malara bakıldı ında, acil hemireli i ile ilgili ilk kitabını 1990 yılında "Acil Hemireli i" adı ile stanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemirelik Yüksekokulu ö retim üyeleri tarafından yazıldı ı ve bunu, 1998'de Marmara Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu ö retim üyelerinin yazdı ı "Acil Bakım" ve 1999'da Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu ö retim üyelerinin yazdı ı "Temel lk Yardım Uygulamaları" adlı kitapların izledi i görülmektedir.

Günümüzde ülkemizde, acil hemireli i konusunda olumlu geli meler olmaktadır. Vehbi Koç Vakfı'na ba lı Semahat Arsel Hemirelik E itim ve Ara tırma

Merkezi tarafından 1992 yılından itibaren her yıl altı hafta süreyle 'Acil Bakım Hemireli i Kursu' düzenlenmekte ve SB' ndan onaylı sertifika verilmektedir (<http://www.tatd.org.tr>).

En son olarak 2003 yılında SB' nin başlattığı çalışmaları ile öncelikle kendi bünyesinde bulunan hastanelerde görevli acil hemirelerini kapsayacak şekilde iki aylık süreli, teorik ve pratik bölümlerden oluşan kurs programı hazırlanmıştır. Pilot bölge olarak Ankara ili seçilmiş ve ilk uygulaması yapılmıştır, diğer illerde de kursun tekrarlanması planlanarak uygulamaya geçilmiştir (<http://www.tatd.org.tr>).

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde 1996-97 öğretim yılından itibaren Acil Hemireli i Yüksek Lisans Programı başlatılmıştır. 1999 yılında ise Acil Tıp Derneği bünyesinde Acil Hemireli i Komisyonu kurulmuştur ve halen faaliyetlerine devam etmektedir.

2.7. ACIL HEMİRELERİN ÖZELLİKLERİ

Amerikan Acil Hemireler Birliği (Emergency Nursing Association), 1991 yılında acil bakım standartlarını belirlemiştir. Acil bakımda görülen gelişmelere paralel olarak; acil birim hemiresinin de görevlerini geliştiren gelişmelerdir. (<http://www.acep.org>). Bu standartlar uygulama ve profesyonel standartlar olmak üzere iki bölüme ayrılmaktadır. Uygulama standartları; hasta tanılama, bakım planı düzenleme, uygulama, bakımın değerlendirilmesi şeklinde belirtilirken profesyonel standartlar ise; eğitim ve hemirelik görevinin devam ettirilmesi, hastaya ait tüm bilgileri kayıt altına alma, kaliteli bakım sunma, hasta bakımını ve diğer standartları etik bir çerçevede gerçekleştiren olarak sıralanmaktadır (ENA Boards of Directors, 2001).

Acil hemiresi, acil birim ekibinin diğer üyeleriyle birlikte hastanın bakımını koordine etme becerisine sahip olmalıdır. Hastayı acil birimde durumuna en uygun bölüme almalı, hastanın sistemik değerlendirmesini yaparak, bakım ve tedavi girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirerek hastanın sevkini yapmalıdır. Hasta ve ailesinde güven duygusu sağlamalı, hastalık veya yaralanma hakkında bilgi vermeli ve eğitimi, ileri mesleki bilgi ve beceriye sahip, kendini geliştirmeye ve gelişime açık, hasta hak ve özgürlüklerine duyarlı, hasta gizliliğine saygılı olmalıdır (<http://www.tatd.org.tr>).

Acil bakım hemiresinin yeterlilikleri;

- Fiziksel değerlendirme, hemodinamik ölçümler, kardiyo-pulmoner resüsitasyon tekniği konusunda özel eğitime sahip olma,
- Triyaj yapmada bilgi sahibi olma,

- Hızlı ve geni tanılama yeteneğine sahip olma,
- Hasta öyküsündeki gerekli bilgileri toplayabilme,
- Hastanın gerekli yerlere güvenli ulaşılmasını sağlayabilme,
- Hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurabilme,
- Stresle baş edebilmeli ve sorun çözme yeteneğine sahip olma,
- Yönetim becerisi ve liderlik özelliğine sahip olma,
- Kriz durumuna müdahale edebilme,
- Kontrol altına alınmamış ortamlarda sükunetliliğini yitirmeden uygun bakım verme yeteneğine sahip olma,
- Acil konusunda kendisini sürekli geliştirebilmek amacıyla kurs, seminer, kongre vb aktivitelere katılma,
- Tüm uygulamalarında hastaya zarar vermeme, etik kurallara uygun bakım verme ve hasta hakları konusunda duyarlı davranmaya özen gösterme,
- Yapılan işlerin sorumluluğunu üstlenme,
- Değişen durumlara hızla uyum sağlayabilme şeklinde belirtilmektedir.
(<http://www.tatd.org.tr>).

2.8. ACIL HEMİRESİNİN GÖREV TANIMI

JCAHO tarafından acil hemiresinin görevleri;

- Tüm uygulama ve girişimleri etik kurallara uyarak yapma,
- Hastanın esas şikayeti ve tıbbi öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi alma ve kayıt etme,
- Mevcut duruma odaklanarak uygun fiziksel muayeneyi yapma ve kayıt etme,
- Hastanın primer tanılması için uygun radyografik ve laboratuvar tetkiklerini isteme, laboratuvar örneklerini alma ve gönderme,
- Yaşam bulgularını ölçme ve değerlendirme,
- Hasta bakım planı hazırlama,
- Acil girişimde bulunma ekinde tanımlanmıştır.

Ülkemizde Türkiye Acil Tıp Derneği'nin belirlediği acil hemireslerinin görev tanımları ise (www.tatd.org.tr);

- İşlemlerini daha önceden belirlenen Acil Servis İyeli Kuralları ve Talimatlarına göre yapma,
- Hastanın fiziksel çevre güvenliğini için önlem alma,
- Enfeksiyon kontrolü için gerekli önlemleri alma,

- Hastanın, acil birimde di er hastaları ve kendini rahatsız edici davranı larına kar ı koruyucu önlemler alma,
- Hastayla ileti iminde, terapötik ileti im teknikleri kullanma,
- O2, buhar ve nebül tedavisi uygulama ve hastanın durumuna göre öksürük ve solunum egzersizi yaptırma,
- Kardiyopulmoner resusitasyon ve hastaların ilk stabilizasyonunda hekime yardım etme,
- Aldı ı çıkardı ı izlemine yapma,
- Hastanın enteral ve parenteral beslenmesini sa lama,
- Lavman yapma,
- Dren ve kanama kontrolü yapma,
- Gereksinimi olan hastaya sürgü, ördek vb verme,
- Hastanın foley sonda bakımını yapma,
- Hekimin yazılı imzalı istemini alır ve hem ire tedavi formuna kaydetme,
- Kan numunesi alma ve uygun ekilde laboratuara gönderme,
- Hastanın oral/parenteral ilaç uygulamasını yapma,
- Resusitasyon ve müdahale odalarının düzenini, malzemelerini kontrol etme, eksiklerini tamamlama,
- Sıcak ve so uk uygulama yapma,
- Gereksinimine göre hastaya pozisyon verme, mobilizasyonuna yardımcı olma,
- Kendi bakımını yapamayan hastaya bakım (a ız, el-yüz, saç, göz, ayak, vücut silme, perine bakımı) verme,
- Hasta adına kullanılan sarf malzemeleri ve ilaçları takip etme, ilgili kayıtları tutma,
- Ex olan hastayı hazırlama, morga gönderme,
- Mesleki geli imi için kurs, kongre, seminer ve hizmet içi e itim programlarına katılma,
- Hastaya e itim verme
- Ö renci hem irelerin e itimine katkıda bulunma,
- Hastane “Afet Planı”nda belirtilen görevleri yerine getirme,
- Ba lı oldu u amire, çalı maları ile ilgili rapor verme ve kendisine verilen mesle i ile ilgili di er görevleri yapma ekinde belirtilmektedir.

Tanım ayrıntılı ele alındığında acil hemirelerinin gelişimi rol ve i levlerinden daha çok yardımcı ve destekleyici rol ve i levlerine de inildi i söylenebilir.

Ayrıca acil hemirelerinin önemli di er i levleri ise; en verimli hasta bakımını sa layarak acil birimlerde hasta akısını yönetmek, tedavi direktifi verilen müdahalelerin uygunlu unu kontrol ederek hastaların güvenli ini sa lamak, kaliteli bir acil bakımı için hasta e itimi, duygusal destek ve çevresel güvenli i gibi konulara yönelmek, hastayla ilgili tüm tedavi direktiflerinin beklenen ve zararlı etkilerini takip etmek, hastayla ilgili direktif edilen tüm bakımın önceli ini ve koordinasyonunu sa lamak ekinde sıralanabilir (Castner, 2008).

2.9. ACIL HEMİRELERİN SORUMLULUKLARI

Hemirelere ait görevler; yasa, tüzük, yönetmelik ve genelgelerde da ınık bir biçimde düzenlenmiştir. Bunların dı ında, di er disiplinlere ait, ancak hemirelerin uygulamakla sorumlu tutuldu u i levler de bulunmaktadır (Özçelik ve ark. 2006).

Acil hemiresinin kendisine, hasta/yaralıya, hasta/yaralının ailesine, birimde görevli olan ekip üyelerine ve meslektaşlarına, kurum yönetimine ve topluma kar ı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar (Kutlu ve ark. 2001) ;

- Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirleme,
- İlk tanılama ve genel tanılama i levlerini yapma,
- Hekimin olmadığı durumlarda yaşam kurtarıcı girişimlerde bulunma,
- Mesleğin getirdi i ahlaki unsurlar çerçevesinde, bireysellik ve bütünlü ün zarar görmemesi ilkesi ile yaklaşımda bulunma,
- Aileye hastanın genel durumu, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verme,
- Aileden bir kişinin ortama zarar vermeyecek şekilde hastasını görmesini sa lama,
- Birimin i leyi ko ullarını iyile tirmek amacı ile klinik ve teknik olası sorunları önleme,
- Bilgi ve uzmanlık sa layacak deneyimleri edinme amacı ile hizmet içi e itim planlama ve uygulanmasını sa lama,
- Birimde ekip üyeleriyle stres ve endişe ile ba etmek için olumlu iletişim kurma,
- Kurum yönetimi ve hizmet veren meslek üyeleri arasında geliştirilen ve uygulamaya konulan i tanımları do rultusunda politika ve yöntemleri belirleme,

- Bütün acil girişimlerde asepti-antisepsi koşullarının gerekli olduğunun bilincinde olmalı,
- Hasta haklarını bilmeli ve savunucu rolü üstlenmeli,
- Hasta bireyin gizliliğine saygı göstermeli,
- Verilen hizmetin kaliteli olmasını sağlamak,
- Algılamayı ve motor aktiviteleri etkileyecek ilaç vb kullanımları kanlı olarak olmamalı,
- Verilen hemirelik bakımını değerlendirme,
- Birimde profesyonel kaynak kişi olarak hizmet verme,
- Yöresel ve ulusal düzeyde bakım standardı sağlamak ve olanaklar ölçüsünde standardı yükseltme,
- Kurum ve birim için olumlu toplumsal ilişkileri sağlamak ve sürdürmedir.

19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan düzenleme ile hemirelik yönetmeliğinde yapılan değişikliklerle acil birim hemirelerin genel görev, yetki ve sorumlulukları yanı sıra **hemirelik bakımı olarak**; hastanın acil servise kabulünü sağlamak, hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlamak, bu parametreleri izleyip, değerlendirip, sonuçlarını kaydetme ve normalden sapmaları hekime bildirme, hastaların hızlı fiziksel değerlendirilmesini yapma, verileri değerlendirme, sonuçlarını kaydetme, normalden sapmaları hekime bildirme, aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirleme, yatırıma karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirme, periferik IV kateter takma ve kateter pansumanlarını yapma, oksijen ve buhar tedavisini uygulama, trakeal aspirasyon yapma; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verme; nazogastrik tüp takma, gastrik lavaj uygulama; rektal tüp uygulama, lavman yapma; perine bakımı verme, prezervatif sonda / üriner kateter takma ve kateter bakımı verme; sıcak ve soğuk uygulama yapma; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol etme, drenaj torbalarını değiştirme; yaptıkları işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydetme, infüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatma, izleme ve kaydetme, hastaların beslenme gereksinimlerini belirleme (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemirelik bakımını planlama ve uygulama, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlamak, hastaya uygun pozisyon verme, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirme ve mobilizasyonunu

sa lama, sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alınarak uygun hemirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme, aldırı çıkardı sıvı takibi yapma ve kaydetme, hastaların solunuma ilikin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlama, uygulama, değerlendirme, pance makerli hastayı izleme ve gerekli bakımı uygulama, acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurma, onların psikososyal problemlerine uygun hemirelik bakımı verme, acil servis infeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alma ve alınmasını sa lama (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb), ya amı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sa lama ve yakınlarına destek olma ve ek olarak;

Acil birim hemireleri ayrıca tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından gerçekleştirilen invazif girişimlere katılma; hemirelik ilvelerini yerine getirme, acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurma, acil durumlarda hekimle işbirliği sa lama, arrest durumunda mavi kod çağırısı yapma, kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ilgili ya am desteği uygulamalarına katılma (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi), eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ilgili ya am desteği sertifikası var ise temel ve ilgili ya am desteği uygulamalarını başlatma, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygulama, vakaları rapor etme, hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplama, laboratuvara gönderme, sonuçlarını takip etme, değerlendirme ve hastanın hekimine bilgi verme, hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlama, ilgili birime transferini organize etme, gerekli durumlarda transfere elik etmek olarak belirlenmiştir (Resmi Gazete, 19 Nisan 2011).

2.10. SA LIK H ZMETLER NDE ALICI, HASTA ve MEMNUN YET KAVRAMI

Ya amımız boyunca etkileşim içinde olduğumuz, tutum ve davranışlarımızdan etkilenen ikinci ve üçüncü kişiler bizim alıcımızdır. Hasta ve yakınları dışında sa lık bakımına katılan tüm bireyler de birer alıcıdır. Ça da yönetim yaklaşımlarında, tutum ve davranışlar açısından sorumlu oldukları üç temel alıcı grubu tanımlanmaktadır. Tutum ve davranışlarımızdan etkilenen kişi ve kuruluşlar 'küresel alıcı', mesleki çalışmaları sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derece etkilenen kişi ve

kurulu lar ‘dı alıcı’, mesleki çalı malarımızı yerine getirirken ili kide oldu umuz ki i ve kurulu lar ‘iç alıcı’ olarak adlandırılmaktadır (Tablo 1) (Engiz, 1997).

Tablo-1. Acil birim alıcıları (Topaço lu, 2002; Engiz, 1997)

Küresel alıcılar	Dı alıcılar	ç alıcılar
Toplum	Hasta ve yakınları	Akademik çalı anlar
Tıbbi etik	112çalı anları/tıp	Kayıt çalı anları
Sa lık bakanlı ı	teknikerleri	Hastane kat hekimleri
	Ambulans irketleri	Sosyal hizmet çalı anları
	Basın kurulu ları	Hastane gönüllü çalı anları
	Polis	Hastanede çalı an tıp
	Okullar	Teknikerleri
	Tıp fakültesi	Diyetisyen
	Sa lık meslek yüksekokulu	

Bazı sa lık uzmanları, alıcı sözcü ünün hastalar ve aileleri için kullanılmasını garip olarak kar ılamalarına ra men alıcı kavramı, nitelik kavramında do ruları belirleyen anahtar durumundadır. Hastalar, sa lık bakım hizmetlerinde alıcıdır ve sa lık bakım hizmetleri arasında seçim yapar, kullanır, bu hizmetlerden beklentileri olur. Verilen hizmetler alıcının beklentilerini kar ılamıyorsa yanlı bir eyler yapıyor demektir (Kyriacou, 1999).

Hasta, bir sa lık kurulu unun üretti i ve sundu u sa lık hizmetini bilen ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce hizmetlerden yararlanmı ki ilerin tümüdür. Hasta memnuniyeti ise, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmakta oldu u külfetlere, hizmetten bekledi i verime, hizmetin sunululu unun sosyo-kültürel de erlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alı kanlıklarına, ya am tarzına, önyargılarına) uygunlu una ba lı bir i levidir. (Engiz, 1997)

Webster “memnuniyet” kelimesini ihtiyacın veya iste in do yumu olarak tanımlamı tır (Topaço lu, 2002). Hasta ho nutlu u hastaların istek ve beklentilerinin kar ılanması sonucunda olu ur (Thompson, 1996). Bazı ara tırmacılar “hasta

memnuniyeti” tanımını hastaların bekledi i bakım ile aldıkları bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamı lardır (Abramowitz, 1997; Anderson, 1998).

Sa lık hizmetlerinin kullanımı ve sunulu biçimi günümüzde ülkelerin sosyoekonomik kalkınmı lık düzeylerini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer almaktadır. Modern toplumlarda hasta memnuniyeti ve pozitif algılayı ın geli mesinde medikal bakımın kalitesi önemli rol oynar (Yıldırım ve ark. 2005).

Hasta memnuniyeti, acil servis literatüründe giderek artan bir kavramdır (Topaço lu, 2002). Hasta memnuniyetinde en önemli süreçler unlardır; yönlendirme, bilgilendirme, ilgi ve nezaket, empati, psikososyal destek, hizmet hızı, zamanlamanın uygunlu u, hizmet sunanların yetkinli i, tıbbi sonuçların uygunlu u ve genel kalite (Yavuz, 2003).

Hastaların tıbbi bakım açısından beklentileri oldukça fazladır. Bakım niteli i, bakım hizmeti veren çalı anların davranı ı, ileti im tecrübesi, acil birimde bekleme süresi ve masraf tutarı gibi konular esas alınarak tanımlanabilir. Hastanın beklentileri ile kar ıla ıp kar ıla madıklarının toplamı hasta memnuniyetini olu turur (Bopp, 1999).

2.11. HASTA MEMNUN YET TANIMI

Hasta memnuniyeti için de i ik tanımlamalar olmasına ra men bugün için en uygun tanımlardan biri “hastanın tedavisi ve bakımı için beklentisinin veya daha fazlasının kar ılanmasıdır” (Trout, 2000).

