

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(DOKTORA TEZİ)

GENEL CERRAHİ SERVİSİNDE HASTA VE  
HEMŞİRELER TARAFINDAN HEMŞİRELİK BAKIM  
KALİTESİNİN ALGILANMASI

ŞERİFE KURŞUN

DANIŞMAN  
PROF.DR.NEVİN KANAN

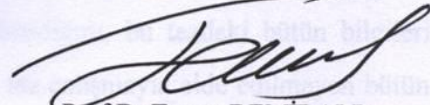
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2010

## TEZ ONAYI

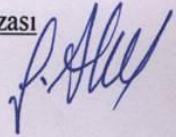
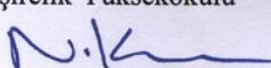

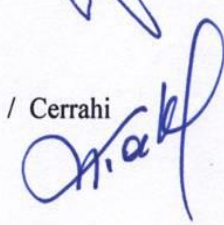
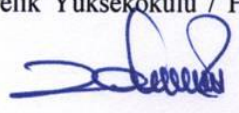
Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

12 / 10 / 2010

  
Prof.Dr.Tamer DEMİRALP  
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora   
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Şerife Kurşun  
Tez Başlığı : Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması  
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Sınav Tarihi : 04 / 10 / 2010

### Tez Sınav Jürisi

- Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1. Prof.Dr.Güler Aksoy Haliç Üniversitesi / Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi 
  2. Prof.Dr.Nevin Kanan ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
  3. Prof.Dr.Oktar Asoğlu İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi / Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
  4. Prof.Dr.Neriman Akyolcu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
  5. Doç.Dr.Rengin Acaroglu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

**BEYAN**

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

**ŞERİFE KURŞUN**

## İTHAF

*“Her zaman yanımda olan ve bana güç veren sevgili aileme ithaf ediyorum”*

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince değerli katkılarıyla bana her zaman rehberlik ederek, ilgi, destek ve anlayışını esirgemeyen danışmanım Prof.Dr. Nevin KANAN'a,

Her zaman ve her konuda beni destekleyen, cesaret ve güven veren başta hocalarım Prof.Dr. Güler AKSOY ve Prof.Dr. Neriman AKYOLCU olmak üzere tüm Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki diğer öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerine,

Tez izleme jürisinde bulunarak, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof.Dr. Oktar ASOĞLU'na,

Bu zorlu yolculukta her zaman yanımda olan sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, ilgi ve desteğini esirgemeyen Fatma TAŞ ve Serpil YÜKSEL'e,

Çalışmam süresince yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen İ.Ü. Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi Servisi çalışanlarına,

Hayatım boyunca destek ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen ve beni hiç yalnız bırakmayan sevgili aileme özellikle anne ve babama,

Her zaman yanımda olan, beni destekleyen, tez sürem içinde katkıda bulunan ve adını sayamadığım arkadaşlarıma tüm kalbimle teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	<b>HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.</b>
BEYAN .....	İİ
İTHAF .....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ .....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET.....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi Kavramı.....	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	5
2.3. Hemşirelik Bakım Kalitesi.....	7
2.4. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi .....	8
2.4.1. Hasta Memnuniyeti .....	9
2.4.2. Hasta Memnuniyetinin Tarihçesi.....	10
2.4.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....	11
2.4.4. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi .....	13
2.5. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesinin Önemi .....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları .....	21
3.4.1. Hasta Bilgi Formu .....	21
3.4.2. Hemşire Tanıtım Formu .....	22
3.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24.....	23
3.5. Verilerin Toplanması .....	24

3.5.1. Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Geçerlik-Güvenirlik Çalışması.....	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.7. Etik Konular .....	35
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına ile ilgili Görüşlerine ilişkin Bulgular.....	36
4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile ilgili Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	37
4.1.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile ilgili Görüşlerine İlişkin Bulgular .....	41
4.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin Bulguları .....	45
4.2.1. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin Bulguları .....	45
4.2.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
4.3. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına ilişkin Bulguları .....	49
4.3.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına ilişkin Bulgular .....	50
4.3.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına ilişkin Bulgular .....	57
5. TARTIŞMA .....	63
5.1. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına ile ilgili Görüşlerine ilişkin Bulguların Tartışılması .....	64
5.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin Bulguların Tartışılması .....	64
5.3. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 Puanlarına ilişkin Bulguların Tartışılması .....	66
5.3.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına ilişkin Görüşleri İle Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Tartışılması.....	66
5.3.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına ilişkin Görüşleri ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 Puanlarının Tartışılması.....	72
6. KAYNAKLAR .....	76
FORMLAR .....	86

EK 1. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (Hastalar için).....	86
EK 2. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (Hemşireler için) .....	87
EK 3. HASTA BİLGİ FORMU (1. Aşama için) .....	88
EK 4. HASTA BİLGİ FORMU (2. Aşama için) .....	90
EK 5. HEMŞİRE BİLGİ FORMU .....	95
EK 6. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24 .....	97
EK 7. BDÖ-24 KULLANIM İZİNİ.....	99
EK 8. GEÇERLİĞİNİ YAPAN UZMANLAR* .....	100
EK 9. KAPSAM GEÇERLİĞİNİ YAPAN UZMANLAR* .....	100
EK 10. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİN YAZISI .....	101
EK 11. İ.Ü. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİN YAZISI .....	102
ÖZGEÇMİŞ .....	103



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1:Geçerlik-güvenirlik çalışmasına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri .....	18
Tablo 3-2: Geçerlik-güvenirlik çalışmasına alınan hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsü.....	19
Tablo 3-3:Geçerlik-güvenirlik çalışmasına alınan hastaların serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakımına verdikleri puan .....	20
Tablo 3-4: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün alt boyutları .....	24
Tablo 3-5:Hasta ve hemşireler için BDÖ-24'ün uyum iyiliği göstergeleri .....	27
Tablo 3-6: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün test-tekrar test puanlarının korelasyon analizi .....	29
Tablo 3-7: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün madde-alt boyut puan ve madde-toplam puan korelasyonları .....	31
Tablo 3-8: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları.....	33
Tablo 3-9: Çalışmada kullanılan istatistiksel analizler.....	34
Tablo 4-1:Hastaların sosyo-demografik özellikleri .....	37
Tablo 4-2: Hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsü.....	38
Tablo 4-3: Hastaların, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakımına verdikleri puan.....	39
Tablo 4-4: Hastaların, hemşirelerden aldıkları bilgi ve bakıma ilişkin puanlarının dağılımı.....	40
Tablo 4-5:Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri .....	41
Tablo 4-6: Hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri .....	42
Tablo 4-7: Hemşirelerin, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakım puanı .....	44
Tablo 4-8: Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 toplam ve alt boyut cronbach alpha değerlerinin dağılımı .....	45
Tablo 4-9:Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'ün madde, alt boyut ve toplam puan dağılımları.....	46

Tablo 4-10: Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	48
Tablo 4-11: Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 4-12: Hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsüne göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4-13: Hastalara ait bazı ortalamalar ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	56
Tablo 4-14: Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 4-15: Hemşirelerin mesleki yaşamlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	59

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 3-1: Araştırma süreci .....	25
Şekil 4-1: Hemşire ile hastaların bakım davranışları puanları arasındaki ilişki .....	49

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

BDÖ: Bakım Davranışları Ölçeği

CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

İTF: İstanbul Tıp Fakültesi

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

SML: Sağlık Meslek Lisesi

## ÖZET

Kurşun, Ş. (2010). Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesini algılamaları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipteki çalışma, Kasım 2008-Nisan 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi Servislerinde, 366 hasta ve 103 hemşire ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri, “Hasta Bilgi Formu”, “Hemşire Bilgi Formu” ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24” kullanılarak toplandı. Veri analizinde sayı, yüzde, puan ortalaması, t testi, F testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Çalışma kapsamına alınan hastaların %84,7’sinin ve hemşirelerin %28,2’sinin hemşirelik bakımını yeterli buldukları, bakımı yetersiz bulma nedeni olarak hastaların, hemşirelerin iş yükünün fazla olması, hemşirelerin ise hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olmasını ifade ettikleri belirlendi. Hastaların, Bakım Davranışları Ölçeği-24 bilgi-beceri ( $t=2,670$ ,  $p=0,008$ ) ve saygılı olma ( $t=3,411$ ,  $p=0,001$ ) alt boyutları ile toplam puan ( $t=2,2860$ ,  $p=0,023$ ) ortalamalarının hemşirelerden düşük olduğu, güvence ( $t=0,873$ ,  $p=0,384$ ) ve bağlılık ( $t=1,921$ ,  $p=0,056$ ) alt boyutlarında ise fark olmadığı belirlendi. Hastaya ait yaş, sosyal güvence varlığı, sorun/komplikasyon gelişme durumu, bakımın yeterli bulunması, bilgi ve bakım alma gibi özellikler ile hemşireye ait genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma, hemşire başına düşen yatak sayısı, serviste yapılan günlük cerrahi girişim sayısı ve bakımın yeterli bulunması gibi özelliklerin bakım kalitesinin algılanmasını etkilediği saptandı. Sonuç olarak, hastaların bakım kalitesini algılama düzeyinin, hemşirelerden düşük olduğu belirlendi. Hemşirelik bakım kalitesi algılanmasının hasta ve hemşireye ait özelliklerden etkilendiği görüldü.

Anahtar kelimeler: Genel cerrahi, hasta, hemşire, hemşirelik bakımı, kalite.

## ABSTRACT

Kurşun, Ş. (2010). Perception of the nursing care quality by patients and nurses in general surgery department. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Surgical Nursing. Doctorate Dissertation. Istanbul.

This study was carried out to define the perception of patients and nurses in general surgery department towards the quality of nursing care and affecting factors. The study, in descriptive-correlational type, was performed with 366 patients and 103 nurses in the general surgery departments of Cerrahpaşa and Istanbul Medical Schools of Istanbul University between November 2008 and April 2009. Data in the study were accumulated using “Patient’s Information Form”, “Nurse’s Information Form” and “Caring Behaviors Inventory-24”. In the analysis of the data, number, percentile, average score, t test, F test, Mann-Whitney U test, and Kruskal Wallis Tests were used. It was determined that of all the patients and nurses included, 84.7% of the patients and 28.2% of the nurses reported nursing care to be satisfactory; as the cause of unsatisfactory care, the patients reported much workload of the nurses, and the nurses expressed higher workload in the department out of patients’ care. In patients, the averages of the underscores of knowledge and skill ( $t= 2,670$ ,  $p= 0,008$ ) and respectful ( $t= 3,3411$ ,  $p= 0,001$ ) in Caring Behaviors Inventory-24, and of total score ( $t=2,2860$ ,  $p=0,023$ ) were found to be lower, compared to nurses and to be no differences in terms of the underscores of assurance ( $t= 0,873$ ,  $p= 0,384$ ) and connectedness ( $t= 1,921$ ,  $p= 0,056$ ). Such features as age, presence of social security, development of problem/complication, finding the care satisfactory and access to knowledge and caring in patients and as working in general surgery unit voluntarily, number of beds per nurses, number of surgical intervention per day in the unit and finding the care satisfactory in nurses were found to influence the perception of nursing care. Consequently, perception level of nursing care quality by patients was found to be lower than nurses. It seems that perception of nursing care quality is affected by the characteristics belonging to patients and nurses.

Key words: General surgery, patient, nurse, nursing care, quality.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam için gerekli olan beden fonksiyonlarının sürdürülebilmesi, organizmanın bu fonksiyonlarının yeterli olması ile sağlanır. Bireyler, yaşamları boyunca bu fonksiyonlarını etkileyebilecek çeşitli hastalıklarla karşılaşmakta, bu da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. İnsanoğlunun var oluşundan başlayarak, hastalıkların tedavisinde etkin bir şekilde kullanılan cerrahi yaklaşımlar, bireylerin sorunlarının çözümlenmesinde etkili tedavi yöntemlerinden biri olarak kullanılmaktadır (Aksoy 1998; Erdil ve Elbaş 1999).

Hastaların cerrahi servislere yatma nedenleri farklı olsa da hastanede buldukları süre, kendileri ya da aileleri tarafından gereksinimlerinin karşılanamadığı, belirli bir süre için de olsa iyileşmelerinin ve yaşam için gerekli temel gereksinimlerin karşılanmasının sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin sunacakları bakıma bağlı olduğu kritik bir dönemdir (Coşkun ve Akbayrak 2001). Büyük ya da küçük olsun her cerrahi girişim bireylerde stres yaratmakta, hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimi olarak algılanmaktadır. Türü ne olursa olsun cerrahi girişim, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmektedir (Aksoy 1998; Erdil ve Elbaş 1999). Cerrahi girişim için hastaneye yatma; bireyi, fiziksel ve duygusal desteğe gereksinim duyan bağımlı bir kişi konumuna getirmektedir. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde en fazla beraber olduğu sağlık çalışanı hemşirelerdir (Coşkun ve Akbayrak 2001). Bu süre içinde hemşirelerin, cerrah ile hasta arasındaki iletişim ve koordinasyonu sağlamada, tedavi ve bakımın başarılı olmasında önemli sorumlulukları vardır.

Geçmişten günümüze kadar sosyal, kültürel ve toplumsal değişimlerle kendini geliştirmeyi başaran, birey, aile ve çevresini bütüncül bakış açısı ile değerlendiren uygulamalı bir sağlık disiplini olan hemşireliğin özünde “yardım etme” kavramı vardır (Velioğlu 1999). Hemşireliğin var oluş nedeni ve hizmet amacı olan bu yardım, sağlıklı bireyin sağlığını sürdürme, hasta bireyin ise yeniden sağlığına kavuşması için onlara gerekli bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik girişimleri içermektedir (Velioğlu 1994; Velioğlu 1999). Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin de temel sorumluluğu, istendik sonuca ulaşmak için hastalara gerekli olan fiziksel ve duygusal bakım, eğitim ve destek gibi hemşirelik bakım davranışlarının kaliteli bir şekilde sunulmasıdır. Kaliteli

bir hemşirelik bakımı, olası sorun/komplikasyonları olabildiğince azaltmak ve en iyi sonucu sağlamak üzere planlanmalıdır (Swan 1998).

Günümüzde sağlık alanında ve özellikle cerrahideki değişim ve gelişmeler, bakım ve tedavi kalitesini gündeme getirmekte ve hemşirelik hizmetlerini de içeren tüm sağlık hizmetlerinde yeni bir yapılanmaya gidilmesini zorunlu kılmaktadır (Cooke ve ark. 2004; NHS Modernisation Agency 2004; Gilmartin ve Wright 2007). Ayrıca sağlık kuruluşları arasındaki etkinliğe, rekabet ve maliyet verilen önemin artması, hastanede yatış süresinin kısalması ve ileri teknolojinin kullanımının artması; hastaların sağlık bakımı ile ilgili algılamaları ve hemşirelik bakımına yönelik beklentilerinde değişime neden olmaktadır (Christopher ve Hegedus 2000). Bu nedenlerle, sağlık kurumlarında kaliteli bakım verilmesi ve bakım kalitesinin ölçülmesi giderek önem kazanmaya başlamıştır.

Tedavi ve bakımda kalitenin değerlendirilmesinde başlıca iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan birincisi, bakım standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi yolu ile değerlendirilmesi ve kontrol edilmesidir (Okumuş ve ark. 1993; Akdemir 1994, Walker ve ark. 1998; Yılmaz 2001). Bakımı verenler tarafından kalite değerlendirilmesinin yapıldığı bu yöntemde, hizmeti alanların bakım standardının ne olduğunu veya bakımdan ne gibi sonuçlar beklemeleri gerektiğini bilmemeleri, tedavi/bakımın hasta üzerindeki etkisinin yeterli ve etkili bir şekilde değerlendirilmemesine neden olmakta ve sağlanan bakım kalitesi üzerinde bakım verenler ve bakımı alanlar arasında uyum sorununa yol açmaktadır (Walker ve ark. 1998; Yılmaz 2001).

Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer bir yöntem ise hastanın bakıma ilişkin memnuniyetinin belirlenmesidir (Walker ve ark. 1998). Son on yıldır sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan hasta memnuniyeti; hastanın yaşam tarzı, geçmiş deneyimleri, gelecekte beklenenleri, hem bireysel hem de toplumsal değerleri içeren birçok faktörle ilişkili karmaşık bir kavramdır (Carr-Hill 1992; Merkouris ve ark. 1999; Grogan ve ark. 2000). Sağlık hizmetlerinde, bakımın kalite göstergesi olarak kabul edilen hasta memnuniyeti, bakım sunumunun bir sonucu olarak görülmekte ve genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır (Yılmaz 2001; Hastaoğlu 2007; Çoban ve Kaşıkçı 2008).



Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör olması nedeniyle sağlık kurumlarında bakım kalitesinin artırılmasında, hemşirelik bakımının geliştirilmesi çok önemlidir (Okumuş ve ark. 1993; Akdemir 1994; Yılmaz 2001). Sağlık çalışanları arasında hemşire sayısının çok olması ve hastalar ile daha fazla birlikte olmaları nedeniyle verilen bakımı değerlendirme, var olan durumu belirlenme ve gerekli düzenlemeleri yapma gibi sorumlulukları vardır (Merkouris ve ark. 1999; Hastaoğlu 2007).

Hasta memnuniyet değerlendirmeleri, hastaların hemşirelik bakımından beklentilerini ortaya koyarak, kaliteli bakım olarak neye önem verdiklerinin belirlenmesine, böylece bireyselleştirilmiş ve hasta merkezli kaliteli bakım verilmesine olanak sağlayabilecektir (Okumuş ve ark. 1993; Algier ve ark. 2005).

Son zamanlarda gelişen ve değişen sağlık gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanması için hemşirelerin, üstlendikleri rol ve işlevlerini tekrar gözden geçirmesi zorunludur. Hemşirenin en önemli sorumluluğu tartışmasız, hastaya bireysel, bilimsel, teknik olanakları kullanarak, gereksinimleri doğrultusunda bakım vermektir (Hastaoğlu 2007). Bu bağlamda, hastaların en iyi sonuca ulaşmaları ve hemşirelik bakım kalitesini yükseltmeleri amacıyla, verilen hemşirelik bakımı ile ilgili hastaların algılarının bilinmesi ve bu algıyı etkileyen faktörlerin araştırılması önemlidir. Bir hizmetin, hem hizmeti üretenler/sağlayanlar hem de hizmeti alanlar tarafından en iyi şekilde değerlendirileceği dikkate alındığında, hemşirelik bakım kalitesinin hastalar ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi, bakımın nitelikli bir biçimde doğru şekilde yapılandırılmasına katkıda bulunacaktır.

Bu çalışma, genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesini nasıl algıladıklarını ve algılamalarını etkileyen faktörleri belirleyerek bakımın geliştirilmesi ve nitelikli uygulanmasına öneriler getirmek amacıyla planlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi Kavramı

Latince “qualis” kelimesinden köken alan kalite, “aslında öyle olmak” şeklinde tanımlanabilir. Amaca uygunluk ya da gereksinimlerin karşılanma derecesi olarak tanımlanan *kalite*, tüketicilerin bilinçlenmesi ve daha iyiyi talep etmeleri, üreticilerin de işlerinde uzmanlaşmaya başlamaları ve rekabetin de artmasıyla günümüzde bütün alanlarda ön plana çıkmış, her zaman, her yerde ve her konuda vazgeçilmez bir kavram haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı bireyden bireye farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavramdır (Yılmaz 2001; Bircan ve Baycan 2004).

TSE-ISO 9005 Kalite Sözlüğü’nde kalite, “bir ürün ya da hizmetin gereksinimleri karşılama yeteneği” şeklinde tanımlanmaktadır (Genç 2007; p:207). Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Standardization Organization-ISO) kaliteyi, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan, özelliklerin toplamı olarak tanımlamaktadır (Yılmaz 2001; Genç 2007, p:207). Diğer bir ifadeyle kalite, tüketicinin gerçek ve algılanan gereksinim ve isteklerinin, en az kaynak kullanımı ile memnun edilmesidir.

Hizmetlerin temel özellikleri olan soyutluk, değişkenlik ve dayanıksızlık, hizmet üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi faktörleri; hizmet üretimini, satışını, müşterilerin kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmetlerin soyut oluşu, müşterilerin satın almadan ya da kullanmadan önce, alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Aynı nedenle hizmetin kalite kontrolünün belirlenmesi de son derece zordur. Ancak dikkatli personel seçimi ve eğitimle, hizmet kalitesini bir ölçüde standartlaştırmak mümkün olabilir (Devebakan ve Aksaraylı 2003; Devebakan 2005).

Hizmet kalitesi; hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi olarak tanımlanır. Başka bir ifade ile hizmet kalitesi, bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da beklentilerin üstüne çıkabilme yeteneği, bir süreç ve yatırım olarak ifade edilmektedir (Devebakan 2005).