Hasta memnuniyeti, hastaların hastanelerden beklentilerinin toplamıdır. Memnuniyet oranları yüksek veya dü ük olabilir. Artan veya iyiye giden bir hasta memnuniyetinden söz etti imiz zaman daha pozitif hasta de erlendirmeleri sonucunda tecrübeli bakım hakkında konu mu oluruz (Worthington, 2004)

Memnuniyet sonuç kalitesinin, ek olarak; klinik olarak yönlendirilmi geleneksel sonuçlara (ör; ölüm oranı, major morbidite), ekonomik ölçümler (fiyat) ve sa lıklı ili kiler, ya am kalitesinin bir parçasıdır ve sonuçların ara tırılması ve servislerin de erlendirilmesinde son nokta haline gelmi tir (Heidegger ve ark. 2006). Bazen iyile me kalitesi sonuç kalitesine entegre edilir. Hasta memnuniyeti hasta yönelimli bir sonuç olu turmak için sa lıklı ili kili ya am kalitesiyle kombine edilir (Myles ve ark. 1999). Major problem memnuniyet terimini kolay anla ılabilen ve ölçülebilen alanlara bölmek ve hangisinin daha faydalı sonuçlar olu turaca ını bilmektir. Böylelikle, pratik sonuçlar yöneticiler ve sa lık servis çalı anları tarafından bakım kalitesini geli tirmek için olu turulabilir. Hastalara aldıkları bakımla ilgili memnuniyetleri hakkında soru sormadan önce hastaların ne beklediklerini bilmek zorundayız. Sonuç olarak hasta

memnuniyeti de erlendirmek için araçların geli tirilmesi oldukça önemlidir (Heidegger ve ark. 2006).

Hasta memnuniyeti sonuç kalitesinin bir parçasıdır. Memnuniyetin birçok teorisi hastaların beklentilerini içerir. Bu yüzden memnuniyetin bir tanımı da beklenti ve ba arı arasındaki uygunlu un derecesidir (Heidegger ve ark. 2006).

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ve hizmeti verenlerin etkile imini, hizmetin varlı nı, hizmetin süreklili ini, hizmeti verenlerin yeterlili i ve ileti im özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sa lık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (Tokem ve ark. 2005).

Acil birimlerde hasta memnuniyetini etkileyen etmenler incelendi inde bazı özellikler dikkati çekmektedir. McMillan ve arkadaş larına göre, alıcı memnuniyeti bir hizmet veya ürünün satın alınması öncesindeki beklentilerin kar ılanması ile olu ur. E er bu beklentiler kar ılanırsa, yüksek düzeyde memnuniyet, e er beklentiler yeterince kar ılanamazsa, memnuniyetsizlik ortaya çıkar (Mayer, 1998).

Acil biriminde bakım öncesi bekleme zamanının fazla olması memnuniyetsizli e neden olur (Mayer, 1998).Ciddi yaralanması veya hastalı ı olan hastaların beklemeden de erlendirildikleri için acil müdahalelerden daha memnun oldukları tespit edilmi tir (Linn, 2000).

Hansagi ve arkadaş ları, hasta ayrımında daha az acil olan hastaların memnuniyetinin daha çabuk acil bakım ihtiyacı olanlara kıyasla daha az oldu unu belirtmi lerdir (Hansagi, 1992). Oysa ba ka çalı malarda ba vuru sırasında sa lık durumu iyi olan hastaların daha memnun oldu u bulunmu tur (Topaço lu, 2002). Thompson ve arkadaş ları, hastaların acil biriminde algıladıkları zamanın, gerçek toplam bekleme zamanına oranla memnuniyet üzerine daha etkili oldu unu belirtmi lerdir (Thompson, 1996).

2.12. HASTA KAYETLER

Hasta ikayetleri, geli me açısından bir fırsattır. Hizmet niteli i hakkında olumsuz geri bildirim yapılması, sorunların çözülmesi için bir ans sa lar. Acil birimleri hakkındaki ikayetler incelendi inde genellikle çalı anlar, bekleme süresi, bilgilendirilme düzeyi, ödedi i fatura ve tanıdaki hatalar gibi nedenlerin daha sık oldu u tespit edilmi tir. Hastaların kendi bakımları hakkında en çok yakındıkları konu, bakımı sa layan ki inin ilgisinin azlı ı ve yetersiz ileti im becerisine sahip olması olarak bildirilmi tir (Topaço lu, 2002). Sosyoekonomik düzeyi yüksek ve ileri ya taki

hastaların daha çok yakınmacı oldukları saptanmıştır (Schwartz, 1987). Başka bir çalışmada ise yüksek gelirli hastaların, kadınların, ehirden ya da ayanların ve gençlerin daha fazla yakınmacı olduğu gösterilmiştir. Acil birimlerde yapılan hastaların yakınmalarında 65 yaş üstündeki hastaların daha az yakınmacı olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların daha fazla yakınmacı olduğu ve hastanın algıladığı bekleme zamanı ile memnuniyet arasında ters orantı olduğu tespit edilmiştir (Dennis, 1992).

Bazen hasta ve yakınlarının şikâyet başvuruları onları kızdıran bir konuda yeniden alevlenebilir. Bu durumda hastanın bakımını sağlayanlarca sıkıntının sebebi hemen bulunmalı ve durumun yatıştırılması için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Hastanın yakınmalarına odaklanılmalıdır. Hasta ve yakını olabildiince çabuk daha sakin bir ortama götürülmelidir. Bu davranış bakımını sağlayan hekimin sorunu ele almasını sağlarken, diğer çalışanlarında durumu denetim altına almasına olanak sağlar. Çevrenin de iştirilmesi ki iyi daha sessiz kılar. Eğer hasta yakınları uygunsuz ve sorumsuz davranışlarını sürdürürse, onları susturacak davranışlarda bulunulmamalıdır. Tedavi alanından uzaklaştırılması istenmelidir. Hastane güvenliği bu işleme yardımcı olabilir. Hastanın kayıtları tutulmalıdır (Topaçoğlu, 2002).

Hasta memnun olmadığında düzeltmeye yönelik yapılacak işlemler “hizmet düzenleme” diye anılır. Geleneksel olarak bu terim, alıcı memnuniyetini sağlamak için sorunları belirleme ve çözüm üretme eylemlerini kapsar (Topaçoğlu, 2002).

2.13. KALİTE KAVRAMININ HASTA MEMNUNİYETİ İLE OLAN İLİŞKİSİ

Günümüzde sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan kalite kavramı ve hasta memnuniyeti hizmetin değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Pala ve ark. 2003).

Beklentilerin karşılanması ve kaliteli bakım hasta memnuniyetinin artması ya da hasta şikâyetlerinin azalması şeklinde bir sonucu ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca sağlık bakımında ileri teknolojilerin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteniminin artması bireylere ve topluma kaliteli sağlık bakımı verilmesini gündeme getirmektedir. Kalite bugün yaşıtımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup her zaman ve her konuda önü alınmaz bir talep haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilerle göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavram olup tanımlanması zordur (Yılmaz, 2001).

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)’nün tanımına göre kalite, “bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılamaya yeteneğine dayanan

özelliklerin toplamıdır". Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ise kaliteyi, "verilen bakımın istenen sonuçlarını artırma ve olası istenmeyen sonuçları azaltma derecesi olarak tanımlamaktadır" (Yılmaz, 2001).

Roemer ve Montoya-Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi 'kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi' olarak tanımlamaktadır. Uz' a göre ise, kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşmasında hakkaniyete özen göstermesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Hayran ve Sur, 1998).

Sağlık bakımında kalite göstergesi olarak kullanılan memnuniyet ya da şikayetleri objektif olarak belirlemek oldukça güçtür. Hasta memnuniyeti/ şikayetleri konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında direkt ve indirekt yöntemler kullanılabilir. Direkt yöntemler, memnuniyet düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketini içermektedir. İndirekt yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak hasta şikayet ya da teklifleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği şikâyet bildirimleri ile "hasta başına düşen hemire sayısını" gibi hastayı etkileyen ancak hastanın bilmediği değerlerle elde edildiği yöntemlerdir (<http://www.merih.net/>).

2.14. HASTA MEMNUN YETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Memnuniyet hastalara, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik birçok faktörden etkilenebilmektedir.

2.14.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Hastalar sağlık bakım sistemine çeşitli bireysel özellikleri, tutumları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler. Ayrıca hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışını memnuniyetini etkileyebilmektedir (Erdemir, 2006; Sun ve ark. 2001; Yılmaz, 2000).

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır (Yılmaz, 2001). Örneğin, Carr-Hill yaşı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun olduklarını (Carr-Hill, 1992), Jakobsson ve arkadaşları ise, yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunmadığını (Jakobsson ve ark. 1994) belirlemişlerdir. Cinsiyet konusunda ki araştırmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalarda kadınların, bazılarında da erkeklerin

daha memnun oldukları belirlenirken, bazılarında ise, cinsiyet ile memnuniyet arasında ili ki bulunamamı tır (Larsson ve ark.1999).

Literatürde memnuniyet ve e itim düzeyi konusunda da tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır (Yılmaz, 2001). E itim düzeyi yükseldikçe hastaların bilgilendirilme düzeylerinden duydukları tatminin azaldı ı belirtilmektedir (Esato lu, 1997; Carr-Hill, 1992). zmir de yapılan bir ara tırmada, farklı sosyal güvenceye sahip olma açısından hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında önemli bir farklılı a rastlanmamı tır (Devebakan ve Ya cı, 2005).

Acil ünite hastasının tanısı konmamı tır ve belirsizlikler vardır. Bu nedenle hasta ve ailesinin anksiyeteleri yüksek olup, sorumluluk ve suçluluk duyguları içindedirler ve her eyden ikayetçi olurlar. Akut bir sa lık sorunuyla kar ıla tıkları için öfke dolu duygularla bakmaktadırlar (Eti, 1999).

Günümüzde acil ünite de sunulan hizmetlerden biri de, hastaların taburcu olduktan sonraki takiplerinin yapılmasıdır. Bakımın takibi anlamına gelen ve “**Hasta Takibi**” (**Follow Up**) olarak adlandırılan bu hizmetle, hastanın sa lık durumu, yapılan önerilere, tedaviye ve ilgili yönlendirmelere uyumu hakkında bilgi edinilmekte ve hastaya yeni önerilerde bulunmaktadır. Çalı malar, hastaların bu e kilde takip edilmesinin hasta memnuniyetini, tedavi ve önerilere uyumunu artırdı nı göstermektedir (Bulut, 2006; Veronesi, 2005).

Tıbbi problemi ciddi olan veya problemi taburcu olduktan sonra tekrar eden tıbbi tanısı konamayan hastalar arasında memnuniyetsizlik/ ikayet oranı daha yüksektir (Goldwag ve ark. 2002; DeLisa, 2004). Her birey tektir ve bir ba ka benzeri yoktur felsefesinden hareketle acil bakımın bireye özgü planlanması memnuniyetin artmasında etkili bir yakla ımdır.

2.14.2. Hizmet Verenlere li kin Faktörler

Hasta memnuniyeti, hastanelerde ki iler arası ileti im, personel davranı ı, hastalı ı ile ilgili bilgilendirme gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Aslan ve Özata, 2005; Ercan ve ark. 2004). Hasta sa lık personeli etkile imi, hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür. Hastaların eskiden kullandıkları hastaneyi tekrar seçme e ilimlerini, hastanenin teknik ve klinik faktörlerinin etkilemedi i, bireylerin aynı sa lık kurumunu tercih etmelerinde en etkili faktörün kurum personelinin tutum ve davranı larından kaynaklanan hasta memnuniyeti oldu u tespit edilmi tir (Kavuncuba ı, 1998).

Bununla birlikte hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün ileti im ve hastayı yeterli bilgilendirme oldu u belirtilmektedir (Bulut, 2006; Goldwag, 2002; Oktay, 2000; Messner ve ark. 2005; Arendts, 2006). Acil üniteye ba vuran hastaların özellikle hastalıkları, bakımları, yapılan i lemler ve tedavileri konusunda bilgi almak istedikleri görülmektedir (Bulut, 2006; Goldwag, 2002; Messner ve ark. 2005).

Hasta merkezli ve bireyselle tirilmi bakım hastaya kendisinin de erli oldu unu hissettirirken, ki iler arasında da bir güven ili kisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak de er verildi ini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ili kilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sa lık profesyonelleri hastalara de erli oldu unu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalı malarda da durumu ve yapılacak i lemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sa lık çalı anlarına güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttı ı saptanmı tır (Yılmaz, 2000). Bilgi verme hastalara de erli oldu unu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak de er verildi ini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak çalı anların hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir (Aytar ve Ye ildal, 2004).

Özetle, hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen sa lık çalı anlarının tutum ve davranı larıdır. Hastalarını memnun etmeyi hedefleyen tüm sa lık kurulu ları öncelikle çalı anlarını memnun etmek durumundadırlar.

2.14.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Devlet statistik Enstitüsü tarafından 2003 yılında yapılan Ya am Memnuniyeti ara tırmasında sa lık kurumlarından memnuniyet oranı; özel hastanelerde %48,3, üniversite hastanelerinde %46,6, devlet hastanelerinde %41 ve sa lık ocaklarında %39,4olarak bulunmu tur (Ba bakanlık D E, 2004).

Hastanenin ula abilirli i, ortamı, çalı ma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sa layaca ı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir (Aytar ve Ye ildal, 2004).

Sa lık bakım ekibinin yakla ımları ve bilgilendirmenin yanı sıra acil ünitelerinin fiziki yapısının, tıbbi tanı, tedavi ve bakımda kullanılacak tıbbi cihaz, araç gereç ve bakım malzemelerinin durumunun ve yönetsel özelliklerinin de hasta memnuniyeti üzerinde etkili oldu u dü ünülmü tür (Eti, 1999).

Sonuç olarak; hastanın bireysel özellikleri, hekim ve tıbbi tedaviden memnuniyeti, hemire ve bakımdan memnuniyeti, acil ünite beklemesüresi, tedavinin ve bakımın sonuçları acil ünitenin fizik yapısı, yönetsel özellik ve tıbbi donanım durumu çalışınların mesleki bilgi, beceri ve deneyimleri, sağlık bakım kalitesini dolayısıyla da hasta memnuniyetini/memnuniyetsizliğini etkilemektedir (Bulut, 2006; Goldwag, 2002; Gülmez, 2005; Wright, 2006).

Beklentilerin karşılanmamasının ortaya çıkardığı hasta şikayet nedenlerinin bilinmesi önemlidir. Çünkü şikayetlerin yol gösterici olarak acil bakım ekibine, sorunlara karşı daha iyi çözümler üretme konusunda yardımcı olacaktır ünlülmektedir.

Sonuç olarak hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesinde değerlendirilmede kullanılan temel bir kriter olup, hastaların sosyodemografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir.

2.15. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Hasta tatmin ölçüm sonuçları, örneğin bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanakları sağlar. (Esatoğlu ve Ersoy, 1997).

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar (Aslan ve Özata, 2005).

Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerindürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir (Devebakan ve Yaşar, 2005).

Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar (Kavuncubaşı, 2000).

Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir (Bulut, 2006).

Aldığı bakımdan tatmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok beklentileriyle paylaşmaktadır (Esatoğlu ve Ersoy, 1997).

2.16. BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMİRELİK BAKIMININ HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

Günümüzde hemirelik bakımının uygulanmasında, bir birey olarak hastanın kendine özgüllüğünü göz ardı eden, standartlaştırılmış protokollerden yararlanma eiliminin giderek yaygınlaştığı gözlemlenmektedir. Oysa hemireler, bakımını üstlendikleri bireylerin bireyselliğine ve eşsizliğine saygı duyma sorumluluğundadırlar.

Bakımda bireyselli in sa lanması ve sürdürülmesi, hasta bireyin tüm boyutlarının de erlendirilmesi ile belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardımcı levlerinde, giri imlerin bireye özgü planlanarak uygulanması ve hastanın bakım kararlarına katılımı ile olasıdır.

Bireye özgü ya da bireyselle tirme kavramı, hasta bireyin inançları, de erleri, duyguları, dü ünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına göre hem irelik bakımının uyarlanması olarak tanımlanır (Radwin, 2002; Suhonen, 2000; Suhonen, 2004; Suhonen, 2005). Bireyselle tirilmi bakım aynı zamanda, ki ilerarası yakla ımlar ve hem irelik giri imlerini belirlemek için, sa lıklı/hasta bireyin bireyselli inin ve otonomisinin dikkate alınmasını içerir. Hasta bireyin bakımında, bireyselle tirilmi bir giri imin kapsamını önceden belirlemek hemen hemen olanaksızdır. Bireyselle tirilmi bir giri im, daha çok hasta-hem ire etkile iminin sonucu olarak geli ir (Lauver, 2002; Suhonen, 2005).

Bireyselle tirilmi bakımın, hastanın hem irelik bakımından duydu u memnuniyet ile ili kili oldu u bildirilmektedir (Suhonen, 2005; Evans ve ark.1998). Memnuniyet ya am tarzı, geçmi deneyimler, gelecekte beklenenlerle bireysel ve toplumsal de erleri içeren birçok faktör ile ili kili karma ık bir kavramdır (Carr-Hill, 1995). Hizmetin sunumundan duyulan memnuniyet, her bir hastanın, sorunlarını gidermek üzere kendisine özgü uyarlanmı bakımı algılamasının bir sonucu olarak ele alınır. Bu nedenle hasta memnuniyeti, sa lık bakımı kalitesinin dolayısı ile hem irelik bakımı kalitesinin de erlendirilmesinde somut bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Suhonen, 2005). Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin kar ılanması ile ili kili olan hasta memnuniyeti, farklı bireyler tarafından, hatta aynı bireyler tarafından farklı zamanlarda, farklı ekilde tanımlanabilmektedir (Carr-Hill, 1995). Bununla birlikte, hasta memnuniyeti tanımları hastanın beklentileri ve almı oldu u hem irelik bakımının birbiri ile uyumu üzerine odaklanır (Thorsteinsson, 2002; Yılmaz, 2001).

Bireyselle tirilmi hem irelik bakımının, hasta memnuniyeti ile oldu u kadar sa lı a ili kin ya am kalitesi ile de ili kili oldu unu gösteren kanıtlar vardır. Sa lı a ili kin ya am kalitesi bireyin içinde bulundu u sa lık durumundan memnuniyetini ölçen, hastalı ın günlük ya am aktiviteleri üzerindeki fiziksel, zihinsel ve sosyal etkilerine kar ı bireysel yanıtları içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir. Bireyselle tirilmi giri imlerle ili kili hasta sonuçları arasında sa lı a ili kin ya am

kalitesinde olumlu de i im beklenir (Radwin, 2002; Suhonen, 2000; Suhonen, 2004; Suhonen, 2005).

Ülkemiz hem irelik literatüründe, bireyselle tirilmi bakım hizmeti alanlar tarafından de erlendirilmesine ili kin çalı maya rastlanmamı tır. Uluslararası çalı malarda ise bireyselle tirilmi bakımı, hem irelerin deneyimleri do rultusunda de erlendiren sınırlı sayıda çalı malar bulunmaktadır. Bununla birlikte literatürde, bireyselle tirilmi bakımın hastaların bakı açısından de erlendirilmesinin daha yararlı olaca ı belirtilmekte ve bireyselle tirilmi bakımın hasta memnuniyeti ve ya am kalitesinde artma gibi olumlu hasta sonuçlarını da beraberinde getirece i vurgulanmaktadır (Thorsteinsson, 2002; Suhonen, 2005).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Ara tırmanın ekli: Ara tırma acil servise ba vuran dahili hastalara sunulan hem irelik hizmetlerinin tanımlanması ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemeye yönelik planlanmı tanımlayıcı bir ara tırmadır.