Hizmeti alanlar yönünden hizmet kalitesinin tanımı, hizmet beklentilerini etkileyen faktörler ve hizmet kalitesinin boyutları konusundaki bilgiler önemlidir. Hizmet kalitesinin genel boyutları olarak somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenlik, erişim, iletişim, empati gibi kavramlar söz konusudur. Hizmeti alanların beklentileri ile hizmet sunan birimlerin hizmet beklentileri algılayışları arasında bir boşluk vardır. Bir hizmet biriminin müşterilerinin beklentilerini bilmemesi ya da müşteri beklentilerinin yanlış değerlendirilmesi para, zaman ve diğer kaynakların boşa harcanması gibi bazı sakıncalar doğurabilmektedir. Bu nedenle hizmet kalitesi ölçümü oldukça önemlidir (Hastaoğlu 2007).

## **2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı**

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980’li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri (talebin fazla, maliyetin yüksek olması, hizmetin zorunlu olması gibi) nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır (Aslantekin ve ark. 2007).

Sağlık bakım sistemi içinde kalite, “sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite “uluslar arası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması” şeklinde tanımlanabilmektedir (Aksakal ve Bilgili 2008).

Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi’nin (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tanımına göre kalite; günün bilgileri ışığında verilen bakımın, istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesidir (Yılmaz 2001).

Başka ifadeyle sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımın verilmesi, klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların azaltılması/elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojisinden yararlanılması, sağlık çalışanları ile hasta ilişkilerinin belli bir düzeyde

olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilmektedir (Tükel ve ark. 2004).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ne olduğunu açıklamak ve standartlar geliştirmek oldukça zordur ve bu zorluk sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Sağlık hizmetleri de bir üretim süreci içinde üretilmekte ve sunulmaktadır. Bu süreç içinde hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, ayrıca subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (Yurt 1999; Aslantekin ve ark. 2007). Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım gereksiniminin doğmasına neden olan etmenler arasında;

- Sağlık hizmetini talep edenlerin eğitim ve bilinç düzeylerinin yükselmesine bağlı olarak kaliteli hizmet talebinin artmış olması,
- Halen sunulan sağlık hizmetlerindeki kalite düzeyi farklılıklarının olması,
- Tıbbi teknolojinin gelişmesi,
- Bireylerin aldıkları hizmetin yeterli kalitede olup olmadığını sorgulamaları,
- Sağlık hizmeti ücretinin artması nedeniyle fiyatla orantılı, etkili ve yeterli bakım alınıp alınmadığı endişesinin yaşanması sayılabilir (Gömbül 1993).

Kaliteli sağlık hizmeti;

- Mümkün olan en kısa sürede sağlığı yeniden kazanmak,
- Korunma, erken tanı ve tedaviyi sağlamak,
- Kabul edilebilir bilimsel ilkeleri, uygun modern teknolojiyi, uygun profesyonel kaynakları kullanmak,
- Hizmetin sürekliliği ve ilgililerin değerlendirmeleri bakımından yeterli bir şekilde belgelemek,
- Kayıt tutmak ile sağlanabilir (Akdemir 1994).

Ancak hizmete talebin artması, saptanan politikalarla ucuz eleman, kalifiye olmayan eleman çalıştırılması, verilen hizmete karşılık gereken ödemenin yapılmaması kaliteyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Akdemir 1994). Sağlık kurumlarının

sayısının yetersizliği, hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayılarının eksikliği, araç, gereç ve malzemenin müşterilerin gereksinimlerini karşılamadaki yetersizliği, bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik ise, hizmet kalitesinin ölçümünü beraberinde getirmektedir. Ölçülemeyen bir şeyin iyileştirilmesi mümkün olmayacağından, hizmet kalitesini ölçme bu sektörde dikkat edilmesi gereken en öncelikli konuların başında yer almaktadır. Ölçüm konusu ise hizmet işletmelerinde en az anlaşılan konu olması, hizmetin soyut ve davranışlarla ilgili bulunması, bu sektörde ölçüm işlemini zorlaştırmaktadır (Bircan ve Baycan 2004).

### 2.3. Hemşirelik Bakım Kalitesi

Hemşireliğin varoluş nedeni ve hizmet amacı sağlam/hasta bireye “yardım etmek”tir. Hemşireler, sağlığı sürdürme ve geliştirmede, hastalıkları önlemede, hastalık durumunda sağlığı yeniden kazanmada ve baş etmeyi kolaylaştırmak için sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumlara yardım etmede anahtar konumdadırlar (Velioğlu 1999; Birol 2007; Akça-Ay 2007; Sabuncu 2008). Hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir. Hemşireler bu gereksinimi karşılamak için yardım ederken, bir takım sorumluluklarını uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, yönetici, profesyonel rol ve işlevleri sayesinde yerine getirmektedirler (Velioğlu 1999; Birol 2007; Sabuncu 2008). Hemşireler uygulayıcı rollerini bağımlı ve bağımsız işlevlerle gerçekleştirmektedirler. Rol kapsamında olan *bağımsız işlevleri*; hemşirelerin mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullandığı, bilgi ve deneyimleri ile çözümlenebilecek sorunlara yönelik olan “bakım verme” ve “yardım etme” uygulamalarını kapsamaktadır (Birol 2007).

Hemşireliğin temelini oluşturan “*bakım*”, hasta ve hemşire arasındaki etkileşime ve bakım sürecine bağlıdır. Bakım, yapılan işlemlere ilişkin hastanın bilgilendirilmesi, bireyselliğe önem verilmesi, karşılanamayan gereksinimlerin karşılanması, destek sağlanması, baş etmeye yardım edilmesi ve kişilerarası beceri gibi yönleri içermektedir. Bu uygulamalar hemşireliğin sanat yönünü oluşturmakta ve hemşirenin yaptığı bağımsız işlevler kapsamına girmektedir (Swan 1998; Birol 2007).

Hemşireler tarafından yapılan uygulamalar, hemşirelik bakımı olarak isimlendirilir. Hegedus’un (1999)’un belirttiği gibi Hall (1962) hemşirelik bakımını, fiziksel bakım (banyo verme, beslenme, pozisyon verme, boşaltım) olarak belirtmiştir. Henderson (1964) ise hemşirelik uygulamalarını zenginleştirmiş ve bakımı

konuşamayan hastanın dili, gözleri görmeyenin gözü, amputasyon geçiren hastanın ise ayağı olarak tanımlamıştır (Hegedus 1999).

Wolf ve ark. (1998)'in çalışmasında belirtildiği gibi Watson (1985)'da bakımı, sağlığı geliştirmek, sağlığı kazandırmak ve hastalıkları önlemek için insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan kişilerarası süreci kapsayan girişimler olarak ele almıştır. Riemen (1986) bakımı, hasta-hemşire arasındaki etkileşim ve hastanın bakımın anlamını araştırdığı önemli bir durum olarak tanımlamıştır. Riemen çalışmasında; bireyselliğe önem verme, dinleme, kişiye insan olduğunu hissettiren davranışlarda bulunma, yumuşak bir ses tonu kullanma, hastayı güvende hissettirme, hastayı bakıma katma, hastaya gönüllü olarak geri bildirimde bulunma gibi bakım davranışlarının hastalar için önemli olduğunu belirtmiştir. Cronin ve Harrison (1988)'un çalışmasında, hasta izlemleri sırasında sergilenen profesyonel beceriler, bakımın en önemli özellikleri olarak gösterilmektedir (Wolf ve ark. 1998).

Wolf ve ark (1994) ise çalışmalarında, başkalarına saygılı davranma, insan varlığına güvenme, olumlu birliktelik, profesyonel bilgi-beceri ve diğer insanların yaşadıklarına önem verme gibi davranışların önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşireliğin merkezi/odağı olan bakım ile bilgiler sürekli gelişmektedir. Hegedus (1999)'un makalesinde bildirildiği gibi, Leininger (1984), Watson (1985), Benner&Wrubel (1989), Valentin (1989), Nyberg (1990) ve Swanson (1991) gibi birçok hemşire kuramcıya göre bakım, hemşireliğin “özü” ya da “can alıcı noktası” olarak kabul edilmektedir. Benner (1984) bakımı, hasta ile hemşire arasında her zaman değişim içinde olan, kapsamlı, bazen yaşamın en acı ve dramatik anlarında yakınlık kurulmasını sağlayan bir deneyim olarak tanımlamış ve bakımı, hemşireliğin en önemli odak noktası olarak görmüştür. Benner bakım uygulamalarını; yardım edici rol, öğretici-koçluk yapıcı rol, tanılama ve hastayı izleme rolü, ani durumların etkili yönetimi, bakım ve tedavinin etkili yönetimi ve izlenmesi, sağlık bakım uygulamalarında kalitenin yükseltilmesi ve izlenmesi ile organizasyonel ve iş-rol yeterliliği olmak üzere 7 başlık altında toplamıştır (Hegedus 1999).

#### **2.4. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Var olan kaynaklarla hastaya yardım etme, destekleme, eğitim verme, geliştirme ve hastanın sağlığını yükseltme olarak tanımlanan bakım, sağlığın kötüleşmesi nedeniyle bozulan günlük yaşama ilişkin evrensel ve bireysel gereksinimlerin

karşılanması için etkileşim ve katılım üzerine odaklanmaktadır. Profesyonel hemşirelik bakımı, sistematik bilimsel yöntemler ve kuramsal bilgi üzerine temellenmektedir (Johansson ve ark. 2002). Hemşirelerin en temel sorumluluğu, bireye gereksinimi olan “bakım ve yardımı” kaliteli bir şekilde sunmaktır (Akça-Ay 2007). Bakım, hemşirelik uygulamalarının temeli olmasına karşın en önemli sorun sağlık bakımında bütüncül ve insancıl bir yaklaşımla bakım ve bakımla ilişkili davranışların ölçülememesi ya da değerlendirilememesidir (Hegedus 1999).

Bugün bakım kalitesinin değerlendirilmesinde başlıca iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan birincisi, *bakım standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi yolu ile değerlendirilmesi ve kontrol edilmesidir* (Okumuş ve ark. 1993; Akdemir 1994; Walker ve ark. 1998; Yılmaz 2001). Hizmet üretenler ya da verenler tarafından uygulanan bu yöntemde *kalite* “gereksinimlere olan uyum” olarak tanımlanmaktadır (Yurt 1999). Bu yaklaşımda, değerler ve standartlar açısından programın mükemmelliğinin tanımlanmasında ve bu standartların başarılıp başarılmadığının izlenmesinde, profesyoneller sorumlu tutulmaktadır. Bu yöntem mekanik düzeyde oldukça iyi çalışabilir ancak hizmeti alanlar ya da tüketiciler genelde bakım standardının ne olduğunu veya bakımdan ne gibi sonuçlar beklemeleri gerektiğini bilmemekte, tedavi/bakımın hasta ve üzerindeki etkisi yeterli şekilde değerlendirilememektedir. Bu nedenle, sağlanan bakımın kalitesi üzerinde bakım sağlayıcılar ve bakımı alanlar arasında uyum sorunu ortaya çıkmaktadır (Okumuş ve ark. 1993; Akdemir 1994; Walker ve ark. 1998; Yılmaz 2001).

Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer yöntem ise *hasta memnuniyetidir* (Walker ve ark. 1998; Johansson ve ark. 2002).

#### **2.4.1. Hasta Memnuniyeti**

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavramdır ve hastaların algılarının tanımlanmasında, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli göstergelerden biridir (Carr-Hill 1992; Türköz ve ark. 1998; Wolf ve ark 1998; Yılmaz 2001). Bakım sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (Carr-Hill 1992; Yılmaz 2001). Literatürde, Donabedian (1992)’ın hasta memnuniyetini "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta

olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımladığı belirtilmektedir (Yılmaz 2001, Apay ve Arslan 2009).

Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise, ilk kez 1975 yılında Risser tarafından "ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu" şeklinde tanımlanmıştır (Merkouris ve ark. 1999; Yılmaz 2001). Greeneich (1993)'te Risser'in tanımına benzer şekilde hasta memnuniyetini "hastanın beklentileri ve aldığı bakımın uyumu" olarak tanımlamıştır (Yılmaz 2001). Diğer bir ifadeyle hasta memnuniyeti, ideal hemşirelik bakımına hastaların beklentisinin uygunluk düzeyi ve hastanın aldığı hemşirelik bakımını algılama düzeyidir (Merkouris ve ark. 1999; O'Connell ve ark 1999).

Bakım kalitesinin belirlenmesi ve algılanmasında önemli bir ölçüt olan hasta memnuniyeti; hastaların bekletilmemesi, yeterince zaman ayrılması, ilgi gösterme, güler yüzlülük, bilgilendirilme ve sağlık çalışanlarına güven duygusu gibi etkenler sonucunda şekillenmektedir (Uzun ve ark. 2006).

Sağlık hizmetinin kalitesini temelde, hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, tanı, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır. Hastanın beklenti ve algılamaları hemşirelik bakımına yönelik memnuniyeti etkileyen önemli faktörlerdendir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanan beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özellikleri, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimleri gibi faktörlerden etkilenmektedir. Memnuniyeti etkileyen diğer faktör, hastaların aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre değişmektedir (Bal ve ark. 2001; Ercan ve ark. 2004; Algier ve ark. 2005). Hastanın beklentileri, algılamalarından yüksek ise bakım kalitesinin düşüklüğünden, beklentileri karşılanmış ise yüksek düzey bakım kalitesinden söz edilmektedir (Bircan ve Baycan 2004)

#### **2.4.2. Hasta Memnuniyetinin Tarihçesi**

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Merkouris ve ark.



1999). Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Teknolojik gelişmelerle birlikte bireyler, özelleşmiş profesyonellerden, çözümü daha güç olan tedavi ve bakımı almaya başlamışlardır. Ancak var olan bu üstün teknolojiye dayalı bakımda bireyin duyguları yeterince dikkate alınmamıştır. Ayrıca, toplumlarda eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanılarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemektedir (Merkouris ve ark. 1999; Yılmaz 2001). Son on yıldır özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir (Williams 1994; Walker ve ark. 1998; Merkouris ve ark. 1999; Wilde-Larsson ve ark. 1999). Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar ülkemizde de çeşitli sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak giderek artmaktadır (Alcan 1997; Yılmaz 2001).

#### **2.4.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Literatürde hasta memnuniyetini oluşturan faktörlere ilişkin bir birlik olmamasına karşın etkileyen faktörler, hasta (bakım alanlar) ve hemşireye (bakım sağlayıcılar) ait faktörler ile çevresel/kurumsal faktörler altında toplanmaktadır (Yılmaz 2001).

***Hastaya (bakımı alanlar) ait faktörler:*** Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan memnuniyet, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekillerde algılanabilmektedir (Köşgeroğlu ve ark. 2005). Bireyin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi), sosyo-kültürel konumları, psikolojik durumları, sağlık bakımı ile ilgili geçmiş deneyimleri, tıbbi gereksinimleri ve beklentilerindeki kalite tanımı gibi faktörler, hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir (Alcan 1997; Engiz 1999; Cheng ve ark. 2003; Devebakan ve Aksaraylı 2003; Uzun 2003; Ercan ve ark. 2004; Larrabee ve ark. 2004, Şahin ve ark. 2005).

**Hemşirelere (bakımı verenler) ilişkin faktörler:** Hemşirelerin kişilik özellikleri, gösterdikleri destek, nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, hasta-hemşire arasındaki ilişki, hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır (Forbes ve Brown 1995; Alcan 1997; Yılmaz 2001; Uzun 2003; Köşgeroğlu ve ark. 2005). Ayrıca memnuniyet hemşirelerin iş memnuniyetinden de etkilenmektedir. İş memnuniyetsizliği, hemşirelerin tutum ve davranışlarını, hasta-hemşire iletişimini ve bu ilişkinin hasta tarafından algılanmasını etkilemektedir (Larrabee ve ark. 2004).

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Sitzia ve ark. 1998; Walker ve ark. 1998; Merkouris ve ark. 1999; Goldwag ve ark. 2002; Arendts ve ark. 2006; Bulut 2006). Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin, hastalar ile iletişim kurma becerileri, hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım, hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek, bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık çalışanları, hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da, durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastalarda, sağlık çalışanlarına güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (Larsson ve 1996, Yılmaz 2001, Yılmaz 2002). Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemekte, ek olarak çalışanların hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir (Walker ve ark. 1998; Aytar ve Yeşildal 2004). Yapılan çalışmaların sonuçları, bilgi vermenin önemini ortaya koymakla birlikte, özellikle sağlık çalışanları açısından bu alanda daha fazla ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir (Evans ve ark. 1998; Yılmaz 2001).

**Çevresel/kurumsal faktörler:** Hastaneye ulaşılabilirlik, hastane ortamı, hastanenin teknolojik alt yapısı, çalışma saatleri, otoparkın olması, hastane temizliği, beslenme hizmetlerinin kalitesi gibi faktörler bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkilidir (Alcan 1997; Walker ve ark. 1998; Yılmaz 2001; Aytar ve Yeşildal 2004).

Irurita (1999), hemşirelik bakım kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, hemşirelik bakım memnuniyetini etkileyen faktörleri hasta ve hemşireye ait faktörler olarak iki grupta toplamıştır: yaş, ekonomik durum, destek sistemleri, hastanın bilgi düzeyi, hastane tipi, çevresel faktörler, *hastaya ait faktörler*, koordinasyon ve iletişim, hastaya nitelikli zaman ayırma, hastanın gereksinimi olduğunda yanında olma, empati yapabilme, şefkatli olma ve teknik beceri gibi faktörler ise *hemşireye ait faktörler* olarak ele alınmıştır.

#### **2.4.4. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi**

Hemşirelik bakım kalitesi hakkında fikir veren hasta memnuniyeti, bakımın planlanması, değerlendirilmesi ve bakım kalitesinin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlamaktadır (Evans ve ark. 1998; Johansson ve ark. 2002; Uzun 2003; Boumans ve ark. 2005; Köşgeroğlu ve ark. 2005; Naomi 2006). Sağlık bakımında hasta memnuniyetini arttırmanın en önemli yollarından birisi bakım hizmetlerini geliştirmektir. Çünkü hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür (Okumuş ve ark. 1993; Akdemir 1994; Evans ve ark. 1998; Sitzia ve ark. 1998; Dindman ve ark. 1999; Çoşkun ve Akbayrak 2001; Yılmaz 2001, Algier ve ark. 2005; Akın ve Erdoğan 2007). Bu konuda yapılan çalışmalarda, hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetlerinin çok önemli bir faktör olarak ele alındığı gözlenmekte ve bu nedenle hemşirelerin hasta ile etkileşimleri ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsur olduğu belirtilmektedir (Okumuş ve ark. 1993; Akdemir 1994; Evans ve ark. 1998; Merkouris ve ark. 1999; Yılmaz 2001; Johansson ve ark. 2002). Hemşirelerin hasta memnuniyetinde önemli rol üstlenmelerinin nedenleri arasında;

- Sağlık çalışanları içinde hemşire sayısının çok olması,
- Hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli/kesintisiz yanlarında bulunması,
- Bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından biri olması yer almaktadır (Merkouris ve ark. 1999).

Sonuç olarak hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin

yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Karadağ 2007). Hasta memnuniyeti, kaliteli bakımın verilmesinde, kaliteyi etkileyen sorunların zamanında saptanması, bu sorunlar doğrultusunda çözüm nerileri geliştirilmesi ve belirlenen çözüm yaklaşımlarının uygulanması ile kaliteli bakımın devamlılığının sağlanmasında önem taşımaktadır (Güneykaya 1998; p: 103). Ayrıca bakım kalitesinin geliştirilmesinde, hasta tercihlerinin ve toplumsal beklentilerin dikkate alınması, verilen bakım ile hastanın istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasının sağlanması da önemlidir. Bu nedenle hasta memnuniyetinin sürekli ölçülmesi, yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi, hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilebilmesi ve kalitenin artırılması açısından yararlı ve gereklidir (Yılmaz 2001).

### **2.5. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesinin nemi**

Sağlık kurumlarının sayısının yetersizliği, sağlık çalışanlarının özellikle hemşire sayısının eksikliği, malzeme, araç ve gercin yetersizliği gibi faktörler sağlık kurumlarında düzeltici önlemlerin alınmasını ile hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik ise, hizmet kalitesinin ölçümünü/değerlendirilmesini beraberinde getirmektedir. llmeyen/değerlendirilmeyen bir Őeyi iyileştirmenin mümkün olmayacağı ilkesiyle, hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık kurumlarında dikkate edilmesi gereken konulardan biri olmaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumları verilen bakımın, hastalar tarafından nasıl algılandığını ve ne derece memnun kaldığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve gerekli iyileştirmeleri yapmak gereksinimindedir (Engiz 1999; Konca ve ark. 2007). Bu kurumlar ayrıca, bakım kalitesini değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde hasta tercihlerini ve toplumsal beklentileri dikkate almak, verilen bakımın hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar (Yılmaz 2001). Hastaların, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık bakım çalışanlarından beklentileri ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ve hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır (Kıdak ve Aksaraylı 2008). Aynı zamanda sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların etkin kullanımının sağlanması (Yılmaz 2001; Ercan ve ark. 2004), sağlık hizmetlerinin

sürekli kullanılması, yanlış kullanımların en az indirilmesi, tıbbi uygulamalarda başarılı sonuçlar alınması ve kalitenin yükseltilmesinde hasta memnuniyeti gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır (Johansson ve ark. 2002).