3.2.Ara tırmanın Yeri: Ara tırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Acil Anabilim Dalı'nda yapılmı tır. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlü ü' nün de bulundu u kampüs yerle kesi içerisinde 88047 metrekairelik alanda yer almakta olup, 7 blok ve 14 kattan olu maktadır. Acil ünitesinde, 6'sı monitörlü, 4'ü monitörsüz olmak üzere 10 adet muayene sedyesi, 1 tane resüsitasyon odası, 1 tane alçı odası, 8 adet gözlem yata ı, 1 adet cerrahi müdahale odası, 1 adet psikiyatri odası, 1 adet kadın hastalıkları ve do um odası, 1 adet dekontaminasyon odası bulunmaktadır.

3.3.Ara tırmanın Evreni ve Örnekleme: Ara tırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi acil servisine, Ocak-Temmuz 2011 tarihleri arasında ba vuran, 18 ya ve üzeri, acil dahili hastalı ı bulunan, ileti im sorunu olmayan, acil nakil ve ameliyat ihtiyacı olmayan, çalı maya katılmayı kabul eden hasta bireyler olu turmu tur.

Ara tırmaya, $\alpha=0,01$ $\beta=0,10$ ($1-\beta$)=0,90 olarak alındı ında çalı maya 84 bireyin alınmasına karar verilmi tir ($p=0,9032$).

3.4.Verilerin Toplanması: Ara tırmanın verileri acil birime ba vuran dahili hastalara yönelik hasta tanıtım formu, hem irelik hizmetleri tanımlama formu ve memnuniyet düzeyi formu ile toplanmı tır.

3.5.Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (HTF): HTF, acil birime ba vuran hastaların sosyo-demografik özellikleri (ya , meslek, sosyal güvence...) ve acil birime ba vurma deneyimleri (acile geli ekli, nedeni, kar ıla tı ı güçlükler...) ile ilgili sorulardan olu turulmu tur.

3.5.2. Hem irelik Hizmetleri Tanımlama Formu (HHTF) : Bu form toplam 24 sorudan olu maktadır. Gözlem ve daha önce yapılmı çalı malara dayalı (Al, 2009; Bulut, 1995; Önsüz, 2008) olu turulan formda acil birimlerde çalı an hem ireler tarafından a ırlıklı olarak verilmesi gereken hem irelik uygulamaları ve hastaların hem irelerden beklentileri sorgulanmaktadır.

3.5.3. Acil Birime Ba vuran Hastalarda Memnuniyet Düzeyi Formu (ABBHMDF):

Karagün tarafından (2006) da düzenlenen ABBHMDF, toplam16 sorudan olu an likert tipi bir ölçektir. 5'li Likert derecelendirmesine göre; "5=çok iyi, 4=iyi, 3=normal,

2=kötü, 1=çok kötü" olacak şekilde yanıtlanmaktadır. Bu değerlendirilmede 4 ve 5 olarak belirtilen puanlama memnuniyet olarak kabul edildi. Formda; hem irelerin, hastaya ve yakınlarına karşı göstermiş oldukları ilgi ve saygı ile ilgili memnuniyeti, hastanın durumu ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi ile ilgili memnuniyeti, bir sorunla karşılaşmış durumda hem irelere ulaşabilme kolaylığı ile ilgili memnuniyeti, hem irelerin hastayı denetleme sıklığı ile ilgili memnuniyeti, yapılan işlemler sırasında ne yapılması gerektiğine dair bilgilendirme ile ilgili memnuniyeti, acil birimin konforu ile hem irelerden ve acil birimden genel memnuniyeti sorgulanmaktadır. Puan arttıkça hastaların memnuniyet düzeyleri artmaktadır (Karagün, 2006). Çalışmamızda kullanılan hasta memnuniyeti anketinin geçerlilik güvenirliliğine ilişkin, cronback alfa katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Bu da güvenirliliği oldukça yüksek olan bir katsayıdır.

3.6. Araştırmanın Uygulama Ekli

Çalışmaya, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi acil servisine, Ocak-Temmuz 2011 tarihleri ve hafta içi ve sonu 8.00-18.00 saatleri arasında başvuran, 18 yaş ve üzeri, acil dahili hastalığı bulunan, iletişim sorunu olmayan, acil nakil ve ameliyat ihtiyacı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hasta bireyler dahil edilmiştir. Acil birime başvuran hastaların, ilk muayenesi yapıldıktan sonra, daha önceden hazırlanmış olan hasta tanıtım formuna, hastanın dosyasına yazılan bilgilerden; hastanın adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, mesleği, adres ve telefon bilgileri, sağlık güvencesinin olup olmadığı varsa tipi ve getirilişi ekli (ambulans, yürüyerek, kendi aracı ile vs), acil servise başvuru nedeni, sayısı ve acil servise başvuru sırasında bir güçlükle karşılaşmış mıydı, uygun bölümlere yazıldı. Bu form doldurulurken hastanın acil tedavi ve bakım ihtiyacı hiçbir suretle engellenmedi ve geciktirilmedi. Bu amaçla daha önceki ölçütlerine uymayan hastalara yapılan çalışmaya hakkında bilgi verildi ve çalışmaya kabul eden hastalardan aydınlatılmış onam alındı.

Daha sonra hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra, hemirelik hizmetleri tanımlama formunda yer alan sorulara, 'evet' veya 'hayır' şeklinde cevaplamaları, ayrıca acil birime başvuran hastalarda memnuniyet düzeyi formunda yer alan, hem irelerin, hastaya ve yakınlarına karşı göstermiş oldukları ilgi ve saygı ile ilgili memnuniyeti, hastanın ve yakınlarının durumu ve tedavi hakkında bilgilendirilmesi ile ilgili memnuniyeti, bir sorunla karşılaşmış durumda hem irelere ulaşabilme kolaylığı ile ilgili memnuniyeti, hem irelerin hastayı denetleme sıklığı ile ilgili memnuniyeti, acil servisin konforu ile ilgili memnuniyeti ve hem irelerden ve acil servisten genel memnuniyeti soruldu ve bunları 5'li Likert derecelendirmesine göre; "5=çok iyi, 4=iyi,

3=normal, 2=kötü, 1=çok kötü” olacak şekilde yanıtlanması istendi. Bu değerlendirilmede 4 ve 5 olarak belirtilen puanlama memnun olarak kabul edildi.

Ayrıca, hastanın hekimi tarafından hasta başına gittiği ve muayeneye başlandığı andaki saati, değerlendirilmek istendi ise tetkik süresi, hastanın işlemler için kayıt bekleme süresi, yatı yapıldıysa yatı için bekleme süresi ve her türlü işlemi sonlandıktan sonra acil serviste toplam kalış süresi anket formundaki uygun bölüme yazıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu:

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için C.Ü. Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu’ndan gerekli yazılı izinler alınmıştır.

Çalışmada ‘insan onuruna saygı’ ilkesi göz önüne alınarak çalışmaya katılanlar çalışmaya katılma ya da katılmaya karar vermede özgür oldukları ayrıca katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları oldukları konusunda sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalar ‘gizlilik’ ilkesine bağlı olarak kendilerinden alınan kişisel bilgilerin kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere kimsenin ulaşmasına izin verilmeyeceği, gizliliğin sağlanacağı konusunda bilgilendirilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Çalışmamızın verileri, SPSS (Ver:15.0) programına yüklenerek, değerlendirilmesinde ki-kare testi, frekans dağılımı, aritmetik ortalama kullanılmıştır ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Genel Veriler:

Tablo 1. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklere göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n=84)	%
Cinsiyet		
Erkek	40	47,6
Kadın	44	52,4
Yaş		
24-30	5	5,95
31-49	10	11,90
50-69	34	40,48
70-89	35	41,67
Meslek		
Çiğci	10	11,9
Serbest meslek	7	8,4
Emekli	29	34,5
Çalışmıyor	38	45,2
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	9	10,7
Ssk	41	48,8
Bağkur	21	25,0
Yeşil kart	10	11,9
Ücretli	3	3,6
Acile gelmek için		
Kendi aracıyla	12	14,3
Ambulansla	72	85,7
Son durumları		
Eve gönderilen	29	34,5
Yatı yapılan	55	65,5
Bağ vuru Nedeni		
Kronik hast.	7	8,3
Kalp hast.	19	22,6
Nörolojik hastalıklar	13	15,5
Gastrointestinal sistem hast.	13	15,5
Nefrolojik hast.	4	4,8
Göğüs hast.	21	25,0
Diğer hast.(kas ve eklem hast.)	7	8,3
Bağ vuruda sorunla karşılaşma		
Karşılaşan	7	8,3
Karşılaşmayan	77	91,7

Çalı maya 24-89 ya ları arasında, ya ortalaması $63,32 \pm 16,20$ olan 40'ı (%47,6) erkek, 44'ü (% 52,4) bayan olmak üzere toplam 84 hasta alındı.

Çalı maya katılan hastaların, 10' u (%11,9) i ç i, 7' si (%8,3) serbest meslek, 29' u (% 34,5) emekli, 38' i (%45,2) çalı mamaktadır.

Hastaların sa lık güvence tipleri incelendi inde, 9 hastanın (%10,7) emekli sandı 1, 41 hastanın (%48,8) ssk, 21 hastanın (%25,0) ba kur, 10 hastanın (% 11,9) ye il kart güvencesi oldu u, 3 (%3,6) hastanın ise ücretli oldukları belirlenmi tir.

Hastaların 72' si (%85,7) acil birime ambulans ile, 12' si (%14,3) kendi araçları ile gelmi lerdir.

Hastaların 55' i (%65,5) hastaneye yatırılırken, 29' u (34,5) reçete verilerek eve gönderilmi tir.

Çalı maya katılan hastalar ba vuru nedenlerine göre gruplandırıldıklarında, 7'sinin (%8,3) kronik hastalıklar nedeniyle, 19' unun (%22,6) kalp hastalıkları nedeniyle, 13' ünün (%15,5) nörolojik hastalıklar nedeniyle, 13' ünün (%15,5) gastrointestinal sistem hastalıkları nedeniyle, 4 ünün (%4,8) nefrolojik hastalıklar nedeniyle, 21'inin (% 25,0) gö üs hastalıkları nedeniyle, 7'sinin (%8,3) di er hastalıklar nedeniyle ba vurdukları tespit edilmi tir.

Çalı maya katılan hastalara acil birimine ba vurdukları anda herhangi bir güçlükle kar ıla ıp kar ıla madıkları soruldu unda, 7 hasta (%8,3) evet yanıtı verirken, 77 hasta (%91,7) hayır yanıtı vermi tir. Verilen yanıtların incelenmesi sırasında bu güçlüklerin çalı anların kaba davranması, kayıt için senet imzalamak zorunda kalınması ve muayene için bekleme gibi sorunlar oldu u görülmü tür.

Tablo 2. Hastaların bekleme sürelerine göre da ılımı.

	Ortalama	Standart Sapma	En az	En fazla
Kayıt bekleme süresi (dk)	3,51	$\pm 3,45$	0,0	10,0
Doktor bekleme süresi (dk)	2,85	$\pm 3,74$	0,0	15,0
Tetkik bekleme süresi (dk)	82,32	$\pm 31,29$	0,0	180,0
Yatı bekleme süresi (dk)	33,86	$\pm 34,30$	0,0	150,0
Toplam kalı süresi (dk)	124,24	$\pm 44,48$	15,0	240,0

Çalı mamızda hastaların 48' i (%57,1) doktor tarafından hemen muayene edilirken, 35' inin (%41,7) bakımına ilk 10 dakika içinde ba lanmı tır. Hastaların doktor muayenesi için bekleme süresi, 0-15 dakika arasında, ortalama 3 dakika olarak bulunmu tur. Hastaların kayıt i lemleri için bekleme süresi, 0-10 dakika arasında, ortalama 4 dakikadır (Tablo 2). Hastaların tetkik sonucu bekleme süresi ise, 0-180 dakika arasında, ortalama 82 dakikadır. Hastaneye yatırılan 55 hastanın (%24,69) yatı için bekleme süresi, 0-150 dakika arasında olup, ortalama 34 dakika iken, hastaların acil birimde toplam kalı süresi, 15- 240 dakika arasında, ortalama 124 dakika olarak bulunmu tur (Tablo 2).

4.2. Hastalara Verilen Hem irelik Hizmetleri le lgili Veriler

Tablo 3. Acil servise ba vuruldu unda verilmesi gereken hem irelik hizmetlerinin da ılımı.

	Sayı (n=84)	%
Acil müdahaleye hazırlama		
Evet	75	89,3
Hayır	9	10,7
Anamnez alma		
Evet	84	100
Hayır	0	0,0
Ya am bulgularını de erlendirme		
Evet	84	100,0
Hayır	0	0,0
Kan alma		
Evet	26	31,0
Hayır	58	69,0
Üriner katater uygulama		
Evet	32	38,1
Hayır	52	61,9
laç uygulama		
Evet	61	72,6
Hayır	23	27,4
laç uygulaması hakkında bilgi verme		
Evet	21	25,0
Hayır	63	75,0
Kan ve sıvı infüzyonu		
Evet	67	79,8
Hayır	17	20,2
Oksijen uygulama		
Evet	71	84,5
Hayır	13	15,5

EKG çekme		
Evet	3	3,6
Hayır	81	96,4
Kişisel temizliğe yardım etme		
Evet	24	28,6
Hayır	60	71,4
Tetkikler hakkında bilgi verme		
Evet	50	59,5
Hayır	34	40,5
Doktor muayenesi için hazırlama		
Evet	33	39,3
Hayır	51	60,7
Yapılan işlemler sırasında asepti/antiseptiye dikkat etme		
Evet	58	69,0
Hayır	26	31,0
Beslenme hakkında bilgi verme		
Evet	26	31,0
Hayır	58	69,0
Rahat ve güvenli ortam sağlama		
Evet	40	47,6
Hayır	44	52,4
Güvenli bir şekilde sevki sağlama		
Evet	66	78,6
Hayır	18	21,4
Ailenin bilgilendirilmesi		
Evet	49	58,3
Hayır	35	41,7
Mahremiyete özen gösterme		
Evet	78	92,9
Hayır	6	7,1
Hastanın kendisini ifade etmesini sağlama		
Evet	75	89,3
Hayır	9	10,7
Üzülünce ilgilenme, yalnız bırakmama		
Hayır	84	100,0
Ağrı durumunda elini tutma, dokunma		
Hayır	84	100,0
Masaj yapma		
Evet	1	1,2
Hayır	83	98,8

Çalışmamızda acil birime başvuran hasta bireylere uygulanan bakım ve tedavi edici rollerin hemirelik uygulamalardan, yaşam bulgularının değerlendirilmesi 84

(%100) hastaya, anamnez alma 84 (%100) hastaya, acil müdahaleye hazırlama 75 (%89,3) hastaya, kan alma 26 (%31,0) hastaya, ilaç uygulaması 61 (%72,6) hastaya, kan ve sıvı infüzyonu 67 (%79,8) hastaya, üriner katater uygulaması 32 (%38) hastaya, oksijen uygulaması 71 (%84,5) hastaya, ekg çekilmesi 3 (%3,6) hastaya, ki isel temizli ine yardımcı olma 24 (28,6) hastaya, yapılan i lemler sırasında asepsi/antisepsiye dikkat etme 58 (%69,0) hastaya, rahat ve güvenli ortam sa lama 40 (%47,6) hastaya, di er birimlere güvenli bir ekilde sevki sa lama 66 (%78,6) hastaya, doktor muayenesi için hazırlanmaya yardımcı olma 33 (%39,3) hastaya acil birimde verilen hem irelik hizmetlerinden bazılarıdır.

Çalı mamızda acil birimde verilen di er hem irelik hizmetlerinden, ilaç uygulamaları hakkında bilgi verilmesi 21 (%25,0) hastaya, yapılan tetkikler konusunda bilgi verilmesi 50 (%59,5) hastaya, beslenme hakkında bilgi 26 (%31,0) hastaya, hasta yakınlarını hastası ve uygulamalar hakkında bilgilendirme 49 (%58,3) oranındadır.

Çalı mamızda acil birimde mahremiyete dikkat edilmesi 78 (%92,9) hastaya, hastanın kendisini ifade etmesini sa lama 75 (%89,3) hastaya, masaj uygulaması 1 (%1,2) hastaya verilen hem irelik hizmetlerinden olup, hiçbir hastaya ise üzülünce yanında olma, a ladı nda elini tutma, dokunma gibi hizmetler verilmemi tir.

4.3. Hastaların Memnuniyeti le İlgili Veriler:

Tablo 4. Acil birimde çalı an hem irelerin, hastalara yardımcı olma durumuna göre da ılım.

Hem irenin, yardımcı olma durumu	Sayı (n=84)	%
Evet	81	96,4
Hayır	3	3,6
Toplam	84	100,0

Acil birime ba vuran hastalara, hem irelerin yeterince yardımcı olup olmadı ı soruldu unda, 81 (%96,4) hasta evet yanıtı verdi tir (Tablo 4).

Tablo 5. Hem irenin davranı ekli ile acil biriminden memnuniyet durumu arasındaki ili ki.

		Acil birimden memnuniyet				
Hem irenin hasta ve hasta yakınlarına davranı ekli		Memnun olanlar	Kararsız	Memnun olmayanlar	Toplam	Sonuç
Memnun olanlar	S	56	10	0	66	X ² =21,77 p=0,001
	%	84,8	15,2	,0	100,0	
Kararsız	S	6	10	1	17	
	%	35,3	58,8	5,9	100,0	
Memnun olmayanlar	S	0	1	0	1	
	%	,0	100,0	,0	100,0	
Toplam	S	62	21	1	84	
	%	73,8	25,0	1,2	100,0	

Hem irelerin hasta ve hasta yakınlarına kar ı göstermi oldukları davranı eklinden (ilgi ve nezaket) memnun olup olmamaları ile acil birimden genel memnuniyetleri kar ıla tırıldı nda hem ire davranı ndan memnun olan hastalarda genel memnuniyet oranının da daha yüksek oldu u görülmü tür (p<0,05) (Tablo 5).

Tablo 6. Hem irelerin bilgilendirmesi ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ili ki.