Bakım kalitesi, hastalar ve sağlık bakım çalışanları tarafından farklı algılanmaktadır. Hasta beklentilerinin ve algılamalarının önemli olduğu hasta memnuniyet değerlendirmeleri, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde ve geliştirilmesinde oldukça yararlı ve vazgeçilmez bir ölçüm olarak kabul edilmektedir (Okumuş ve ark. 1993; Yılmaz 2001; Köşgeroğlu ve ark. 2005).

Sağlık bakım hizmetlerinin temellerinden biri olan hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir. Hastaya verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitesinin artırılmasında, bilimsel bilgiye dayalı olarak geliştirilen bakım standartları ve hasta memnuniyetini değerlendirme yöntemleri önemli rol oynamaktadır (Gömbül 1993; Akdemir 1994; Türköz ve ark. 1998; Yılmaz 2001; Ertem ve Sevil 2007).

Merkouris ve ark. (1999)'nın çalışmasında belirtildiği gibi, Abdellah ve Levine 1957 yılında, hasta memnuniyetini ölçen araçlar geliştirmeye gereksinim olduğunu ileri sürmüşler, bu bağlamda, konu ile ilgili çok sayıda geçerli ve güvenilir ölçüm araçları geliştirilmiştir (Merkouris ve ark. 1999). Larrabee ve Bolden (2001) 1957-2001 yılları arasında, verilen hemşirelik bakımına yönelik hasta memnuniyetini değerlendirmede, 40 ölçek geliştirildiğini ve bu ölçeklerin 28 tanesinin genel olarak hastanelerdeki hemşirelik bakımını ölçmek amacıyla kullanıldığını belirlemiştir (Larrabee ve Bolden 2001). Hastaların, hemşirelik bakımına yönelik memnuniyetini etkili bir şekilde ölçmek için kullanılacak ölçeklerin güvenilir, geçerli ve yeni gruplara uygulanabilme özelliğine sahip olması gerekmektedir (Forbes & Brown 1995; Grogan ve ark. 2000; Uzun 2003). Hasta memnuniyetinin düzenli olarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi, hastalar tarafından algılanan kalitenin düzeyinin izlenmesine ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında gerekli düzenlemelerin yapılmasına, dolayısıyla da hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına olanak sağlayacaktır. Ülkemizde, hemşirelik bakım kalitesinin hasta birey tarafından değerlendirilmesini sağlayan ölçüm araçlarının yetersiz olması, yapılacak bilimsel çalışmalarla geçerli ve güvenilir araçların geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır (Uzun 2003).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesine ve uygulanmasına katkıda bulunacağı düşünülerek, genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algılamalarını ve etkileyen faktörleri belirlenmesi, bu değerlendirmede kullanılacak ölçme aracının, ülkemize kazandırılması amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapıldı.

#### Araştırma Soruları:

1. Genel cerrahi servisinde verilen hemşirelik bakım kalitesi, hastalar ve hemşireler tarafından nasıl algılanıyor?
2. Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesini algılamaları arasında herhangi bir farklılık var mı?
3. Hasta ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelik bakım kalitesini algılamaları arasında bir ilişki var mı?

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (CTF) ile İstanbul Tıp Fakültesi (İTF)'nin Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, 15 Kasım 2008-30 Nisan 2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Servisi 208 yatak ve 6 bölümden oluşmakta, çalışmanın yapıldığı dönemde bu serviste toplam 56 hemşire çalışmakta; İTF Genel Cerrahi Servisi 157 yatak ve 6 bölümden oluşmakta, çalışmanın yapıldığı dönemde bu bölümde toplam 42 hemşire çalışmakta idi. Ayrıca genel cerrahi hastalarının yattığı 34 yataktan oluşan özel serviste 12 hemşire çalışıyordu.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, CTF ve İTF genel cerrahi servisinde çalışan tüm hemşireler ve cerrahi girişim geçiren tüm hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme, araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme (Ek 1 ve Ek 2) sonrası araştırmaya katılım izni alınan ve araştırma ölçütlerine uyan, evren içindeki hasta ve hemşireler alındı.

**Hastalar için araştırmaya alınma ölçütleri;**

- Genel cerrahi servisinde yatıyor olma,
- Cerrahi girişim geçirmiş olma,
- Genel durumun stabil olması,
- 18 yaş ve üstünde olma,
- Okur-yazar olma,
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmama,
- Taburculuğu planlanan,
- Araştırmaya gönüllü katılmadır.

**Hemşireler için araştırmaya alınma ölçütleri;**

- Genel cerrahi servisinde en az 2 aydır çalışıyor olma,
- Araştırmaya katılımı kabul etmedir.

Araştırma aynı evrende fakat farklı hasta grubuna ve aynı hemşire grubuna yapıldı. Birinci aşamada Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün (BDÖ-24, Caring Behaviour Inventory) Türkçe dil geçerliği ve geçerlik-güvenirliği yapıldı. Ölçek uyarlaması yapılırken gerekli olan örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlardan biri ölçeğin madde sayısı göz önüne alınarak madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınmasıdır (Şencan 2005 p:363). Bu yaklaşım doğrultusunda 24 maddeli BDÖ-24'ün geçerlik güvenirlik çalışması 240 hasta ve 103 hemşire ile gerçekleştirildi. Hemşirelerden 7'si çalışmanın yapıldığı dönemde izinli olduklarından ya da çalışmaya katılmayı kabul etmedikleri için araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Geçerlik-güvenirlik grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3-1, 3-2 ve 3-3'de verildi. Hemşireler ile ilgili veriler ise, bulgular bölümünde verildi.

**Tablo 3-1:Geçerlik-güvenirlik çalışmasına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	148	61,7
Erkek	92	38,3
<b>Yaş grubu</b>		
17-39 yaş	66	27,5
40-64 yaş	128	53,3
65 yaş ve üzeri	46	19,2
<b>Medeni durum</b>		
Bekar/dul	65	27,1
Evli	175	72,9
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar	24	10,0
İlköğretim	129	53,8
Lise	42	17,5
Üniversite	45	18,8
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	63	26,3
Çalışmıyor	177	73,8
<b>Yaşadıkları yer</b>		
İl	195	81,3
İlçe	30	12,5
Kasaba-köy	15	6,3
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	236	98,3
Yok	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

Geçerlik güvenirlik grubunda yer alan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %61,7'sinin kadın, %53,3'ünün 40-64 yaşları arasında olduğu, %72,9'unun evli, %53,8'sinin ilköğretim mezunu, %73,8'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %81,3'ünün il merkezinde yaşadığı ve büyük çoğunluğunun (%98,3) ise sosyal güvencesi olduğu belirlendi (Tablo 3-1).



**Tablo 3-2: Geçerlik-güvenirlik çalışmasına alınan hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsü**

Sağlık öyküsü	n	%
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	68	28,3
Yok	172	71,7
<b>Daha önce hastaneye yatma durumu</b>		
Evet	176	73,3
Hayır	64	26,7
<b>Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu</b>		
Evet	151	62,9
Hayır	89	37,1
<b>Hastane</b>		
CTF	130	54,2
İTF	110	45,8
<b>Tanı</b>		
Kanser	121	50,4
Kanser dışı	119	49,6
<b>Hastanede yatış süresi</b>		
1 gün	6	2,5
2-7 gün	112	46,7
8-15 gün	72	30,0
16 gün ve üzeri	50	20,8
<b>Sorun/komplikasyon gelişme durumu</b>		
Evet	38	15,8
Hayır	202	84,2
<b>Toplam</b>	<b>366</b>	<b>100</b>

Hastaların geçmiş sağlık öyküleri incelendiğinde; %71,7'sinin kronik hastalığı olmadığı, %73,3'ünün daha önce hastaneye yattığı ve %62,9'nun daha önceden bir cerrahi girişim geçirdiği belirlendi. Şimdiki sağlık öyküleri incelendiğinde; hastaların %54,2'sinin İTF hastanesinde yattığı, %50,4'ünün kanser nedeniyle tedavi edildiği, %46,7'sinin hastanede 2-7 gün arasında yattığı ve %84,2'sinin hastanede yattıkları süre içinde en az bir sorun/komplikasyon geliştiğini ifade ettikleri saptandı (Tablo 3-2).

**Tablo 3-3:Geçerlik-güvenirlik çalışmasına alınan hastaların serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakımına verdikleri puan**

<b>Hemşirelik bakımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Serviste verilen hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu</b>		
Evet	205	85,4
Hayır-Kısmen	35	14,6
<b>Hemşirelik bakımının yeterli olmama nedenleri</b>		
<b>Bakılan hasta sayısının fazla olması</b>		
Evet	24	10,0
Hayır	216	90,0
<b>Hemşire sayısının yetersiz olması</b>		
Evet	52	21,7
Hayır	188	78,3
<b>Hemşirelerin iş yükünün fazla olması</b>		
Evet	18	7,5
Hayır	222	92,5
<b>Hemşirelerin güler yüzlü olmaması</b>		
Evet	11	4,6
Hayır	229	95,4
<b>Hemşirelerin zamanın olmaması</b>		
Evet	27	11,3
Hayır	213	88,7
<b>Diğer*</b>		
Evet	18	7,5
Hayır	222	92,5
<b>Toplam</b>	<b>366</b>	<b>100</b>
<b>Hemşirelik bakımına verilen puan</b>	<b>8,60±1,91 (min:1 max: 10)</b>	

\* Hastanın bakım beklentisi olmaması, hastaya bilgi verilmemesi, hemşirelerin deneyimsiz olması, hemşirenin bakım vermek istememesi

Çalışmanın yapıldığı genel cerrahi servisinde verilen hemşirelik bakımının yeterli olma durumu ve bakımın yeterli olmama nedenleri incelendiğinde; hastaların %85,4'ünün verilen hemşirelik bakımını yeterli buldukları belirlendi, Bakım kalitesinin yetersiz ya da kısmen yetersiz olma nedenleri sorulduğunda hastaların %21,7'sinin hemşire sayısının yetersiz, %11,3'ünün hemşirelerin zamanının olmadığını, %10,0'unun

hasta sayısının fazla olduğunu, %7,5'inin hemşirelerin iş yükünün fazla, %7,5'inin bakım beklentisi olmadığı, bilgi verilmediği, hemşirelerin deneyimsiz olduğu, hemşirelerin bakım vermek istemedikleri, %4,6'sının ise hemşirelerin güler yüzlü olmadığını ifade ettikleri saptandı. Hastaların yattıkları serviste verilen hemşirelik bakımından memnun olma durumları 0 ile 10 arasında puanlanan Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ile değerlendirildi. Hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanı ortalama  $8,60 \pm 1,91$  (range: 1-10) olduğu belirlendi (Tablo 3-3).

Çalışmanın ikinci aşamasında ise, aynı evrende farklı hasta grubu ve aynı hemşire grubu ile gerçekleştirildi. Bu aşamaya örneklem formülü ile hesaplanarak 366 hasta ve 103 hemşire alındı. İkinci aşamada örnekleme alınacak hasta sayısını belirlemek için evreni belli olan örneklem büyüklüğü formülü kullanıldı. Bu amaçla, 1 Ocak-30 Aralık 2007 tarihleri arasında her iki tıp fakültesi genel cerrahi servislerinde yapılan cerrahi girişim sayısı belirlendi.

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

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

N= Evrendeki birey sayısı (7980)

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı/olasılığı (0,5)

q= İncelenen olayın görülmeme sıklığı/olasılığı (1-p= 0,5 )

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri  $\pm$  sapma (0,05)

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerin toplanmasında, “Hasta Bilgi Formu”, “Hemşire Bilgi Formu” ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24” kullanıldı.

#### 3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Çalışmaya alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin sorgulanması amacıyla iki hasta bilgi formu geliştirildi.

- **Ölçek uyarlama aşamasında kullanılan hasta bilgi formu;** hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma

durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence varlığı) ve sağlık öyküsüne ilişkin özelliklerini (kronik hastalık varlığı, geçmiş hastane ve cerrahi girişim deneyimi, yattığı hastane, tanısı, hastanede kalış süresi, sorun/komplikasyon varlığı, hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu, hemşirelik bakımına verdikleri puan) belirleyen iki bölümden oluşmaktadır (Ek 3).

- **İkinci aşamada kullanılan hasta bilgi formunda**, “sosyo-demografik” ve “sağlık öyküsüne” ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 19 soru yer almaktadır. Sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bölümde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence durumunu belirleyen sorular, sağlık öyküsü ile ilgili bölümde; kronik hastalık varlığı, geçmiş hastane ve cerrahi girişim deneyimi, yattığı hastane, tanısı, hastanede kalış süresi, sorun/komplikasyon varlığı, bilgilendirilme durumları, alınan bakımlar, hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu, hemşirelik bakımına verdikleri puanı belirleyen sorulara yer verildi (Ek 4). Bilgi kapsamına, genel cerrahi hastalarına verilebilecek 15 maddelik genel konular (servis tanıtımı, tanı yöntemleri, cerrahi girişim öncesi aç kalma, bölge temizliği, ojektakı-protez çıkarma, ameliyat giysisi, ameliyathane ortamı, solunum egzersizleri, triflo kullanımı, egzersizler, sonda-katater ve drenler, ilaçlar, mobilizasyon, beslenme, taburculuk eğitimi) alındı. Bakım girişimleri kapsamında ise genel cerrahide hastalara gereksinimleri doğrultusunda uygulanabilecek 20 hemşirelik girişimi (ağrı kontrolü, solunum uygulamaları, sonda-IV katater bakımı, yaranın ve pansumanın kontrol edilmesi, yaşam bulguları, beden sıcaklığında yükselme, bulantı-kusma, yatak yarası, konstipasyon gibi sorunların kontrolü, beslenmeye yardım, egzersizlerin uygulatılması, mobilizasyona yardım, tedavileri yapma, hijyenik gereksinimler, bireye ve aileye destek, bilgilendirme) yer aldı.

### 3.4.2. Hemşire Tanıtım Formu

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin “sosyo-demografik ve mesleki yaşam özelliklerine” ilişkin toplam 20 soruyu içeren hemşire bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bölümde; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu ile ilgili sorular, mesleki yaşamları ile ilgili bölümde; çalışma yılı, mesleğini isteyerek yapma durumu, genel cerrahide isteyerek çalışma durumu ve süresi, şimdiki pozisyonu ve bu pozisyonda çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, servisin yatak sayısı, günlük ve gece bakılan

hasta sayısı, servisin günlük yapılan cerrahi girişim sayısı, hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu ve hemşirelik bakımına verdikleri puanı gibi sorular yer almaktadır (Ek 5).

### 3.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24

Wu ve ark (2006) tarafından oluşturulan bu ölçek, Wolf ve ark. (1994) tarafından geliştirilen hasta ve hemşireler tarafından çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)”nin kısa formudur (Ek 6) (Wu ve ark. 2006).

Ölçek, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Wolf ve ark. 1994). BDÖ-24, hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. (Wu ve ark. 2006). Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır.

4 alt gruptan ve 24 maddeden oluşan Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün (Tablo 3-4) yanıtları için 6 puanlı likert tipi bir skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır.

Ölçek, hasta ile araştırmacı tarafından (bireysel veya telefon görüşmesi) ya da hastanın kendisinin doldurması ile uygulanmaktadır. Hem hasta hem de hemşireler için ölçeğin iç tutarlılığı, toplamda 0,96, alt gruplarda 0,82-0,92 arasında değişmektedir (Wu ve ark. 2006). Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeği oluşturan araştırmacılardan izin alındı (Ek 7). Ölçek puanlarının hesaplanması:

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

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

**Tablo 3-4: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün alt boyutları**

<b>Ölçeğin alt grupları</b>	<b>Madde numaraları</b>	<b>Madde sayısı</b>
Güvence	16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24	8 madde
Bilgi ve beceri	9, 10, 11, 12, 15	5 madde
Saygı olma	1, 3, 5, 6, 13, 19	6 madde
Bağlılık	2, 4, 7, 8, 14	5 madde
<b>Toplam</b>	<b>1-24</b>	<b>24 Madde</b>

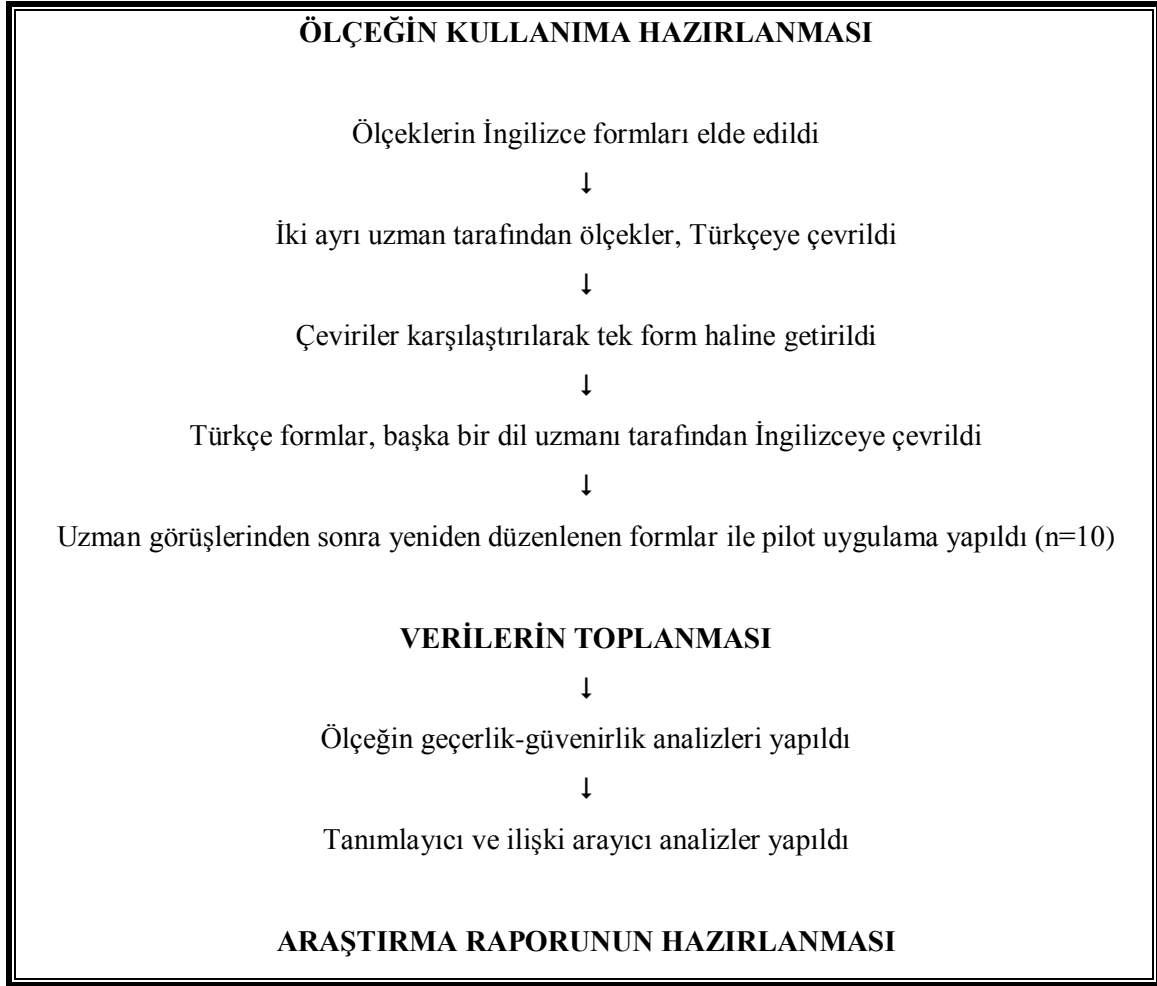
### 3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci iki aşamada gerçekleştirildi. Birinci aşamada, BDÖ-24'ün geçerlik ve güvenirlik çalışması, ikinci aşamada ise genel cerrahi hasta ve hemşirelerinin bakım kalitesini algulamalarını ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik veri toplama çalışması yapıldı.

Veriler, 15 Kasım 2008-30 Nisan 2009 tarihleri arasında, CTF ve İTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, çalışma ölçütlerine uyan hasta ve hemşireler ile görüşülerek toplandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ve hemşirelere, çalışmanın amacı ve formların doldurulması ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra formlar, katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu. Formların doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü, bu aşamada sorun yaşayan katılımcılara gerekli açıklamalar yapıldı. Test-tekrar test uygulaması 54 hasta ve 42 hemşire ile gerçekleştirildi.