		Acil birimden memnuniyet				
Hem irelerin hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmesi		Memnun olanlar	Kararsız	Memnun olmayanlar	Toplam	Sonuç
Memnun olanlar	S	27	5	0	32	X ² =20,37 P=0,001
	%	84,4	15,6	,0	100,0	
Kararsız	S	31	6	1	38	
	%	81,6	15,8	2,6	100,0	
Memnun olmayanlar	S	4	10	0	1	
	%	28,6	71,4	,0	100,0	
Toplam	S	62	21	1	84	
	%	73,8	25,0	1,2	100,0	

Hem irelerin hasta ve hasta yakınlarına uygulandı oldukları tedavi ve durum hakkında bilgi vermelerinden hasta ve yakınının memnun olup olmaması ile genel memnuniyet düzeyi kıyaslandı ında, istatistiksel olarak anlamlı bir ili ki bulunamamı tır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hem irelere ula abilme kolaylı ı ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ili ki.

		Acil birimden memnuniyet				Sonuç
		Memnun olanlar	Kararsız	Memnun olmayanlar	Toplam	
Hem irelere ula abilme kolaylı ı	Memnun olanlar	56	12	1	69	$X^2=11,99$ $p=0,002$
	S %	81,2	17,4	1,4	100,0	
	Kararsız	6	9	0	15	
	S %	40,0	60,0	0	100,0	
	Toplam	62	21	1	84	
	S %	73,8	25,0	1,2	100,0	

Acil birimde bir sorunla kar ıla ıldı ında hem irelere ula ma kolaylı ından daha memnun olan hastalarda, acil birimden genel memnuniyet oranı daha yüksek olarak bulunmu tur ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Hem irelerin kontrol etme sıklı ı ile acil birimden memnuniyet durumu arasındaki ili ki.

		Acil birimden memnuniyet				Sonuç
Hem irelerin kontrol sıklı ı		Memnun olanlar	Kararsız	Memnun olmayanlar	Toplam	
Memnun olanlar	S	56	8	1	65	X ² =25,30 P=0,001
	%	86,2	12,3	1,5	100,0	
Kararsız	S	6	12	0	18	
	%	33,3	66,7	,0	100,0	
Memnun olmayanlar	S	0	1	0	1	
	%	,0	100,0	,0	100,0	
Toplam	S	62	21	1	84	
	%	73,8	25,0	1,2	100,0	

Hem irelerin hastayı kontrol etme sıklı ından memnun olanlarla olmayanların, acil birimden genel memnuniyetleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı ili ki vardır. Daha memnun olanlarda genel memnuniyet oranları da daha yüksek olarak bulunmu tur ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Hem irelik hizmetlerinden memnuniyet durumuna göre dağılım

Hem irelik hizmetleri	Memnun olanlar		Kararsız		Memnun olmayanlar	
	n	%	n	%	n	%
Hastalara davranış ekli	66	78,6	17	20,2	1	1,2
Hasta yakınlarına davranış ekli	49	58,3	32	38,1	3	3,6
Hastayı bilgilendirme	32	38,1	38	45,2	14	16,7
Hasta yakınını bilgilendirme	30	35,7	39	46,4	15	17,9
Ulaşılabilirlik kolaylığı	69	82,1	15	17,9	0	0,0
Kontrol etme sıklığı	65	77,4	18	21,4	1	1,2
Hem irelerden genel memnuniyet	66	78,6	17	20,2	1	1,2

Acil birimdeki hem irelerin hastalara karşı göstermiş oldukları ilgi ve nezaketten memnuniyetleri soruldu unda, 66'sının (%78,6) memnun, 17'sinin (%20,2) kararsız oldu u ve 1'inin (%1,2) memnun olmadığı, hasta yakınlarına karşı göstermiş oldukları ilgi ve nezaketten memnuniyetleri soruldu unda ise, 49'unu (%58,3) memnun, 32'sinin (38,1) kararsız oldu u, 3'ünün (%3,6) ise memnun olmadığı bulunmu tur.

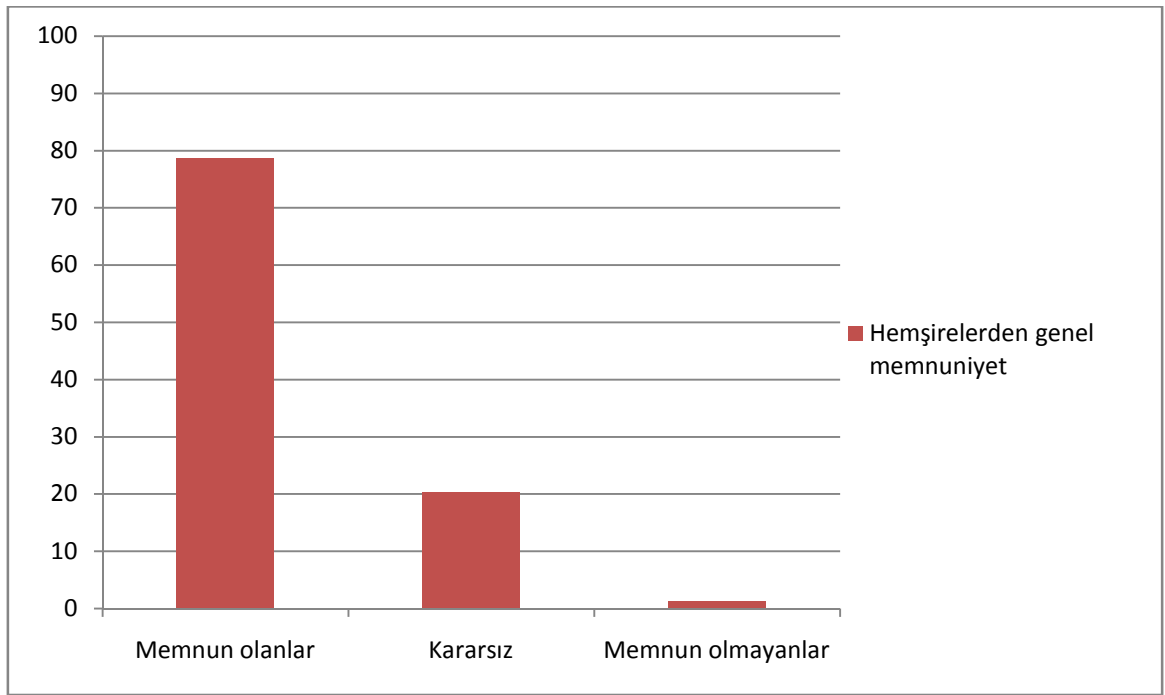
Hastalara acil birimdeki hem irelerin uygulanan tedavi ve durumu hakkında kendilerini bilgilendirmeleri ile ilgili memnuniyetleri soruldu unda, 32'sinin (%38,1) memnun, 38'inin (%45,2) kararsız oldu u, 14'ünün (%16,7) memnun olmadığı, hem irelerin, hasta yakınlarını hastalarına uygulanan tedavi ve durumu hakkında bilgilendirmeleri ile ilgili memnuniyetleri soruldu unda ise, 30'unun (%35,7) memnun, 39'unun (%46,4) kararsız oldu u, 15'inin (%17,9) memnun olmadığı görülmü tür.

Acil birimde hastaların herhangi bir problemle karşılaşmalarında hem irelere ulaşılabilirlik kolaylığı ile ilgili memnuniyetleri de erlendirildi inde ise, 69'unun (82,1) memnun, 15'inin (%17,9) kararsız oldu u görülmü tür.

Acil birimdeki hem irelerin hastaları kontrol etme sıklı ı ile ilgili memnuniyet de erlendirildi inde, 65'inin (%77,4) memnun, 18'inin (%21,4) kararsız oldu u 1'inin (%1,2) memnun olmadı ı bulunmu tur.

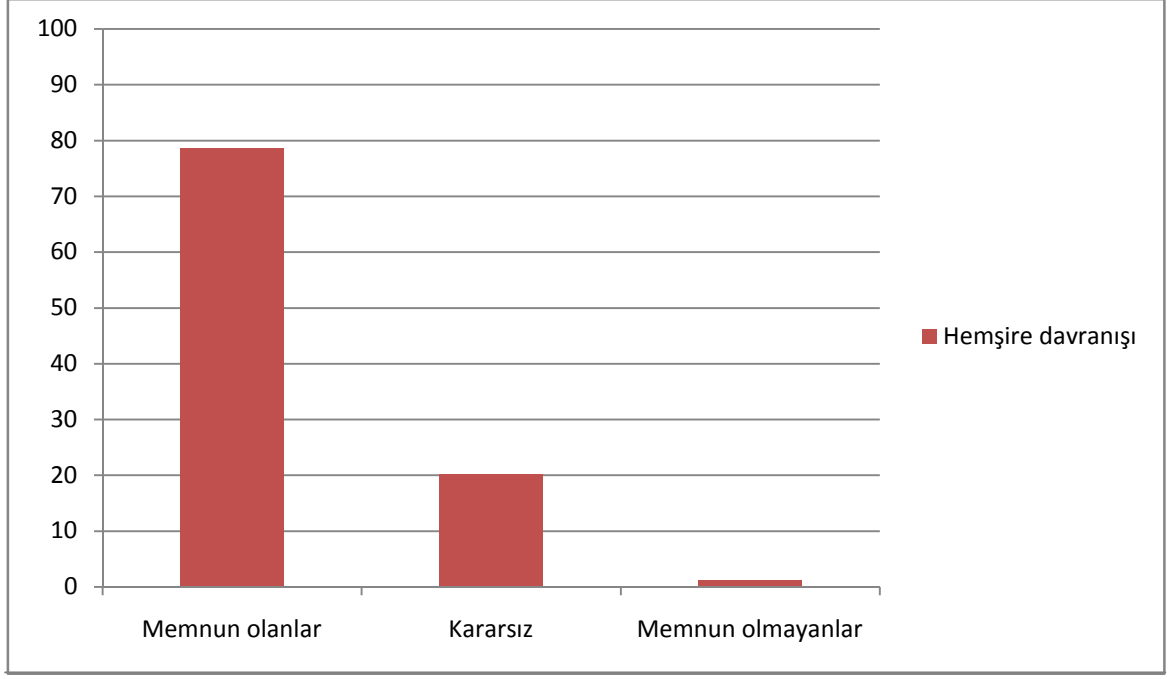
Hastalara acil birimde sunulan hem irelik hizmetlerinden genel olarak memnuniyetleri soruldu unda, 66'sının (%78,6) memnun, 17'sinin (%20,2) kararsız, 1'unun (%1,2) memnun olmadı ı görülmü tür.

Hem irelerden genel memnuniyetleri de erlendirildi inde, 66'sının (%78,6) memnun, 17'sinin (%20,2) kararsız oldu u ve 1'inin (%1,2) memnun olmadı ı saptanmı tır (Grafik 1).

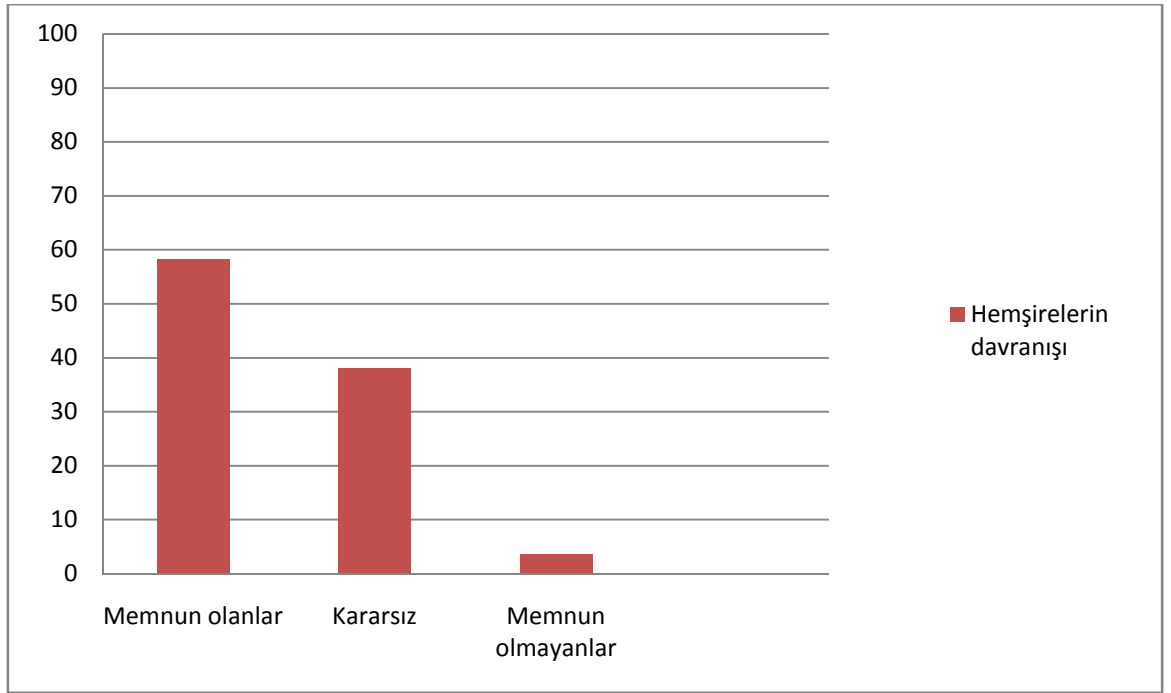


Grafik 1. Hem irelerden genel memnuniyet yüzdeleri.

Hastalara acil birimdeki hem irelerin hastalara kar ı göstermi oldukları ilgi ve nezaketten memnuniyetleri soruldu unda, 66'sının (%78,6) memnun, 17'sinin (%20,2) kararsız oldu u ve 1'inin (%1,2) memnun olmadı ı, yakınlarına kar ı göstermi oldukları ilgi ve nezaketten memnuniyetleri soruldu unda ise, 49'unu (%58,3) memnun, 32'sinin (38,1) kararsız oldu u, 3'ünün (%3,6) ise memnun olmadı ı bulunmu tur (Grafik 2-3).



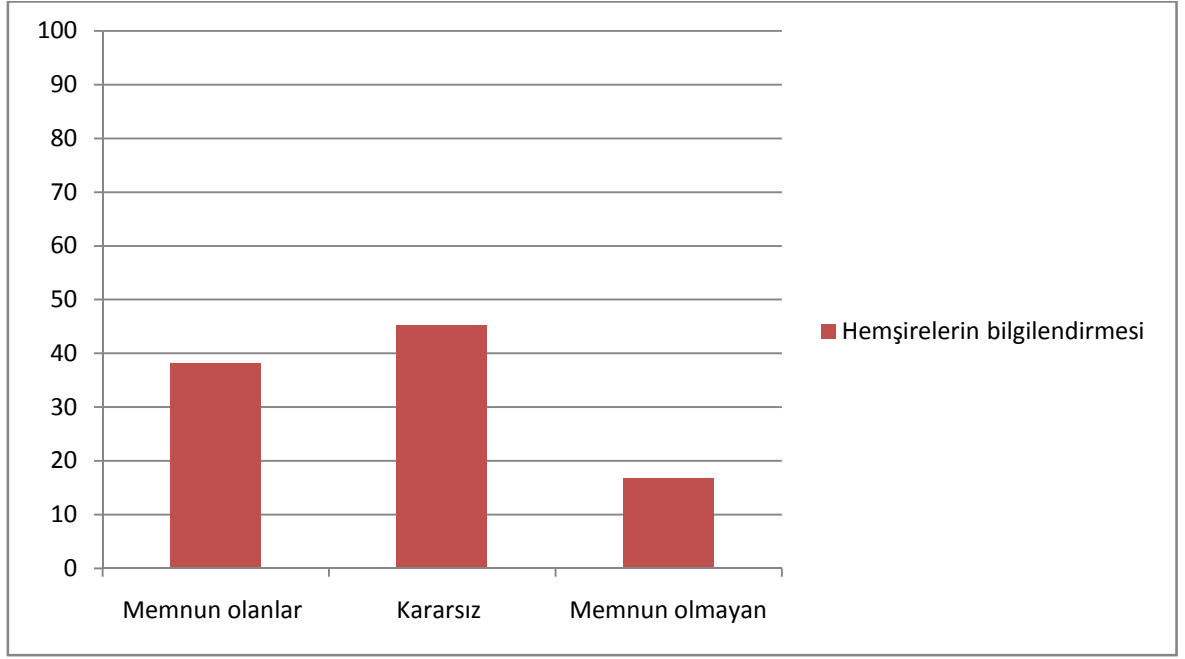
Grafik 2. Hemşirelerin hastalara davranışlarından memnuniyet yüzdeleri.



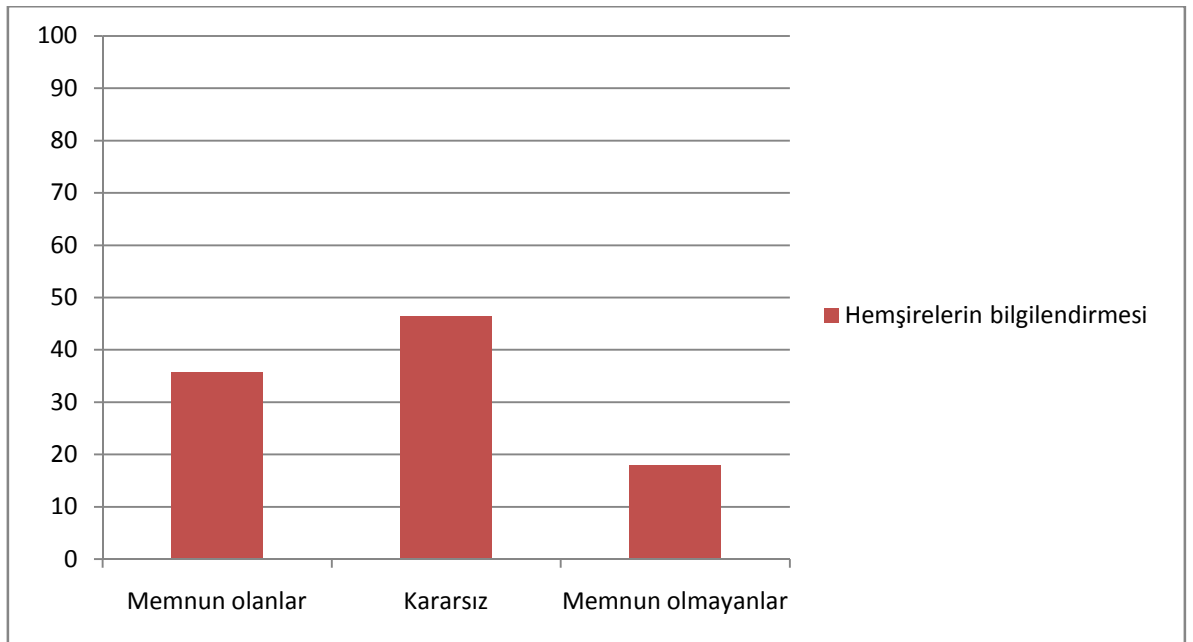
Grafik 3. Hemşirelerin hasta yakınlarına davranışlarından memnuniyet yüzdeleri.

Hastalara acil birimdeki hemşirelerin uygulanan tedavi ve durumu hakkında hastaları bilgilendirmeleri ile ilgili memnuniyetleri sorulduğunda, 32'sinin (%38,1) memnun, 38'inin (%45,2) kararsız olduğu, 14'ünün (%16,7) memnun olmadığı,

hemşirelerin, yakınlarını hastalarına uygulanan tedavi ve durumu hakkında bilgilendirmeleri ile ilgili memnuniyetleri soruldu. 30'unun (%35,7) memnun, 39'unun (%46,4) kararsız oldu u, 15'inin (%17,9) memnun olmadığı görülmü tür (Grafik 4-5).

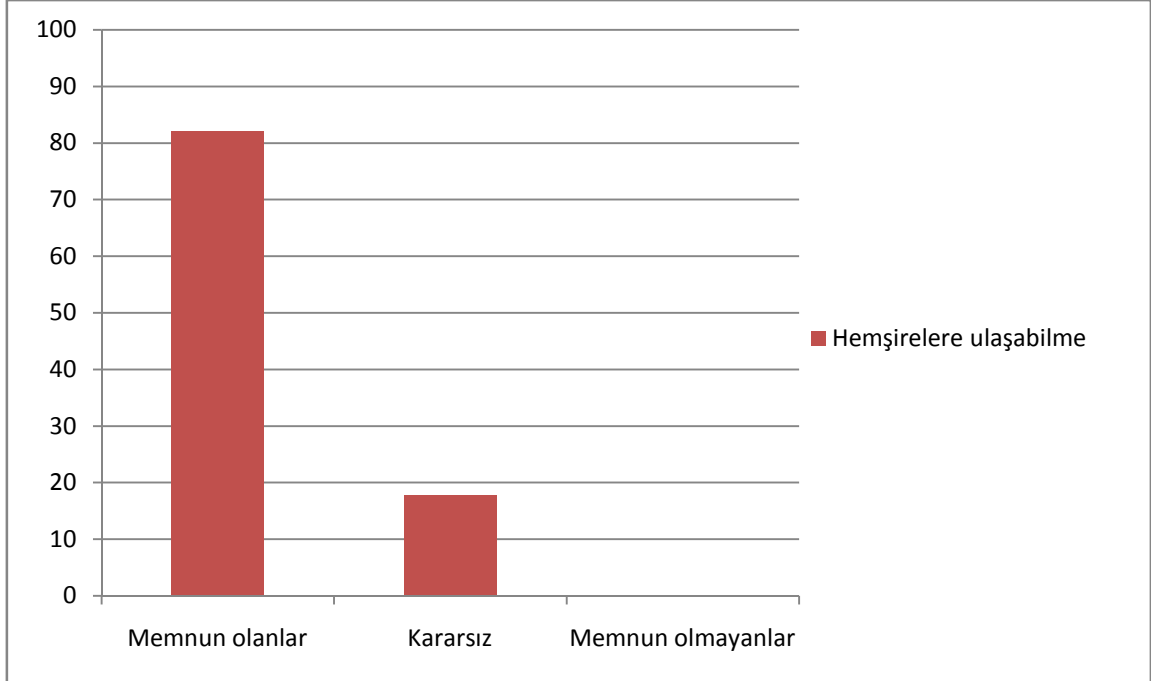


Grafik 4. Hemşirelerin hastaları bilgilendirmelerinden memnuniyet yüzdeleri.



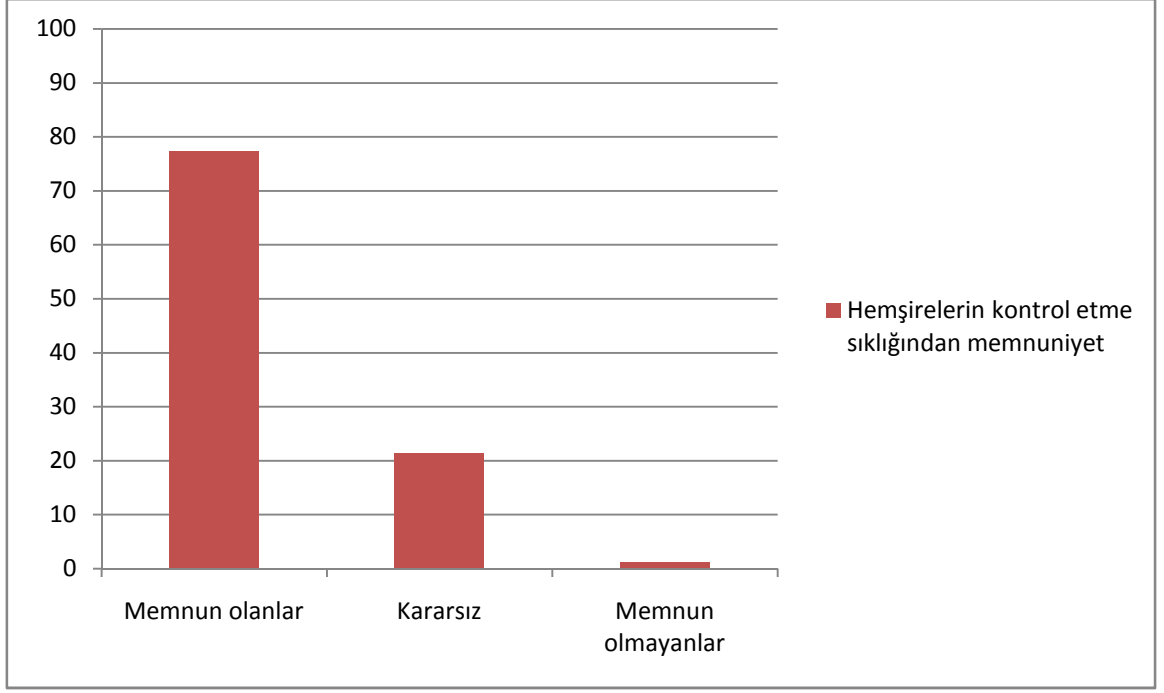
Grafik 5. Hemşirelerin hasta yakınlarını bilgilendirmelerinden memnuniyet yüzdeleri.

Acil birimde bir problemle karşılaştıklarında hastaların hemirelere ulaşabilme kolaylığı ile ilgili memnuniyetleri de değerlendirildiğinde ise, 69'unun (82,1) memnun, 15'inin (%17,9) kararsız olduğu görülmüştür (Grafik 6).



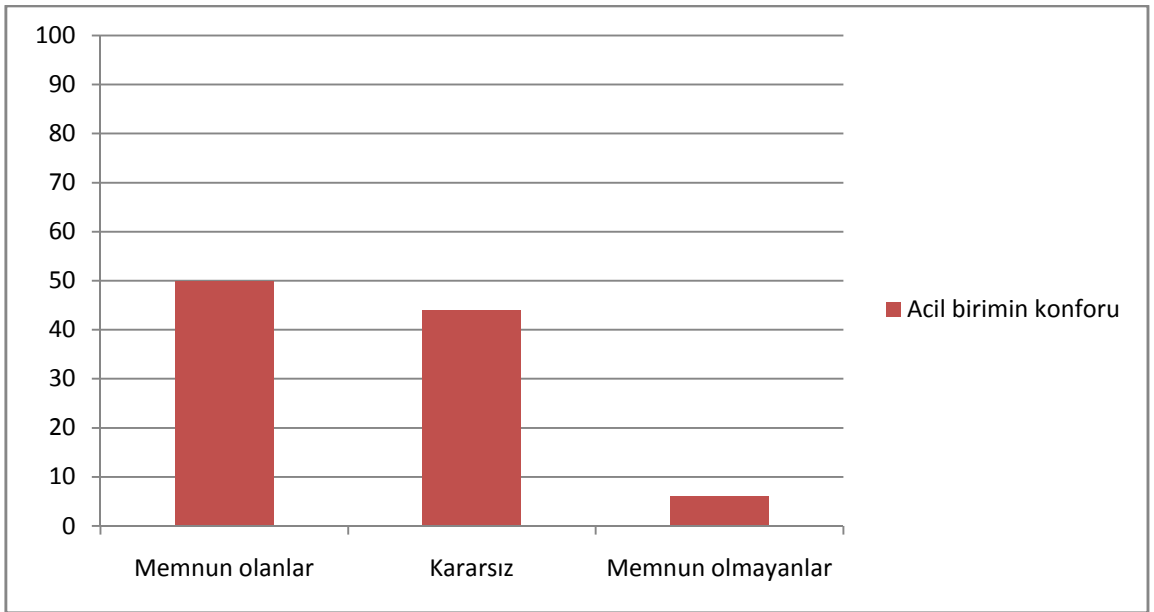
Grafik 6. Hemirelere ulaşabilme kolaylığından memnuniyet yüzdeleri.

Acil birimdeki hemirelerin hastaları kontrol etme sıklığı ile ilgili memnuniyet de değerlendirildiğinde ise, 65'inin (%77,4) memnun, 18'inin (%21,4) kararsız olduğu ve 1'inin (%1,2) memnun olmadığı bulunmuştur (Grafik 7).



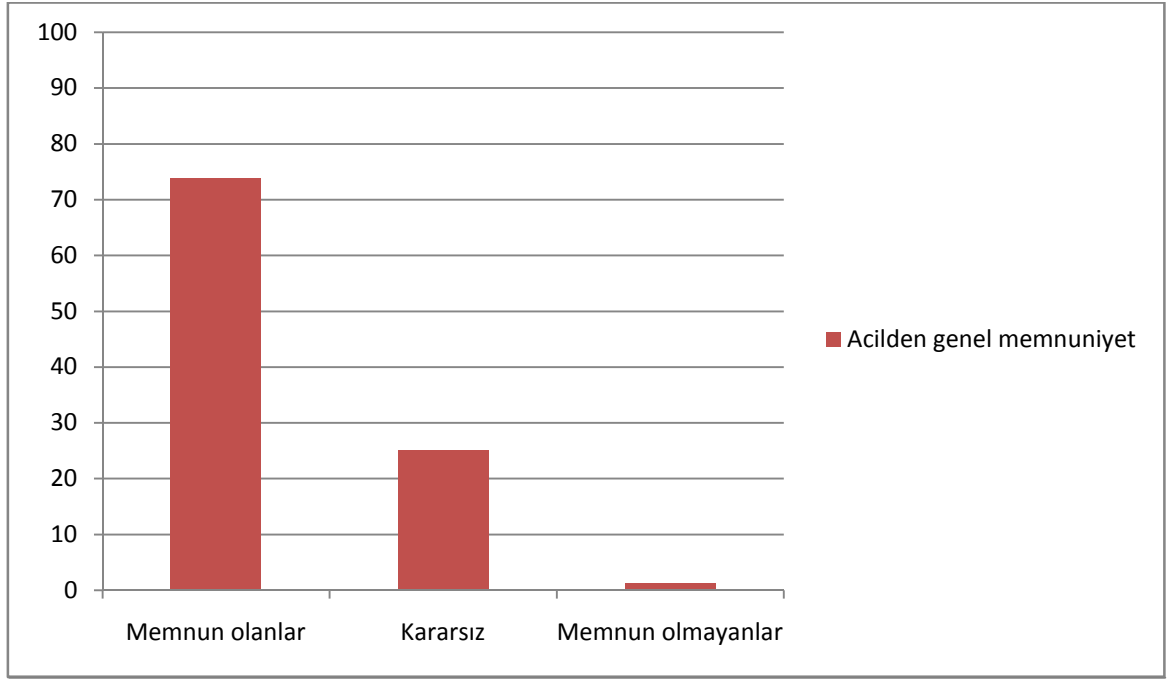
Grafik 7. Hemşirelerin hastayı kontrol etme sıklığından memnuniyet yüzdeleri.

Acil birimin konforu ile ilgili memnuniyet de erlendirildi inde, 42’sinin (%50,0) memnun, 37’sinin (%44,0) kararsız oldu u, 5’inin (%6,0) memnun olmadı ı görülmü tür (Grafik 8).



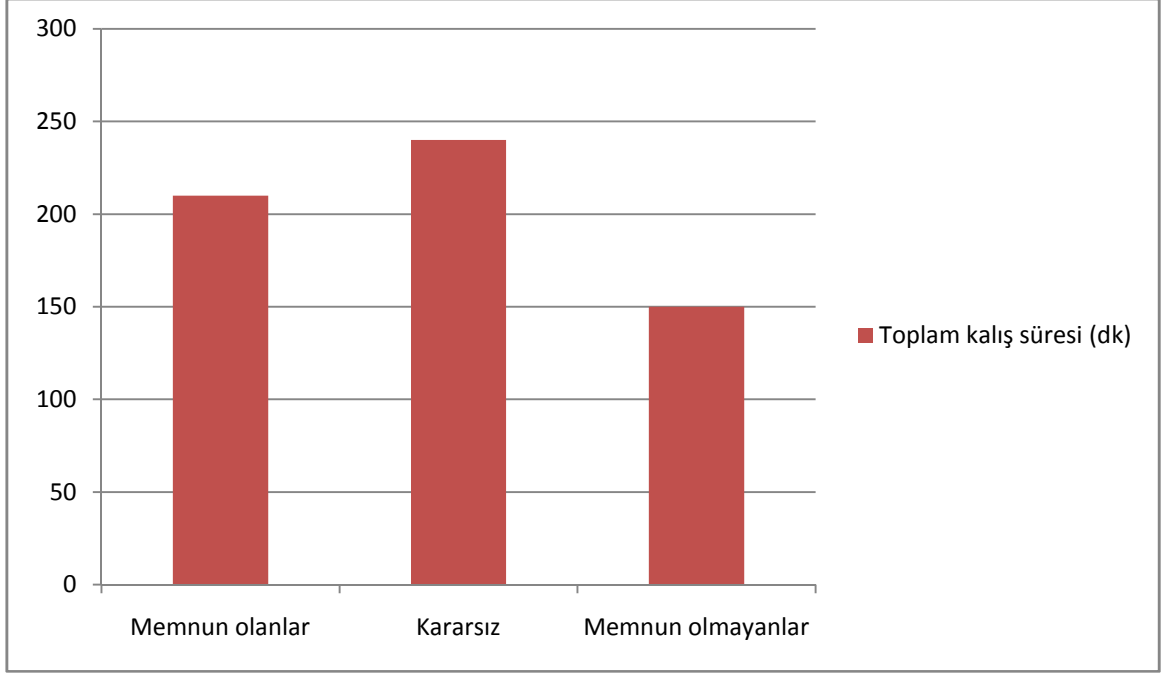
Grafik 8. Acil birimin konforundan memnuniyet yüzdeleri.

Hastaların acil birimden genel olarak memnuniyetleri de erlendirildi inde ise, 62'sinin (%73,8) memnun, 21'inin (%25,0) kararsız oldu u, 1'inin (%1,2) memnun olmadı ı görülmü tür (Grafik 9).



Grafik 9. Acil birimden genel memnuniyet.

Acil biriminde toplam kalı süresi uzun olanlarla kısa olanların genel memnuniyet oranları kar ıla tırıldı ında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamı tır ($p>0.05$) (Grafik 10).



Grafik 10. Acilde toplam kalı süresi ile genel memnuniyet ili kisi.

5. TARTI MA

Acil terim olarak, fiziksel, ruhsal sa lı ı bozulan ve ya amsal tehlikeye e ilimli olan hasta ve ailesinin gereksinim duydu u tıbbi bakımın anında verilmesi anlamını ta ımaktadır. levleri ve bütünlü ü, ya amı tehlikeye sokacak ekilde bozan etkilere kar ı, vücudun geli tirdi i yanıtların yetersiz kaldı ı durumlar acil tıbbi bakım giri imi gerektirmektedir (Kaya, 2006; Ku uo lu, 2004). Acil tıbbi bakım hizmeti, sa lık ve ilaçlar hakkında geni bilgiye sahip personel tarafından planlanmamı herhangi bir tıbbi durumun de erlendirilmesi ve tedavi edilmesi için verilen sa lık hizmetidir (ACEP, 2009).

Acil servisler hastanelerin halka açılan kapılarıdır. Ba vuran hastaların ço unda hızlı, do ru ve kesintisiz hizmet sunma zorunlulu u, acil servislerin fiziksel yapı ve personel gücü bakımından di er tıp alanlarından farklı olmasını gerektirmektedir. Kaliteli bir acil tıp hizmeti için fiziki artları iyi bina, tıbbi donanım, kalifiye insan gücü yanında o bölgede acil servise ba vuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir. Ancak bu ekilde hasta bakım kalitesinde ve çalı anların memnuniyetinde artı sa lanabilir. Hasta memnuniyeti acil birimlerde, bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Özellikle son yıllarda sa lık hizmetini sunanlar ve alıcıları arasında, sa lık kalitesinin ölçümü ve hasta memnuniyeti giderek yaygınla maktadır (Soufi, 2010; Kılıçaslan ve ark.2005).

Hastaların ihtiyaç ve isteklerine saygı, sa lık bakım sisteminin merkezidir. Son on yılda, hastaların sa lık bakımı algıları hakkında a ırlıklı olarak sa lık hizmetlerinin kalitesini ve performansını iyile tirmeye önem verilmi tir. Çünkü hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi ayrılmaz bir bütün haline gelmi tir (Soufi, 2010).

Çalı mamıza Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine, Ocak-Temmuz 2011 tarihleri arasında ba vuran 18 ya üstü, acil dahili hastalı ı bulunan, ileti im sorunu olmayan, acil nakil ve ameliyat ihtiyacı olmayan, çalı maya katılmayı kabul eden 84 hasta alındı. Çalı maya alınan 84 hastaya, ara tırmacı tarafından önceden hazırlanmı anket formları dolduruldu.

Tez çalı mamızda, hastanın sosyo-demografik özellikleri (hastanın ya ı, cinsiyeti, sosyal güvencesi vb.) ve acil birime ba vurma deneyimleri (geli ekli, acil servisteki durumu, ba vuru sırasında kar ıla tı ı güçlükler vb.) ile birlikte ayrıca, hastanın acil serviste kaldı ı sürede verilen hem irelik hizmetlerinin ve hastaya sa lanan ko ulların (hem irelerin hasta ve hasta yakınlarına davranı larının, hastanın

doktor, yatı , laboratuvar ve röntgen tetkikleri için bekleme zamanının, hastanın acil serviste toplam bekleme zamanının) hasta memnuniyeti üzerine etkileri incelendi.

Çalı mamızda hastaların acil birimden genel memnuniyet oranı (%73,8) olarak bulunmu tur. To un' un Gaziantep Üniversitesi acil biriminde yaptı ı çalı mada bu oran (%70,2), Kanada'da yapılan bir çalı mada acil servise ba vuran hastaların memnuniyet düzeyi %80,7 olarak tespit edilmi ve memnuniyeti azaltan en önemli nedenin ise bekleme sürelerinin uzunlu u oldu u vurgulanmı tur (To un, 2007; Howard, 2007).