Çalışmanın ikinci aşamasında; çalışma grubundaki hastalara araştırmanın türü, amacı ve uygulama süresi açıklanarak katılım için gerekli yazılı izinleri alındıktan sonra taburcu olacakları gün, hasta bilgi formu ve BDÖ-24 formunu doldurmaları sağlandı.

Araştırma sürecinin aşamaları Şekil 3-1'de verildi.



**Şekil 3-1: Araştırma süreci**

### **3.5.1. Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması**

İyi bir ölçme aracı olması gereken vazgeçilmez iki temel özellik geçerlik ve güvenirliliktir (Ercan ve Kan 2004). Geçerlik, ölçme aracının ölçülme istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir. Güvenirlilik ise, ölçme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme yeteneğidir (Gözüm ve Aksayan 2002a, Ercan ve Kan 2004).

#### **Geçerlik Çalışması**

***Dil ve Kapsam Geçerliği:*** Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasında, semantik ve kavramsal eşdeğerliğin sağlanabilmesi için literatürde dil uyarlaması konusunda geçerli yöntemlerden biri olan grup çevirisi yöntemi kullanıldı (Gözüm ve Aksayan 2002b).

Araştırmacı tarafından ölçek, Türkçeye çevrildi. Türkçeye çevrilen ölçek, iki dili de iyi bilen 6 uzman (Ek 8) tarafından kontrol edildi. Her bir uzmandan alınan taslak ölçek değerlendirildi ve en uygun ifadeler seçilerek, Türkçe form oluşturuldu. Bir uzman tarafından, Türkçe ölçek tekrar İngilizceye çevrildi. Geri çevirisi yapılan ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olup olmadığı değerlendirilerek dil geçerliği onaylandı.

Kapsam (içerik) geçerliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını değerlendirmek için kullanılır. Bu çalışmada, elde edilen ölçeğin Türkçe formu, kapsam geçerliği için öğretim üyelerinden oluşan 11 kişilik uzman grubunun (Ek 9) görüşüne sunuldu. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik İndeksi-KGİ (Content Validity Index-CVI) kullanıldı (Erefe 2002). Bu amaçla uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; “1 puan= madde uygun değil, 2 puan= maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerekiyor, 3 puan= madde uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4 puan= madde çok uygun” olarak değerlendirme yapmaları istendi. Ölçeğin KGİ puanı hesaplanırken uzman görüşlerine göre 1 ve 2 puan alan maddeler kabul edilemez, 3 ve 4 puan alan maddeler kabul edilebilir olarak sınıflandırıldı. Her madde için tüm uzman görüşünün yüzde kaçından 3 ve 4 puan aldığı hesaplandı (madde KGİ). Tüm ölçekteki maddelerin KGİ puanlarının ortalaması toplam ölçek KGİ puanını vermektedir. Yapılan değerlendirmede, ölçek maddelerinin %80'nin 3 ve 4 puan alması beklenmektedir (Burns ve Grove 1997, Erefe 2002). Bu çalışmada, 3 puandan düşük puan alan maddeler yeniden gözden geçirildi. Çalışmada yapılan yüzdelerle değerlendirilmeye göre ölçeğin KGİ değeri %95 olarak bulundu. 24 maddeden oluşan taslak ölçeğin pilot çalışması 10 hastada yapılarak, gerekli düzetmelerden sonra geçerlik-güvenirlilik çalışması için örneklem grubuna uygulandı.

**Yapı (Contract) Geçerliği:** Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçeye uyarlamasında yapı geçerliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı. Doğrulayıcı faktör analizi, eldeki verinin ölçmek istenen değişkenleri ne derece tahmin ettiği hakkında fikir vermektedir (Şencan 2005 p:408). Bu analiz sonucunu değerlendirebilmek için bağımsız değerlendirme ölçütlerine başvurmak gerekmektedir. Uyum iyiliği istatistikleri (Goodness of Fit Indices) olarak adlandırılan bu değerler, her bir modelin bir bütün olarak veri tarafından kabul edilebilir bir düzeyde desteklenip desteklenmediğine ilişkin yargıya ulaşılmasına olanak



sağlamaktadır. Literatürde bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair tam bir uzlaşma bulunmamaktadır (Şimşek 2007, Harrington 2009). Uyum iyiliği istatistikleri;

- **Ki-kare uyum istatistiği:** Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir. Ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür. Çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür. Çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Şimşek 2007, Harrington 2009).

- **Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri;** Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR), Comperative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index (GFI) ve Adjusted Goodnes of Fit Index (AGFI)'dir. RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'ten küçük olması SRMR'nin 0,10'dan küçük olması, CFI, NNFI değerlerinin 0,90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0,80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Şimşek 2007, Harrington 2009).

Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçeye uyarlanmasında yapı geçerliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular Tablo 3-5'de gösterildi.

**Tablo 3-5:Hasta ve hemşireler için BDÖ-24'ün uyum iyiliği göstergeleri**

	n	$\chi^2$	df	p	$\chi^2/df$	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	SRMR
<b>Hasta grubu</b>	240	885,71	246	0,00	3,6	0,76	0,71	0,97	0,10	0,059
<b>Hemşire grubu</b>	103	473,98	246	0,00	1,9	0,72	0,66	0,97	0,095	0,076

Hastalar için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri Ki-kare=885,71, (p=0,000), Serbestlik Derecesi= 246, RMSEA= 0,10 (p<0,05), SRMR= 0,059, CFI= 0,97, NNFI= 0,97, GFI= 0,76 ve AGFI = 0,71 olarak bulundu (Tablo 3-5). Doğrulayıcı faktör analizinde, bu ölçeğin tüm maddelerinin elde edilen yükleri 0,30'un üzerinde saptandı. Hastalar için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri incelendiğinde;

- $\chi^2/df$  değerine göre modelin **kabul edilebilir bir model olduğu**,
- GFI ve AGFI değerlerine göre modelin **kabul edilebilir bir uyum iyiliği göstermediği**,
- CFI, SRMR ve NNFI değerlerine göre **uyumun iyi olduğu**,
- RMSEA değerine göre ise **uyumun zayıf olduğu** belirlendi.

Hemşireler için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri Ki-kare= 473,98, (p = 0,00), Serbestlik Derecesi= 246, RMSEA = 0,095 (p<0,05), SRMR= 0,076, CFI = 0,97, NNFI= 0,96, GFI=0,72, AGFI = 0,66 olarak belirlendi (Tablo 3-5). Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin tüm maddelerinin yükleri 0,30'un üzerinde bulundu. Hemşireler için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri incelendiğinde;

- $\chi^2/df$  değerine göre modelin **iyi bir model olduğu**,
- GFI ve AGFI değerlerine göre **iyi uyumun olmadığı**,
- CFI, SRMR ve NNFI değerlerine göre modelin **uyumunun iyi olduğu**,
- RMSEA değerine göre ise **uyumun zayıf olduğu** belirlendi.

### **Güvenirlilik Çalışması**

Güvenirlilik, her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir. Ölçme aracının verileri doğru toplandığını ve yinelenbilir olduğunu bu özelliği belirler (Erefe 2002). Bu çalışmada, ölçeğin güvenirliliğini değerlendirmede “Test-Tekrar Test”, iç tutarlılığını değerlendirmede ise “Cronbach Alpha Korelasyon Analizi” ve “Madde Analizi (madde toplam puan korelasyonu)” kullanıldı.

**Test-Tekrar Test (Zamana Karşı Değişmezlik):** Test- tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişmeler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır (Ercan ve Kan 2004). Test-tekrar test güvenirliliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (Gözüm ve Aksayan 2002a). Uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenirliliğini bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenirlilik katsayısını verir. Test puanları sürekli

değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında genellikle “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği” kullanılmaktadır (Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2002a, Ercan ve Kan 2004). Korelasyon katsayısı (r) “0” ile “1” arasında değişen değerler alabilmektedir. Korelasyon katsayısı yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişme olmadığını gösterir (Karasar 1995). Bu çalışmada 42 hemşire, 55 hasta ile yapılan test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunu gösteren korelasyon analizi sonucu Tablo 3-6’de verildi.

**Tablo 3-6: Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün test-tekrar test puanlarının korelasyon analizi**

Test-Tekrar Test Uygulaması	Hasta grubu (n=55)		Hemşire grubu (n=42)	
	r	p	r	p
<b>Birinci uygulama</b>	0,84	0,000	0,82	0,000
<b>İkinci uygulama</b>				

Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün güvenilirlik analizi olarak birinci ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; hastalar için korelasyon değeri 0,84, hemşireler için ise 0,82 olarak bulundu. Her iki grupta da ölçeğin iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p < 0,001$ ) (Tablo 3-6). Bu sonuçlar, ölçeğin tekrarlanan ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip, oldukça tutarlı bir ölçek olduğunu göstermektedir.

**İç Tutarlılık:** Ölçme aracının iç tutarlılığı aracın belirli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların, bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. Aracın bütün birimlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğinde olduğunu belirleyen bir ölçüttür (Erefe 2002). Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün maddelerine verilen cevaplar likert tipi bir değerlendirmeyi içerdiği için ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde, Cronbach Alpha katsayısı kullanıldı. Cronbach Alpha değerlendirmesinde çıkan sonuç 0,40’dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değil, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlikte, 0,60-0,79 arası oldukça

güvenilir, 0,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Akgül ve Çevik 2005, Özdamar 2009).

Bu çalışmada BDÖ-24'ün alt boyut ve tüm ölçek için Cronbach Alpha katsayısı incelendiğinde; hasta grubunda; *güvence boyutu* için 0,93, *bilgi-beceri boyutu* için 0,89, *saygılı olma boyutu* için 0,90, *bağlılık boyutu* için 0,90 ve *tüm ölçek* için 0,97'dir. Hemşire grubunda ise; *güvence boyutu* için 0,94, *bilgi- beceri boyutu* için 0,81, *saygılı olma boyutu* için 0,90, *bağlılık boyutu* için 0,85 ve *tüm ölçek* için 0,96 olarak bulundu. Saptanan bu değerler, ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin madde analizleri "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı" kullanılarak değerlendirildi. Buna göre BDÖ-24 alt boyutları madde-toplam puan korelasyonları ve madde-toplam puan korelasyonları Tablo 3-7'de gösterildi.