Literatürde acil bakım ünitesinden memnuniyetsizli in/memnuniyetin acilde bekleme süresi, hastanın hekim ve hem ire becerilerini algılayı ı, tedavi sonuçları ve bina özellikleri ile ili kili oldu u belirtilmektedir (Bulut, 2006; Gülmez, 2005).

Kell' ye göre acilde memnuniyetle ilgili en önemli de i ken; muayene öncesi bekleme süresi, hem ire bakımı, doktor alakası, çalı anların nasıl organize oldu u, hem ireler ve doktorlar tarafından sa lanan spesifik medikal bilgilerdir (Kelly, 2000).

Çalı mamızda acil birimden genel memnuniyet oranı, literatürdeki di er çalı malarla kar ıla tırıldı nda, To un'un 2007'de yaptı ı çalı ma sonuçları ile paralellik gösterirken, Howard'ın 2007'de yaptı ı çalı maya göre memnuniyet oranının daha dü ük oldu u görülmektedir. Bunun sebebi ise, çalı mamıza dahil etti imiz hastaların, acil birimle ilgili olumsuz deneyimlere sahip olmalarından veya gerçek bekleme süresi ile algılanan bekleme süresinden kaynaklı sorunlardan olabilir.

Acil birimde hasta memnuniyeti, özellikle doktor ve hem ire olmak üzere acil birim çalı anlarının niteli ine de ba lıdır. Acil birim çalı anlarının niteli ini tek bir özelli e dayandırmak mümkün de ildir. Hasta gözüyle çalı anların davranı ı, ileti im becerisi, giyimi, konu ması, hastaya gösterilen ilgi, saygı ve buna benzer bireysel özellikleri çalı anların niteli inin alt birimini olu turur (Topaço lu, 2002).

Karagün 'ün yaptı ı çalı mada hem ire davranı ının hastaların genel memnuniyeti üzerine etkili bir etmen oldu unu saptamı tur (Karagün, 2006). Ayrıca hastaların acile ba vurdu u andan itibaren bilgi alabilecekleri en do ru ki inin hem ireler oldu u belirtilmektedir (Bulut, 2006).

19 Nisan 2011 tarihinde yayımlanan hem irelik yönetmeli i incelendi inde, acil hem irelerinin geli mi rol ve i levlerinden daha çok yardımcı ve destekleyici rol ve i levlerine de inildi i söylenebilir. Acil hem irelerinin önemli i levleri arasında, en verimli hasta bakımını sa layarak acil birimlerde hasta akı nı yönetmek, tedavi

direktifi verilen müdahalelerin uygunluğunu kontrol ederek hastaların güvenli ini sağlamak, kaliteli bir acil bakımı için hasta e itimi, duygusal destek ve çevresel güvenli i gibi konulara yönelmek, hastayla ilgili tüm tedavi direktiflerinin beklenen ve zararlı etkilerini takip etmek, hastayla ilgili direktif edilen tüm bakımın önceliğini ve koordinasyonunu sağlamak şeklinde sıralanabilir (Castner, 2008).

Çalışmamızda ise, acil birime başvuran hasta bireylere uygulanan bakım ve tedavi edici rollerin hem süreklilik uygulamalardan, ya da bulgularının değerlendirilmesi 84 (%100) hastaya, anamnez alma 84 (%100) hastaya, acil müdahaleye hazırlama 75 (%89,3) hastaya, ilaç uygulaması 61 (%72,6) hastaya, kan alma 26 (%31,0) hastaya, kan ve sıvı infüzyonu 67 (%79,8) hastaya, üriner kateter uygulaması 32 (%38) hastaya, oksijen uygulaması 71 (%84,5) hastaya, ekg çekilmesi 3 (%3,6) hastaya, kişisel temizliğin yardımcı olma 24 (%28,6) hastaya, yapılan işlemler sırasında asepti/antiseptiye dikkat etme 58 (%69,0) hastaya, rahat ve güvenli ortam sağlamak 40 (%47,6) hastaya, diğer birimlere güvenli bir şekilde sevki sağlamak 66 (%78,6) hastaya, doktor muayenesi için hazırlanmaya yardımcı olma 33 (%39,3) hastaya acil birimde verilen hem süreklilik hizmetlerinden bazılarıdır.

Çalışmamızda acil birimde verilen diğer hem süreklilik hizmetlerinden, ilaç uygulamaları hakkında bilgi verilmesi 21 (%25,0) hastaya, yapılan tetkikler konusunda bilgi verilmesi 50 (%59,5) hastaya, beslenme hakkında bilgi 26 (%31,0) hastaya, hasta yakınlarını hastası ve uygulamalar hakkında bilgilendirme 49 (%58,3) hastaya verilen hizmetlerdendir.

Çalışmamızda acil birimde mahremiyete dikkat edilmesi 78 (%92,9) hastaya, hastanın kendisini ifade etmesini sağlamak 75 (%89,3) hastaya, masaj uygulaması 1 (%1,2) hastaya verilen hem süreklilik hizmetlerinden olup, hiçbir hastaya ise üzülmeye yanında olma, ağrıdadı ında elini tutma, dokunma gibi hizmetler verilmemiştir.

Al ve Önsüz'ün yaptığı çalışmalarda, hem sürekliliklerin ya da bulgularının değerlendirme oranı (%100), acil müdahaleye hazırlama oranı (%78,6), ilaç uygulaması oranı (%100), kan alma oranı (%74,3), kan ve sıvı infüzyonu oranı (%90,0), üriner kateter uygulaması oranı (%47,1), ekg çekilme oranı (%64,3), kişisel temizliğin yardımcı olma oranı (%90,0), yapılan işlemler sırasında asepti/antiseptiye dikkat etme oranı (%100,0), diğer birimlere güvenli bir şekilde sevki sağlamak oranı (%74,3), yapılan uygulamalar hakkında hasta ve ailesini bilgilendirme oranı yüksek olarak bulunmuştur (Al, 2009; Önsüz, 2008).

Acil servis hem ireleri, kritik hastalıkların yönetiminde ve tanımlanmasında önemli bir rol oynar. McCarthy' in yaptığı 1 çalı mada, hem irelerin yardımcı rollerinden hasta bakımını planlama önemli bir hem irelik hizmeti olarak belirtilmiştir. Ayrıca en sık yapılan hem irelik hizmeti, bakım önceliklerini belirleme, daha az sıklıkla gerçekleştirilen hem irelik hizmeti ise, bakımı yönetme ve tedavi ve müdahaleleri izleme olarak belirtilmiştir (McCarthy, 2013).

Literatürde acil servislerde verilen hem irelik hizmetlerinin tanımlanması ile ilgili çok çalı maya rastlanamamakla birlikte, elde etti imiz sonuçlar Al ve Önsüz'ün çalı maları ile kıyaslandığında, acil müdahaleye hazırlama, anamnez alma, ya am bulgularını değerlendirme gibi uygulamalar her iki çalı mada da yüksek oranlarda, kişisel temizli e yardımcı olma, doktor muayenesine hazırlama ve rahat ve güvenli ortam sağlama, gibi görevlerini yerine getirme oranının daha düşük oranlar da olduğu görülmüştür. Bunun nedenin çalı mamızda hem irelerin, 'yo unuz i yükümüz çok/vakit yok', 'her hastanın yanında zaten yakını var' gibi gerekçelerle bu hizmetleri yapmadıkları görülmektedir. Ancak bu hizmetler, hem irelik tanısı koymaya yardımcı olacak bilgileri toplamaları ve buna göre bakım planı yapmaları için gereklidir.

Bizim çalı mamızda, hastaya ilaç uygulaması hakkında bilgi verilmesi ve ailenin bilgilendirilmesi oranlarının, yine Al ve Önsüz'ün çalı malarına oranla düşük olmasının nedeni, hem irelerin, acil birime başvuran hasta ve ailelerinin endişelerini gidermeye yönelik açıklamalarda bulunma (bilgilendirme) görevini daha çok doktorlarla birlikte yaptığı ndan dolayı olduğunu düşünmekteyiz.

Thompson ve arkadaşlarının yaptığı 1 çalı mada, acil serviste kendilerine yapılan test ve izlemler hakkında net bir şekilde bilgi verilen hastaların daha memnun olduklarını, hastaneye yatır ı yapılan hastaların, yatır ı nedenlerinin açıklanması ve hastaneden taburcu edilen hastaların izlemleri konusunda bilgilendirilmelerinin hastaları daha memnun etti ini tespit etmişlerdir (Thompson, 2005).

Ayrıca çalı mamızda, hem irelerin ekg çekme ve üriner katater uygulama oranının, literatürdeki çalı malardan düşük olmasının nedeni ise, çalı mamız üniversite hastanesinde yapıldığı için bu uygulamaların intörn doktorlar tarafından gerçekleştiriliyor olmasındandır.

Çalı mamızda, acil birime başvuran hastalarda mahremiyete özen gösterme oranı (%92,9) olarak bulunmuştur. Tokyay ve ark. çalı masında, acil çalı anlarının güvenilir olması, hastanın sırlarını tutması, yalan söylememesi, hasta sırlarının ancak kişisel ve kurulların ciddi zararlar görebileceği durumlarda ya da yasal zorunluluk

hallerinde açıklanabileceği, tıbbi gereklerden ötürü çıplak olan (örneğin travma hastaları, akıl hastaları vb) hastasını muayene ve tedavi ederken insan onuruna ve mahremiyetine dikkat etmesi ve rektal tuşe, vaginal tuşe gibi muayenelerini mutlaka kapalı bir mekanda ve hemireli inde yapılması gerektiğinin daha uygun olacağını belirtmektedirler (Tokyay ve ark. 2001). Çünkü, endüstriyel hak olarak tüm insanlar her durumda mahremiyetine özen gösterilmesini isterler.

Ayrıca çalışmamızdan elde edilen sonuçlara bakıldığında, hastaların kendilerini ifade etmelerini sağlamak amacıyla (%89,3) olarak bulunmasına rağmen, hastaya psikolojik destek olma rahatlamalarını sağlamak anlamında yapılan hemirelik uygulamalarından masaj yapma oranı (%1,2), üzülmüş yanındakı olma, elini tutma, dokunma gibi uygulamaların oranı ise (%0,0) olarak bulunmuştur. Babadağlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastayla sessizliği paylaşmak, hastada olumlu pekileştirici kullanmak, konuşma olanağı vermek, duygularını anlamını ifade etmek gibi teröpatik iletişim tekniklerinin hastayla iletişimde önemli olduğu belirtilmiştir (Babadağlı ve ark 2005). Hemireli, hasta birey ile yapıcı, etkin bir etkileşim içerisine girerek, bireyin bireyselliğine, eşitliğine ve değerliliğine önem vermeli, bireyi bütüncül olarak ele almalı ve uygulamalarını bu doğrultuda gerçekleştirmelidir. Hemireli hasta birey ile etkileşim içerisine girerken, etkileşimi etkileyebilecek faktörlerin farkında olmalıdır. Bununla birlikte hemireli, hasta birey ile geliştirdiği bakım ilişkisinde iletişim tekniklerini doğru bir şekilde uygulamalı; saygı, güven, birliktelik oluşturma gibi unsurlara özen göstermeli ve etik davranış sergilemelidir (Yalçın ve Astı, 2011).

Hasta memnuniyetinin temelini büyük ölçüde hasta-hemireli birlikteliği oluşturur (Babacan ve ark.2003; Kögeroğlu ve ark. 2005). Çünkü 24 saat kesintisiz hizmet veren hemireli personel çalışmalarına göre daha çok hastanın yanındakı olan, bireyin sağlıklı yaşamı sürdürme ve rehabilitasyonunda önemli sorumlulukları bulunan sağlık ekibi üyeleridir (Birol 2004; Demir ve Efler 2005). Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada, hastaların acil serviste görevli hemirelerin tıbbi bakım tecrübesinden ve davranışlarından memnuniyet düzeylerinin yüksek (%91 ve %90.2) olduğunu ve hemire davranışının, tıbbi bakım ve tecrübesinin genel memnuniyet üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır (Gültekin ve ark. 2012).

Acil servisteki hemirelik hizmetlerine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, acil servis hastaları, hemirelerden iyi bir bakım almanın yanı sıra özellikle, tanı-tedavi-bakım, sağlık ve ilkyardım konularında bilgi alma, taburcu olurken sözel ve yazılı danışmanlık alma ve ihtiyacı olduğunda arayabileceği konusunda yapılan

bilgilendirmeden daha fazla memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Çünkü memnuniyet bir bilimsel değerlendirme olup, işlem ve hizmetler sonucu oluşan duygusal bir tepkidir. Ayrıca acil birimden memnun kalındığında, bir sonraki başvuruda yine aynı sağlık hizmeti veren kurumun seçiminde önemli bir belirleyici olacaktır (Soleimanpour, 2011).

Çalışmamızda hastaların acil birimindeki hemirelerden memnuniyet oranları değerlendirildiğinde; hemirelerin hastalara karşı olan ilgi ve nezaketinden hoşnutluk oranı (%78,6), hasta yakınlarına karşı olan ilgi ve nezaketinden hoşnutluk oranı (%58,3), hemirelerin hastalara uygulanan tedavi ve durumları hakkında hastaları bilgilendirmelerinden hoşnutluk oranı (%38,1), hasta yakınlarını bilgilendirmelerinden hoşnutluk oranı (%35,7), hastaların ilk muayeneden sonra herhangi bir durum için hemirelere ulaşılabilirlikten hoşnutluk oranı (%82,1), hastaların hemirelerin kendilerini kontrol etme sıklığından hoşnutluk oranı (%77,4), acil birimindeki hemirelerden genel hoşnutluk oranı, (%78,6) olarak bulunmuştur.

Bulut, hastaya acile başvurduğundan taburcu olduğuna kadar bilgi verecek en uygun kişinin hemire olduğunu, ayrıca hasta ve ailesine taburcu olurken bilgi vermenin, hastanın kendini daha güvenli hissetmesini, önerilen tedavi ve bakımı doğru şekilde uygulamasını, sağlık hizmetlerini uygun kullanmasını ve aldığı hizmetten memnun kalmasını sağlamasını belirtmiştir. Ayrıca acil birimdeki hemirelik bakımına ilişkin yapılan birçok çalışmada hastaların tedavi ve bakımları hakkında hemirelerden bilgi almaktan memnun kaldıkları belirtilmektedir (Bulut, 2006).

Boudreaux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemirelerin hastaya gösterdiği ilgi ve nezaketten hoşnutluk oranı (%70,6), hemirelerin hastayı durumu ve tedavisi ile ilgili bilgilendirmesinden hoşnutluk oranı (%67,9) ve hemirelerin hastaları kontrol etme sıklığından hoşnutluk oranı (%58,8) olarak saptanmıştır (Boudreaux, 2003).

Çalışmamızda genel olarak, oranlara bakıldığında hemirelerden memnuniyet oranlarının düşük olduğu görülmektedir.

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, bölgedeki en donanımlı hastane olması nedeniyle sevk zincirinin en son halkası olması özelliğindedir ve bu bundan dolayıdır ki acile başvuran hasta sayısı fazladır. Acil birimdeki hemire sayısındaki yetersizlik, oluşan hasta yoğunluğu nedeniyle her hasta için ayrılan zaman kısıtlı olabilmektedir. Ancak sağlık bakımında ekip çalışmasının ne düzeyde önemli olduğu bilinmemektedir. Sağlık bakım hizmetinin verilmesinde zamanla yarılan acil bakım ünitelerinde bölümü ve ekip çalışması olmasa, acil bakım ünitelerinde acil tıbbi yardım bekleyen hasta/hastalar zamanında ve etkili bakım alamayabilir, yaraları

tehlikeye girebilir, ayrıca da bu durum hasta/ailesinin acil hizmetlerden memnuniyetsizliğine de neden olabilecektir.

Acil servisteki hemirelik hizmetlerine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, acil servis hastaları, hemirelerden iyi bir bakım almanın yanı sıra özellikle, tanı, tedavi, bakım, sağlık ve ilkyardım konularında bilgi aldıkları zaman daha çok memnun oldukları tespit edilmiştir (Brown, 2005).

Bulut'un yaptığı ara tırma sonucunda, hasta ve yakınlarının acil birimde yapılan işlemler, hastalık, tedavileri ve bakımları konusunda bilgilendirilmelerinin memnuniyet düzeyini artırdığı, ayrıca acil üniteden taburcu edilen hastalara hastalık, tedavi ve bakımlarına ilişkin kılavuz elinde bilgi verildiğinde memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir ve telefonla takip edilmelerinin gerekli olduğu görülmüştür (Bulut, 2006).

Acil ünitelerde hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi için öncelikle, sağlık profesyonelleri arasında eğitim becerilerinin geliştirilmesi, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim engellerinin azaltılması, acil bakım ünitelerinde hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi için uygun ortamların sağlanması ve hastaneler tarafından bu girişimlerin desteklenmesinin önemli olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Bulut, 2006; Veronesi, 2005).

Çalışmamızda, herhangi bir durumda hemirelere ulaşılabilirliğin ve hemirelerin kontrol etme sıklıklarının da hastaların genel memnuniyeti üzerine anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Hastaların, hemirelere kolay ulaşabilmeleri, şikayetlerini iletebilme, hastalıkları ve tedavisi hakkında geniş bilgi alabilme imkanı sağlarken, kontrol etme sıklığı ise hastanın durumundaki herhangi bir değişikliği tespit etmeleri, rahatını sağlamaları ve sorularını cevaplamaları nedeniyle hasta memnuniyetini üzerine olumlu etkisi olduğu çalışmamızla da desteklenmektedir.

Çalışmamızda hastaların acil biriminin konforundan (genel görünüm, temizlik, teknik donanım gibi) hoşnutluk oranı (%50,0) olarak bulunmuştur. Önsüz'ün İstanbul'da bir tıp fakültesi acil biriminde yaptığı çalışmasında, hastaların genel görünüm ve temizlikten memnuniyetleri oranı, (%17,8), Topaço lu'nun yaptığı çalışmasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi acil biriminde hastaların acil biriminin teknik donanımından hoşnutluk oranı (%96,5), temizlik durumundan memnuniyet oranı ise (%94,6) olarak saptanmıştır (Önsüz, 2008; Topaço lu, 2002). Bu sonuçlarla karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızdaki memnuniyet oranının Önsüz'ün çalışmasındaki orandan daha yüksek, Topaço lu'nun çalışmasına göre de daha düşük olduğu görülmektedir. Hastalar bakım hizmeti aldıkları ortamda konfor ve rahatlık

ararlar. Acil birimleri hastanelerin ön kapısı olarak bilinirler, bu da acil birimlerin hastanenin onayladı ı biçimde yenilenmeyi sa lamalarını gerektirmektedir. Ayrıca hastanın acil birimi ilk ziyaret etti inde edindi i izlenim; gelecekte tekrar gelmesinde ve gelecekteki davranı larını belirlemesinde etkilidir (Soufi, 2011).

Dölek ve arkadaşlarının yaptığı ı çalı mada muayene ve bekleme ortamının temizli i gibi çevresel etmenlerin hasta ho nutlu u üzerine önemli bir etkisi olu unu saptamı lardır (Dölek ve ark. 2005). Topaço lu'nun yaptığı ı çalı mada ise hastanenin teknik donanım ve temizli inin genel ho nutluk üzerine olumlu etki gösterdi ini bulmu tur (Topaço lu, 2002). Bizim çalı mamızda da acil konforu (teknik donanım, genel görünüm, temizlik) ile genel ho nutluk arasında anlamlı ili ki saptanmı tur.

Çalı mamızda hastaların hasta ayrımı yapıldıktan sonra, %98,8 hasta ilk 10 dakika içerisinde acil hekimi tarafından muayene edilmi tir. Hastaların doktor muayenesi için bekleme süresi, 0-15 dakika arasında ortalama $2,85 \pm 3,74$ dakikadır. Topaço lu'nun Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi acil biriminde yaptığı ı tez çalı masında, hastaların %60,2'si ilk 10 dakika içerisinde muayene edilirken, doktor muayenesi için bekleme süresi 0-60 dakika arasında bulunmu tur (Topaço lu, 2002).

Lambe ve arkadaşlarının yaptığı ı çalı mada, California eyaletindeki acil birimlerinde hastaların doktor muayenesi için bekleme süresi ortalama 56 dakika olarak bulunmu ve hastaların %42 'sinin ise doktor muayenesi için 1 saatten fazla bekledi i görülmü tür (Lambe, 2003). Boudreaux ve arkadaşlarının yaptığı ı bir çalı mada hastaların doktor muayenesi için bekleme süresi ortalama 21 dakika, (Boudreaux, 2004). Patel ve arkadaşlarının yaptığı ı çalı mada ise ortalama $71,3 \pm 7,0$ dakika olarak bulunmu tur ve bu çalı mada hastaların %56,3'ü 1 saat içinde muayene edilirken, %17,8'i ise doktor muayenesi için 3 saatten fazla beklemi lerdir (Patel, Vinson, 2005).

Yapılan farklı çalı malarda hastaların ortalama bekleme sürelerinin 2.1 saat ve 3.5 saat oldu u tespit edilmi ve 5 saatten fazla bekleme oranı %14 olarak saptanmı tur (Gülen, 2004). Bir çalı mada bekleme süresindeki uzunluktan dolayı acil servisi terk eden hastaların, ortalama 6.4 saat muayene olmak için bekledikleri saptanmı ve muayene olmadan giden hastaların %46'sında acil tedavi gerektiren bir hastalı ın oldu u, bu hastaların %11'inin sonraki haftalarda hastaneye yatırıldı ı ve bazı hastaların acil cerrahi gerektiren hastalıkları oldu u bildirilmi tir (Cooke ve ark. 2006).

Yatı kararı verilen hastaların acil serviste bekletilmesi hasta güvenli i, konforu ve memnuniyetini azaltan önemli bir etkidir (Watt ve ark. 2005). The American

College of Emergency Physicians (ACEP) tarafından Nisan 2008'de yayınlanmış olan raporda bu sorun özellikle vurgulanmıştır (Viccellio ve ark. 2009).

Çalışmamız süresince hiçbir hasta triajda bekletilmeden içeri alınmasının ve acil birimin yoğun olduğu esnada, intern doktor tarafından kısa öyküsünün ve ilk muayenesinin yapılması, hastalarda hastalığı ile ilgili kaygı ve korkularını azalttı ve bakıma başlandı düşüncesi, algılanan bekleme zamanını azaltmakta ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda tetkiklerinin sonlanım süresi, ortalama $82,32 \pm 31,29$ dakika olarak bulunmuştur. Arıkan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, biyokimyasal incelemeler için bekleme süresi, 28:46 dakika, tam kan sayımı için bekleme süresi 07:94 dakika olarak bulunmuştur (Arıkan ve ark. 2004). Konca ve Ceyhan'ın çalışmalarında laboratuvar hizmetlerini hızlandıracak teknolojinin kullanılmasının hastaların acil servislerde bekleme süresini kısalttığı rapor edilmiştir. Tetkiklerin sonlanma süreleri uzadıkça memnuniyet azalmaktadır (Konca, 2006; Ceyhan 2007).

Bizim çalışmamızda, tam kan sayımı, biyokimyasal incelemeler, radyolojik tetkiklerin sonuçlanma süreleri de değerlendirilirken, literatür çalışmalarının bazılarında sadece biyokimyasal incelemeler, sadece tam kan sayımı bekleme süreleri de değerlendirildiğinden dolayı çalışmamızdaki tetkik için bekleme süresi, literatür sonuçlarına göre daha uzun çıkmıştır. Ancak, laboratuvar inceleme ve sonuç alma sürelerinde kısalma, tanı ve tedavi için bu sonuçlara gereksinim duyan hastaların acilde kalma sürelerinde de azalmaya neden olmasından dolayı önemlidir.

Çalışmamızda, 55 hasta (%65,5) hastaneye yatırılmış ve hastaların yatma bekleme süreleri ortalama $33,86 \pm 34,30$ dakika olarak bulunmuştur. Boudreaux ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, hastaneye yatma oranı %14 ve yatma bekleme süresi ortalama $25 \pm 40,0$ dakika olarak bulunmuştur (Boudreaux, 2004). Bizim çalışmamızdaki yatma bekleme sürelerinin daha uzun olmasının en önemli nedeninin, hasta yatma oranının fazla olması ve hastanedeki yatak sayısının yetersiz olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda tüm hastaların acil biriminde toplam kalma süresi, 0-240 dakika arasında, ortalama $124,24 \pm 44,48$ dakika bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda elde edilen sonuçlarda; Boudreaux ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada tüm hastaların acil biriminde toplam kalma süresi, ortalama, $186,0 \pm 156,0$ dakika olarak bulunmuştur (Boudreaux, 2004), Patel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ortalama $239,0 \pm 151,5$ dakika olarak saptanmıştır (Patel ve ark. 2005). Topaçolu'nun yaptığı tez

çalı masında ise, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi acil biriminde hastaların toplam kalı süresi, 10-1850 dakika arasında, ortalama $167,1 \pm 195,6$ dakika olarak bulunmu tur (Topaço lu, 2002).

Bekleme süresinin hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir etmen oldu u dü ünülmektedir. Hastaların acil biriminde net bekleme süresi, verilen hizmetin tipine ve miktarına ba lıdır. Aynı zamanda acil biriminin kapasitesini a an her durumda toplam bekleme süresi uzayabilir (Topaço lu, 2002).

Boudreaux ve arkadaş ları ile Yıldırım ve arkadaş larının yaptı ı çalı malarda ise bekleme süreleri ile genel ho nutluk arasında aksine anlamlı ili ki saptamı larıdır (Boudreaux, 2004; Yıldırım ve ark. 2005). Thompson ve arkadaş ları ile Hedges ve arkadaş larının yaptıkları çalı malarda, gerçek bekleme süresinden daha çok hasta tarafından algılanan bekleme süresinin genel ho nutluk üzerine etkili oldu unu bulmu larıdır (Thompson ve Hedges, 2002).

Çalı mamızda acil birimde toplam kalı süresinin, literatürdeki çalı malara göre daha kısa olmasının nedeni, literatürdeki çalı malarda ilk muayeneyi bekleme süresinin daha uzun olmasından kaynaklı olabilece ini dü ünülmekteyiz.

Ayrıca çalı mamızda, hastaların; ya , cinsiyet ve mesle inin genel memnuniyet üzerinde istatistiksel olarak etkisinin olmadı nı tespit edilmi tir. Yapılan bir çalı mada ya ve cinsiyetin hasta memnuniyetini etkilemedi i bulunmu tur (Yıldırım ve ark. 2005). Dölek ve arkadaş larının yaptı ı çalı mada ya ve cinsiyetin genel memnuniyeti etkiledi i, kadınların erkeklere oranla daha fazla memnun oldukları bulunmu . Hastaların medeni durumu memnuniyeti etkilemedi i, hastaların e itim durumunun hasta memnuniyetinde etkili oldu u saptanmı tır (Dölek, 2005). Yapılan çalı malarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sa lıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmi tir (Yılmaz, 2001).

6. SONUÇLAR

Acil birimde verilen hemirelik hizmetleri ve hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yapılan bu çalı mada elde edilen sonuçlar;

1. Çalı maya 24-89 yaşları arasında, yaş ortalaması $63,32 \pm 16,20$ olan 40'ı (%47,6) erkek, 44'ü (% 52,4) bayan olmak üzere toplam 84 hasta alındı.
2. Hastaların sağlık güvenceleri incelendi inde, 9 hastanın (%10,7) Emekli Sandığı, 41 hastanın (%48,8) SSK, 21 hastanın (%25,0) Bakanlık, 10 hastanın (%11,9) Ye ilkart güvencesi oldu u, 3 (%3,6) hastanın ise ücretli oldu u tespit edildi.
3. Hastaların 72'si (%85,7) acil birime ambulans ile, 12'si (%14,3) kendi araçları ile gelmişlerdir.
4. Hastaların 55'i (%65,5) hastaneye yatırılırken, 29'u (34,5) reçete verilerek eve gönderilmişlerdir.
5. Hastalara acil birimine başvurdukları anda herhangi bir güçlkle karşıla p karşıla madıkları soruldu unda, 7 hasta (%8,3) evet yanıtı verirken, 77 hasta (%91,7) hayır yanıtı vermişlerdir.
6. Acil birimlerde verilen hemirelik hizmetleri olarak en çok “ acil müdahaleye hazırlama oranı %89,3, anamnez alma oranı %100, yaşam bulgularını değerlendirme oranı %100, ilaç uygulamalarında bulunma oranı %72,6, ilaç uygulamaları hakkında bilgi verme oranı %25, kan veya sıvı infüzyonu oranı %79,8, oksijen uygulaması yapma oranı %84,5, kişisel temizliğe yardım oranı %28,6, yapılan işlemler sırasında asepti/antiseptiye dikkat etme oranı %69,0, rahat ve güvenli bir ortam sağlama oranı %47,6, hasta ve ailesinin uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi oranı %58,3 mahremiyete dikkat etme oranı %92,9, sıkıntılarını dinleme oranı %89,3, hasta üzüldeğinde yanında olma ve ailesinde elini tutma, dokunma oranı %0,0” olarak bulunmuştur (Tablo 3).
7. Çalı mamızda hastaların 48'i (%57,1) hemen muayene edilirken, 35'inin (%41,7) bakımına ilk 10 dakika içinde başlanmışlardır. Hastaların muayene için bekleme süresi, 0-15 dakika arasında, ortalama 3 dakika olarak bulunmuştur. Hastaların kayıt işlemleri için bekleme süresi, 0-10 dakika arasında, ortalama 4 dakikadır. Hastaların tetkik sonucu bekleme süresi ise, 0-180 dakika arasında, ortalama 82 dakikadır. Hastaneye yatırılan 55 hastanın (%65,5) yatışı için bekleme süresi, 0-150 dakika arasında olup, ortalama 34 dakika iken, hastaların acil birimde toplam kalış süresi, 15- 240 dakika arasında, ortalama 124 dakika olarak bulunmuştur (Tablo 2).

8. Hastalara acil birimdeki hemirelerin hastalara karşı göstermiş oldukları ilgi ve nezaketinden memnuniyet oranı %78,6, yakınlarına karşı göstermiş oldukları ilgi ve nezaketinden memnuniyet oranı %58,3, hemirelerin uygulanan tedavi ve durumu hakkında hastaları bilgilendirmelerinden memnuniyet oranı %38,1, hasta yakınlarını bilgilendirmelerinden memnuniyet oranı, %35,7, hastaların ilk muayeneden sonra bir problem için hemireye ulaşabilme kolaylığından memnuniyet oranı %82,1, hemirelerin hastaları kontrol etme sıklığından memnuniyet oranı %77,4, acil birimdeki hemirelerden genel memnuniyet oranı %78,6 olarak bulunmuştur (Tablo 9).
9. Hastaların acil birimin konforundan (genel görünüm, temizlik, teknik donanım) memnuniyet oranı %50,0 olarak saptanmıştır.
10. Hastaların acil birimden genel memnuniyet oranı ise, %73,8 olarak bulunmuştur.
11. Çalışma grubuna dahil eden hastalarda, yaş ve cinsiyet, ile acil birimden genel memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
12. Acil biriminde toplam kalış süresi uzun olanlarla kısa olanların genel hoşnutsuzluk oranları karşılaştırıldığında da yine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).
13. Hemire davranışı ile acil biriminden genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 5).
14. Acil biriminde hemire tarafından bilgi verilmesi ile acil biriminden genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p=0,001$) (Tablo 6).
15. Acil biriminde bir sorunla karşılaşıldığında hemirelere ulaşabilme kolaylığı ile acil biriminden genel memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p=0,002$) (Tablo 7).
16. Hemirelerin hastaları kontrol etme sıklığı ile genel hoşnutsuzluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 8).

7. ÖNERLER

1. Acil birimlerde verilen hemirelik hizmetlerinin daha çok bakım ve tedavi edici roleili kin uygulamalar oldu u çalı mamızda görülmekte, bu do rultuda acil bakım hemiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmesi, bunları destekleyen yasal düzenlemelerin hazırlanması, hemirelere görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik hizmet içi e itim verilmesi ve bu görevleri yapabilmesi için uygun hemire sayısının tespit edilmesini sa layıcı çalı malar yapılması önerilebilir.
2. Çalı manın sonucunda, hemirelerin hastaların en önem verdikleri alanlarla ilgili bilgilendirilmesi ve hizmet içi e itimlerde bu konulara da yer verilmesi, hizmet içi e itim programlarında özellikle hemirelerin ileti im yeteneklerinin geli tirilmesi ile ilgili programların düzenlenmesi, sa lık sistemi içerisinde hastanın verilen hemirelik bakımından memnuniyetini ölçüp, sonuçlarından yararlanmak, hastaların yararlanabilece i bir takım yeni düzenlemeler yapılmasına olanak sa lar. Bu nedenle bakım kalitesini de erlendirmek, bakıma etkisi olan de i kenleri saptamak, hasta yanıtlarından elde edilenlere göre hizmette hangi ö elere yer verilece i, hangi ö elerin düzeltilmesi gerekti ini saptamak için hasta memnuniyetinin geçerli ölçüm araçlarıyla sürekli ölçülmesi gerekmektedir. Ayrıca yapılan hasta memnuniyeti ara tırmalarında hemirelik bakımı ile ilgili hasta algılarına yer verilmesi önerilmektedir.
3. Acil servislerde hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi için öncelikle, hasta ve sa lık personeli arasındaki ileti im engellerinin azaltılması, acil servislerde hasta ve ailesinin bilgilendirilmesine uygun ortam sa lanması ve hastaneler tarafından bu giri imlerin desteklenmesi ile sa lanabilir. Personele ileti im becerileri konusunda sürekli hizmet içi e itimler yapılabilir.
4. Acil birim ortamının temiz ve teknolojik açıdan hasta beklentilerini kar ılayacak ölçüde olmasının da hasta memnuniyeti üzerine etkisi büyüktür. Bu konuda en önemli sorumluluk hastane yönetimine dü mektedir.
5. Bu gibi çalı malar sadece acil servislerle sınırlandırılmamalıdır. Bunun gibi çalı maların hastanenin di er bölümlerinde de yaygınla tırılmalı ve böylece hastanelerin etkin ve verimli bir ekilde hizmet kalitesini artırması ve toplumun beklentilerine yanıt vermesi sa lanabilir. Unutulmamalıdır ki, hasta memnuniyeti sa lık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak

kabul edilmektedir. Bu nedenle verilen hizmetler do rultusunda, hasta memnuniyetinin ölçülmesinin yararlı ve gerekli oldu unu dü ünmekteyiz.

KAYNAKLAR

Abramowitz, S. (1997). Analyzing patient satisfaction: a multi-analytic approach. *Qual Rev Bull*, 13, 122-130.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeli i, (2006), <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm>, eri im: 24.02.2007.

A.C.E.P. (2009). Revised and approved by the American College of Emergency Physicians Board of Directors Definition of an Emergency Service.

Anderson, F.D. (1998). A descriptive, correlational study of patient satisfaction, provider satisfaction, and provider workload at an Army Medical Center. *Milit Med*, 163(2), 90-94.

Akbulut, Y. (2003). Acil servislerin amaç dı ı kullanımı: Kullanımı etkileyen faktörler, kullanımın yol açtı ı problemler ve azaltılmasına yönelik önlemler. *Sa lık ve Toplum Dergisi*, 2, 9.

Akgün, H. ve Erdal, R. (1997). Hastanelerde kaliteli hizmet sunumunda tüketici faktörü, *Sa lık Yönetiminde Devamlı Kalite yile tirme Sempozyumu Kitabı*, 17-18 Ekim, 219-225, Ankara.

Arendts, G., MacKenzie, J. ve Lee, J. (2006). Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit. *Emergency Medicine Australasia*, 18, 7-14.

Arıkan, S. (2004). Acil servise ba vuran hastaların test istek-sonuç sürelerinin ve gece gündüz farkının kar ıla tırılması. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 4(1), 1-3.

Aydın, G. (2006). Hastane Acil Servislerinin Organizasyonu ve Yönetimi Haydarpa a Numune E itim ve Ara tırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin Bu Aç ıdan De erlendirilmesi. Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, stanbul.

Aytar, G. ve Ye ildal, N. (2004). Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 10-14.

Bopp, K.D. (1989). Value-added ambulatory encounters: A conceptual framework. *J. Ambulatory Care Manage*, 12, 36-44.

Boudreaux, E.D. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics and patient perceptions. *Am. J. Emerg. Med.*, 18, 394-400.

Boudreaux, E.D. (2003). Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. *Acad. Emerg. Med.*, 10(3), 261-269.

Boudreaux, E.D. (2004). Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months. *Acad Emerg Med*, 11(1), 51-58.

Brown, A.D., Sandoval, G.A., Levinton, C. ve Blackstien-Hirsch, P. (2005). Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies. *Ann. Emerg. Med.*, 46(1), 3-10.

Bulut, H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 12(4), 288-298.

Burkey, Y., Black, M. ve Reeve, H. (1997). Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ.*, 315(7116), 1138-41.

Bursch, B., Beezy, J. ve Shaw, R. (1993). Emergency department satisfaction: What matters most?. *Ann. Emerg. Med.*, 22, 586-591.