**Tablo 3-7: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün madde-alt boyut puan ve madde-toplam puan korelasyonları**

Ölçek maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı				Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı			
	Hasta Grubu (n=240)		Hemşire Grubu (n=103)		Hasta Grubu (n=240)		Hemşire Grubu (n=103)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Güvence</b>								
16. Hastaya istekle gitme	0,81	0,000	0,83	0,000	0,76	0,000	0,81	0,000
17. Hastayla konuşma	0,82	0,000	0,89	0,000	0,80	0,000	0,85	0,000
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme	0,84	0,000	0,87	0,000	0,81	0,000	0,84	0,000
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme	0,81	0,000	0,84	0,000	0,79	0,000	0,82	0,000
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme	0,85	0,000	0,82	0,000	0,76	0,000	0,78	0,000
22. Hastaya ilgi gösterme	0,88	0,000	0,90	0,000	0,84	0,000	0,84	0,000
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama	0,77	0,000	0,74	0,000	0,69	0,000	0,68	0,000
24. Hastanın semptomlarını hafifletme	0,82	0,000	0,83	0,000	0,73	0,000	0,77	0,000
<b>Bilgi-Beceri</b>								
9. Enjeksiyon, intravenöz v.b. girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme	0,86	0,000	0,75	0,000	0,70	0,000	0,53	0,000
10. Hastaya güven verme	0,87	0,000	0,84	0,000	0,81	0,000	0,70	0,000
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme	0,86	0,000	0,84	0,000	0,74	0,000	0,66	0,000
12. Araç-gereci beceriyle kullanma	0,91	0,000	0,77	0,000	0,74	0,000	0,54	0,000
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma	0,72	0,000	0,62	0,000	0,59	0,000	0,62	0,000

**Tablo 3.7: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün madde-alt boyut puan ve madde-toplam puan korelasyonları (devam)**

Ölçek maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı				Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı			
	Hasta Grubu (n=240)		Hemşire Grubu (n=103)		Hasta Grubu (n=240)		Hemşire Grubu (n=103)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Saygılı Olma</b>								
1. Hastayı dikkatle dinleme	0,78	0,000	0,83	0,000	0,72	0,000	0,79	0,000
3. Hastaya bir birey olarak davranma	0,74	0,000	0,73	0,000	0,74	0,000	0,67	0,000
5. Hastaya destek olma	0,85	0,000	0,85	0,000	0,80	0,000	0,81	0,000
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma	0,86	0,000	0,77	0,000	0,80	0,000	0,69	0,000
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme	0,83	0,000	0,83	0,000	0,76	0,000	0,84	0,000
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama	0,82	0,000	0,86	0,000	0,79	0,000	0,85	0,000
<b>Bağlılık</b>								
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme	0,85	0,000	0,82	0,000	0,79	0,000	0,78	0,000
4. Hastaya zaman ayırma	0,81	0,000	0,80	0,000	0,74	0,000	0,78	0,000
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma	0,89	0,000	0,87	0,000	0,84	0,000	0,79	0,000
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma	0,86	0,000	0,78	0,000	0,82	0,000	0,75	0,000
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama	0,84	0,000	0,70	0,000	0,80	0,000	0,63	0,000

Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün alt boyutlarının güvenilirlik çalışması için alt boyut maddelerinin alt boyut toplam puanları ile korelasyonlarına bakıldığında, korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson Korelasyonu);

- *Güvence boyutunda;* hasta grubu için  $r=0,77$  ile  $0,85$ , hemşire grubu için  $r=0,74$  ile  $0,90$ ,
- *Bilgi-beceri boyutunda;* hasta grubu için  $r=0,72$  ile  $0,91$ , hemşire grubu için  $r=0,62$  ile  $0,84$ ,
- *Saygılı olma boyutunda;* hasta grubu için  $r=0,74$  ile  $0,86$ , hemşire grubu için  $r=0,73$  ile  $0,86$ ,
- *Bağlılık boyutunda;* hasta grubu için  $r=0,81$  ile  $0,89$ , hemşire grubu için  $r=0,70$  ile  $0,87$  arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (Tablo 3-7).

Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün güvenilirlik çalışması için 24 maddenin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson Korelasyonu) hasta grubunda  $r=0,59-0,84$  arasında, hemşire grubunda ise  $r=0,53-0,85$  arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 3-7).

**Tablo 3-8: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları**

Alt boyutlar	Madde sayısı	Alt Boyut-Toplam Ölçek Korelasyon Katsayısı			
		Hasta (n=240)		Hemşire (n=103)	
		r	p	r	p
<b>Güvence</b>	8	0,94	0,000	0,95	0,000
<b>Bilgi ve beceri</b>	5	0,85	0,000	0,81	0,000
<b>Saygılı olma</b>	6	0,94	0,000	0,95	0,000
<b>Bağlılık</b>	5	0,94	0,000	0,94	0,000

Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları incelendiğinde, hasta grubu için  $r= 0,85$  ile  $0,94$  arasında, hemşire grubu için  $r= 0,81$  ile

0,95 arasında olup, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p < 0,001$ ) (Tablo 3-8).

Analizler sonucu elde edilen 4 boyutlu- 24 maddeli Türkçe Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ortaya kondu.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemleri Tablo 3-9'da verildi. Hasta ve hemşirelerin serviste verilen hemşirelik bakımını puanlamalarında 1-10 arasında derecelendirilen GKÖ kullanıldı. Hastaların 15 konuda bilgi ve 20 konuda bakım alma durumları puana dönüştürülerek kullanıldı. Bilgi gereksinimi karşılananlar 1, karşılanmayanlar 0 olarak puanladığında 0-15 arasında bir puan elde edildi. Bakım gereksinimleri karşılananlar 1, karşılanmayanlar 0 olarak puanladığında 0-20 arasında bir puan elde edildi.

**Tablo 3-9: Çalışmada kullanılan istatistiksel analizler**

Değişkenler	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
<b>Ölçek Uyarlama Çalışması</b>	
Geçerlik analizinde;	
Kapsam (içerik) geçerliği	- Kapsam Geçerlik İndeksi,
Yapı geçerliği	- Doğrulayıcı Faktör Analizi
Güvenirlilik analizinde,	
Test-tekrar test	- Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
İç tutarlılık	- Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı
	- Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Düzeltilmiş Formülü (point-bi-serial)
<b>Tanımlayıcı analizler</b>	- Yüzdeler Dağılımı,
	- Aritmetik Ortalama,
	- Standart Sapma,
	- Median ve Mod Değerleri
<b>Karşılaştırmalı analizler</b>	- t testi,
	- F testi,
	- Mann-Whitney U testi,
	- Kruskal Wallis testi



### **3.7. Etik Konular**

Bakım Davranışları Ölçeği-24'nin kullanımını için, ölçeği geliştiren kişilerden izin alınarak işbirliği sağlandı (Ek 7). Çalışmanın yapıldığı CTF (Ek 10) ve İTF (Ek 11) Etik Kurullarından yazılı izin, çalışma örneklemini oluşturan hasta ve hemşirelerden de sözel izinleri alındı.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi CTF ve İTF Genel Cerrahi Servislerinde çalışan hemşire ve yatan hastalarda yapıldığı için tüm hemşire ve hastalara genellenememesi, araştırmanın bir sınırlılığıdır.

## 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 3 bölümde ele alındı:

*Birinci bölümde;* çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile serviste verilen hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerine ilişkin bulgulara,

*İkinci bölümde;* hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'e ilişkin bulguları ve BDÖ-24 puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara,

*Üçüncü bölümde;* çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile BDÖ-24'ün karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

### **4.1. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına ile ilgili Görüşlerine ilişkin Bulgular**

Bu bölümde, çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık öyküsü, serviste verilen hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri, bilgi ve bakım alma puanları (Tablo 4-1, 4-2, 4-3, 4-4) ile hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki yaşam özellikleri ve serviste verilen hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerine (Tablo 4-5, 4-6, 4-7) ilişkin bulgular yer aldı.

#### 4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-1:Hastaların sosyo-demografik özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	224	61,2
Erkek	142	38,8
<b>Yaş grubu</b>		
17-39 yaş	103	28,1
40-64 yaş	211	57,7
65 yaş ve üzeri	52	14,2
<b>Medeni durum</b>		
Bekar/dul	85	23,2
Evli	281	76,8
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar	43	11,7
İlköğretim	160	43,7
Lise	85	23,2
Üniversite	78	21,3
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	115	31,4
Çalışmıyor	251	68,6
<b>Yaşadıkları yer</b>		
İl	288	78,7
İlçe	52	14,2
Kasaba-köy	26	7,1
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	358	97,8
Yok	8	2,2
<b>Toplam</b>	<b>366</b>	<b>100</b>

Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %61,2'sinin kadın, %57,7'sinin 40-64 yaşları arasında, %76,8'sinin evli, %43,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %68,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı,

%78,7'sinin il merkezinde yaşadığı ve büyük çoğunluğunun (%97,8) ise sosyal güvencesi olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

**Tablo 4-2: Hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsü**

Sağlık öyküsü	n	%
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	73	19,9
Yok	293	80,1
<b>Daha önce hastaneye yatma durumu</b>		
Evet	262	71,6
Hayır	104	28,4
<b>Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu</b>		
Evet	223	60,9
Hayır	143	39,1
<b>Hastane</b>		
CTF	159	43,4
İTF	207	56,6
<b>Tanı</b>		
Kanser	168	45,9
Kanser dışı	198	54,1
<b>Hastanede yatış süresi</b>		
1 gün	28	7,7
2-7 gün	178	48,6
8-15 gün	94	25,7
16 gün ve üzeri	66	18,0
<b>Sorun/komplikasyon gelişme durumu</b>		
Evet	203	55,5
Hayır	163	44,5
<b>Toplam</b>	<b>366</b>	<b>100</b>

Çalışma kapsamına alınan hastaların geçmiş sağlık öyküleri incelendiğinde; %80,1'inin kronik hastalığı olmadığı, %71,6'sının daha önce hastaneye yattığı ve %60,9'nun daha önce bir cerrahi girişim geçirdiği belirlendi. Şimdiki sağlık öyküleri incelendiğinde; hastaların %56,6'sının İTF hastanesinde yattığı, %54,1'inin kanser dışı

bir tanı nedeniyle tedavi edildiği ve %48,6'sının hastanede 2-7 gün arasında yattığı ve %55,5'inde hastanede yattıkları süre içinde en az bir sorun/komplikasyon geliştiğini ifade ettikleri saptandı (Tablo 4-2).

**Tablo 4-3: Hastaların, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakımına verdikleri puan**

<b>Hemşirelik bakımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşirelik bakımının yeterli bulma durumu</b>		
Evet	310	84,7
Hayır-Kısmen	56	15,3
<b>Hemşirelik