Byrne, G., Richardson, M., Brunson, J. ve Patel, A. (2000). Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. *J Clin. Nurs.*, 9, 83-92.

Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc. Sci. Med.* 27(9), 927-933.

Carr-Hill, A.R. (1992). The measurements of patient satisfaction. *Journal Public Health Medicine*, 14(3), 236-249.

Carr-Hill, R.A., Dixon, P., Griffiths, M., Higgins, M., McCaughan, D., Rice, N. ve Wright, K. (1995). The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care. *Health Econ.*, 4(1), 57-72.

Castner, J. (2008). Emergency nursing decisions: A Proposed System of Nursing Diagnosis, *Journal of Emergency Nursing*, 34, 135.

Catherine, M. (2013). School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Science Complex, University College Cork, Ireland. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice, 21(1), 50-7.

Choyce, M.Q. ve Maitra, A.K. (1996). Satisfaction with the accident and emergency department –a postal survey of general practitioners' views. *J. Accid. Emerg. Med*, 13, 280-2.

Cooke, T., Watt, D., Wertzler, W., ve Quan, H. (2006). Patient expectations of emergency department care: phase II-a cross-sectional survey, 8, 148-57.

Crane, J.A. (1997). Patient comprehension of doctor patient communication on discharge from the emergency department. *J. Emerg. Med.*, 15, 1-7.

Çakmakçı, M., A alar, F., Ergör, G. ve Aydemir, A. (1995). Acil serviste hasta ba vuru amaçları ve çalı an hekim-intern ili kileri. In: I.Travma ve acil cerrahi kongresi bildiri özetleri kitapç ı, 19-23 Eylül, stanbul, Türkiye, p.180.

Çoban, G. . (2008). stanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hem irelik Dergisi, Cilt 16 - Sayı 63, 165-171, 1304-4869.

Çoban, G. . (2011). stanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hem irelik Dergisi, Cilt 19 - Sayı 1, 54-59.

Davis, B.A. ve Duffy, E. (1999). Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department. Aust J Rural Health 7, 97-103.

DeLisa, J.A. (2004). Physiatry: Medical errors, patient safety, patient injury, and quality of care. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 83, 575-583.

Demir, Y. ve Efler, . (2005). Hastaların hem irelik hizmetlerinden memnuniyetlerine ili kin bir ölçek çalı ması. Hastane Yönetimi Dergisi. Ocak- ubat- Mart: 31-42.

Dölek, M., Turaba, F., Akbınar, C., Sezgin, B., Aksu, H. ve Solak, . (2005). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5:122-7.

Elmas, . (2001). Acil tıbbi giri imlerde hem irelerin yeri ve hukuki sorumlulukları, ola anüstü durumlarda hem irelikte acil bakım organizasyonu ve uygulamaları. stanbul: .Ü. Basımevi, 5-13.

Engiz, O. (1997). Sa lık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. Hayran O, Sur H. Hastane Yöneticili i. 1. Baskı, stanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 61-87.

Erdemir, D. A. (2006). Acil Tedavi ve Bakımda Tıp Eti i Sorunları. Nobel Tıp Kitabevleri, stanbul.

Esato lu, A. ve Ersoy, K. (1997). Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili de erlendirmeleri, Sa lık Yönetiminde Devamlı Kaliteyi yile tirme Sempozyumu Kitabı, 17-18 Ekim, 67-75, Ankara.

Eti Aslan, F. (1998). stanbul'daki Acil travma ünitelerinin mevcut durumunun belirlenmesine yönelik bir çalı ma. Hem irelik Forumu Dergisi, 2, 4, 175-194.

Eti, Aslan. F. (1999). stanbul'da ki acil travma ünitelerinin mevcut durumunun belirlenmesine yönelik bir çalı ma. Hem irelik Forumu, stanbul.

Fung, D. ve Cohen, M.M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. Anesth. Analg., 87(5), 1089-1098.

Genç, M. (1999). Acil servise ba vuran hastaların bekleme zamanları üzerine bir çalı ma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 6(4), 337-339.

Gülmez, M. (2005). Sa lık hizmetlerinde memnuniyet ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Ara tırma Hastanesi'nde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir uygulama. C. Ü. ktisadi ve dari Bilimler Dergisi, 6(2), 147-169.

Gültekin, A. E., Bulut, M. ve Akkaya, C. (2011). Acil Servise Ba vuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen FaktörlerTürkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med, 12(2), 62-68.

Gürlek, Ö. (2005). Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hem irelerden Beklentileri. Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Goldwag, R., Berg, A., Yuval, D. ve Benbassat, J. (2002). Predictors of patient dissatisfaction with emergency care. IMAJ., 4, 603-606.

Hall, J.A. ve Dornan, M.C. (1990). Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc. Sci. Med., 30, 811-818.

Hall, J.A. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. Med. Care, 31, 4-94.

Hedges, J.R. (2002). Satisfied Patients exiting the emergency department (SPEED) study. Acad. Emerg. Med., 9, 15-21.

Heidegger, T., Saal, D. ve Nuebling, M. (2006). Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol, 20(2), 331-346.

Hollingsworth, J.C., Chisholm, C. D., Giles, B. K., Cordell, W.H. ve Nelson, D.R. (1998). How do physicians and nurses spend their time in the emergency department, Annal of Emergency Nursing, 31, 1, 87-91.

Hostutler, J.J., Taft, S.H. ve Snyder, C. (1999). Patient needs in the emergency department. Nurses' and patient' perceptions. J. Nurs. Admin., 29, 43-50.

<http://www.tatd.org.tr/solmenu/komisyonlarımız/acilservisstandart.htm>,
eri im:10.10.2004.

<http://www.tatd.org.tr/solmenü/komisyonlarımız/acilservis%20hemsiregorevsorun.htm>,
eri im:11.10.2006.

<http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?>, eri im: 21.09.2007.
http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim, eri im: 04.04.2008.
<http://www.tatd.org.tr>, eri im: 25.05.2007.
<http://www.tatd.org.tr>, eri im: 12.04.2007.
<http://www.ena.org/pdf/scopeEmNP>, eri im: 23.04.2008.
<http://www.acep.org>, eri im: 30.08.2007.
<http://www.ena.org>, eri im: 23.04.2008.
<http://www.tatd.org.tr>, eri im: 12.04.2007.
<http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm>, eri im: 24.02.2007.

Jakobsson, L., Hallberg, R.I., Loven, L. ve Ottoson, B. (1994). Patient satisfaction with nursing care evaluation before and after cutback in expenditure and intervention at a Surgical Clinic. *Int. Jour. Qul. Health Care.*, 6(4), 361-369.

Jones, G. (1990). *Accident and emergency nursing: a structured approach*. London, Boston: Faber and Faber.

Kanan, N. (2002). Acil birimlerde ekip ili kileri. *.Ü.Florence Nightingale Hem irelik Yüksekokulu Dergisi*, 48, stanbul.

Kılıçaslan, ., Bozan, H., Oktay, C. ve Göksu, E. (2005). Türkiye’de acil servise ba vuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1), 5-13.

Kilgore, M. (1998). Evaluating stat testing options in satisfaction. *Clinic Chem*, 44(8), 1597- 1603.

Konca, G.E., lhan, M. ve Bumin, M.A. (2006). Yatarak tedavi gören hastaların hastane çalı anları ve hastane hizmetlerinden beklentileri ve beklentilerine ili kin memnuniyet durumlarının de erlendirilmesi. *Gazi Tıp Dergisi*, 17, 160-70.

Kö gero lu, N., Acat, M. ve Karatepe, Ö. (2005). Kemoterapi Hastalarında Hem irelik Bakımı Memnuniyet Ölçe i. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 75-83.

Krishel, S. ve Baraff, L.J. (1993). Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann. Emerg. Med.*, 22, 568-572.

Ku uo lu, S. (2004). Acil bakım. Ed: elimen D., *Acil Bakım*. 3. Baskı, s. 3-10, Yüce Yayım, stanbul.

Larsson, W.B., Larsson, G. ve Starrin, B. (1999). Patients views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, 7, 133-139.

Lau, F. (2000). Can communication skills workshops for emergency department doctors improve patient satisfaction?. *Emerg. Med. J.*, 17, 251-253.

Lin, C.C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing*, 12, 737-743.

Matulich, E. ve Finn, D.W. (1989). Determinant criteria in patient satisfaction surveys. *J. Amb. Care Management*, 12, 45-51.

Mayer, T.A. (1998). Emergency department patient satisfaction: customer service training improves patient satisfaction and ratings in physician and nurse skill. *J. Health Care Management*, 43, 427-441.

Myles, P.S., Hunt, J.O., Nightingale, C.E., Fletcher, H., Beh, T. ve Tanil, D. (1999). Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth. Analg.*, 88(1), 83-90.

Oktay, C. (2000). Acil serviste hasta memnuniyeti. *Aktüel Tıp Dergisi*, 5, 54-57.

Olgun, N. ve Kuşoğlu, S. (2004). Acil bakımda iletişim. Ed: Elimen D., *Acil Bakım*. 3. Baskı, 49-58, Yüce Yayın, İstanbul.

Önsüz, M. F. (2008). *Marmara Medical Journal*, 21(1), 033-049.

Özçelik, Z., Karaduman, B., Bafra, K., Yıldırım, A., Çelik, S. ve Ülker, S. (2006). Hemirelikte Haklar ve Sorumluluklar Türk Hemireler Derneği. *Odak Ofset Matbaacılık Ankara* 37.

Parasuraman, A. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J. Marketing*, 49, 41-50.

Patel, P.B. ve Vinson, D.R. (2005). Team assignment system: expediting emergency department care. *Ann. Emerg. Med.*, 46, 499-506.

Radwin, L.E. ve Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49, 54-63.

Rhee, J. K. ve Bird, J. (1996). Perceptions and satisfaction with emergency department care, *The Journal of Emergency Medicine*, 14, 6, 679-683.

Roghman, K.J., Hengst, A. ve Zastowny, T.R. (1979). Satisfaction with medical care. Its measurement and relation to utilization. *Med Care*, 17, 461-477.

Sandovski, U., Salman, H., Bergman, M., Neiman, V., Bessler, H. ve Djaldetti, M. (2001). Patients satisfaction with the staff function in an emergency department. *Eur. J. Emerg. Med.*, 8(2), 117-122.

Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int. J. Qual. Health Care*, 11(4), 319-28.

Soleimanpour, I. (2011). *International Journal of Emergency Medicine*, 4:2
<http://www.intjem.com/content/4/1/2>.

Suhonen, R., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2000). Individualized care “from patients’, nurses’ and relatives perspective: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 345-354

Soufi, M. (2010). *BMC Health Services Research* , 10:149
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/149>.

Sun, B., Adams, J. ve Burstin, H. (2001). Validating a model of patient satisfaction with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 38, 527-532.

Taylor, C. ve Bengler, J.R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg. Med. J.*, 21, 528-32.

Thomas, E.J., Burstin, H.R. ve O’Neil, A.C. (1996). Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann. Emerg. Med.*, 27, 49-55.

Thompson, D.A. (1996). Effects of actual waiting time, information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann. Emerg. Med.*, 28, 657-665.

Thorsteinsson, L.S. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing, *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.

Tokem, Y., Kuzeyli, Y.K. ve Fadılo lu, Ç. (2005). Diyaliz hastalarının verilen bakımdan memnun olma durumlarının incelenmesi. *Nefroloji hem ireli i dergisi*; temmuz-ekim, 49-54.

Tokyay, R., Arma an, E. ve Akköse, . (2001). *Acil Tıpta Etik*; 570-6, Nobel Tıp Kitabevi, stanbul.

Topaço lu, H. (2002). *Acil Servise Ba vuran Hastaların Memnuniyetini etkileyen Faktörlerin Analizi*. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, zmir.

Trout, A. (2000). Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say? *Acad. Emerg. Med.*, 7, 695-709.

Türk Dil Kurumu, (2008). <http://www.tdk.gov.tr>, eri im: 21.09.2007

Türkan, H. ve Tu cu, H. (2004). 2000-2004 Yılları arasında yüksek sa lık urasında de erlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(3), 226-231.

Ulusoy, F. ve Görgülü, S. (1995). Hem irelik esasları. Temel kuram kavram ve yöntemler. Ankara: Ça ın Ofset Basımevi.

Uyer, G. (1997). Görev analizi ve görev tanımı. Hem irelik ve yönetim. Ankara: Hürbilek Matbaası, 118-39.

Vaccorino, J.M. (1997). Malpractice: the problem in perspective. JAMA. 238, 861-863.

Veronesi, J. (2005). Musings on emergency department patient satisfaction. Topics in Emergency Medicine, 27, 258-264.

Viccellio, P., Schneider, S.M., Asplin, B., Blum, F., Broida, R.I. ve Bukata, W.R. (2009). Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions. The American College of Emergency Physicians (ACEP) Task Force Report on Boarding, 5-14.

Walsh, D.P., Seff, L.R. ve Mayer, T.A. (1997). Customer reletions in the emergency departmant. In: Salluzzo RF, Mayer TA, Strauss RW, Kıdd P (editörler). Emergency Departmant Management. Mosby, 8, 73-85.

Wright, S., Craig, T., Campbell, S., Schaefer, J. ve Humble C. (2006). Patient satisfaction of female and male users of Veterans Health Administration services. Journal of General Internal Medicine, Abst., 21(3), 26-32.

Worthington, K. (2004). Customer satisfaction in the emergency departmant. Emerg. Med. Clin. North. Am. 22(1), 87-102.

Yavuz, . (2003). Acil serviste hasta ve hasta yakınının memnuniyeti ve bunu etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. stanbul, 15-16.

Yıldırım, C., Koco lu, H., Göksu, S., Günay, N. ve Sava , H. (2005). Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. Acta Medica (Hradec Kralove). 48(1), 59-62.

Yılmaz, M. (2001). Sa lık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C. Ü. Hem irelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 69-74.

Yılmaz, M. (2000). Ameliyat Öncesi Ö retimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamı Doktora Tezi, Ankara.

Yurtseven, F. (1994). Acil Cerrahi Servislerindeki Hasta Ailelerinin ve Hem irelerin Sorunları. Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, stanbul Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, stanbul.

EKLER

EK-1. HASTA TANITIM FORMU

Hasta No:

Hastanın ba vuru saati:

Hastanın Adı-Soyadı:

Hastanın ya ı:

Cinsiyeti:

Mesle i:

Adres:

Telefon:

Sa lık güvencesi var mı ?

a) Evet b) Hayır

Sa lık güvencesi varsa açıklayınız:

a) Emekli Sandı ı b) SSK c) Ba -Kur d) Ye il Kart e) cretli

Acil birimine geli ekli:

- a) Kendi aracı ile b) Ambulans ile c) Herhangi bir vasıta ile d) Diğer

Acil birimindeki durumu:

- a) Eve gönderildi b) Yatı yapıldı c) Yer olmadığından kurumuna geri gönderildi

Acil birimine başvuru nedeni:

Acil birimine başvuru sayısı:

- a) İlk kez b) Birden fazla

Acil birimine başvurduğunuz anda herhangi bir güçlükle karşılaşmış mısınız ?

- a) Evet b) Hayır

EK-2. HEMİRELİK HİZMETLERİN TANIMLAMA FORMU

Aşağıda acil servislerde verilen bazı hemirelik hizmetleri sıralanmıştır. Acil servise başvurduğunuzda hemire tarafından bu hizmetlerin hangileri size verildi. 'Evet' ya da 'Hayır' şeklinde cevaplayınız.

EVET HAYIR

1. Acil müdahaleye hazırlama
2. Anamnez alma
3. Yaşam bulgularını değerlendirme
4. Kan alma
5. Üriner katater uygulama
6. İlaç uygulama
7. İlaç uygulamaları hakkında bilgi verme
8. Kan veya sıvı infüzyonu
9. Oksijen uygulama
10. EKG çekme
11. Kişisel temizliğe yardım etme
12. Tetkikler hakkında bilgi verme
13. Doktor muayenesi için hazırlanma
14. Yapılan işlemler sırasında asepti/antiseptiye dikkat etme

15. Beslenme hakkında bilgi verme
16. Rahat ve güvenli bir ortam sağlamak
17. Güvenli bir şekilde sevki sağlamak
18. Ailenin bilgilendirilmesi
19. Mahremiyete özen gösterme
20. Hastanın kendisini ifade etmesini sağlamak
21. Üzülünce ilgilenme, yalnız bırakmama
22. Ailada elini tutma, dokunma
23. Masaj yapma
24. Sizce acilde çalışan hemşireler size yeterince yardımcı oluyorlar mı?

1-Evet

2-Hayır

TE EKKÜRLER

EK- 3.**ACIL BİRİMLERE BA VURAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEY FORMU**

	Çok Kötü (1)	Kötü (2)	Normal (3)	yi (4)	Çok iyi (5)
Hem irelerin size karşı göstermiş oldukları ilgi ve saygı					
Hem irelerin yakınlarınıza karşı göstermiş oldukları saygı ve yardımseverlik					
Hem irelerin uygulanan ilaç-tedavi ve durumunuz hakkında sizi bilgilendirmeleri					
Hem irelerin yakınlarınızı durumunuz, tedaviniz ve tetkikleriniz hakkında bilgilendirmeleri					
Bir sorunla karşılaştığımızda hem irelere ulaşabilme kolaylığımız					
Hem irelerin sizi denetleme sıklığı					
Acil biriminin konforu					
Hem irelerden genel hoşnutsuzunuz					
Acil biriminden genel hoşnutsuzunuz					

Muayene için bekleme süresi:

Kayıtlı lemleri için bekleme süresi:

Tetkik sonuçları için bekleme süresi:

Yatılı için bekleme süresi:

Acil biriminde toplam kalış süresi:



C.Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAMA TIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın

Bu katılacağınız çalışmada bilimsel bir araştırma olup, acil tıp birimine başvuran dahili hastalara sunulan hemirelik hizmetleri ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu çalışmanın amacı, hastalara sunulan hizmet niteliğinin artırılmasıdır. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 84'dür. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmanın sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir amaçta araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait yer alan bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalı maya Katılma Onayı:

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve mza:

Açıklamaları yapan ara tırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve mza:

Olur alma i lemine ba ından sonuna kadar tamkık eden kurulu görevlisinin/görü me tanı mın,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve mza:

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil birime başvuran dahili hastalara verilen hemşirelik hizmetlerinin tanımlanması ve hasta memnuniyetinin belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Mukadder Mollaoğlu/Pelin Çelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like "M. Çelik", "P. Çelik", "M. Mollaoğlu", and others, scattered across the bottom half of the page.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	ŞİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/041	Tarih: 27.12.2011				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.					

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Koyuncu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadetin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erol Kisi	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya Tokar	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Aysel Demirkazık	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimliği	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağtaş,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma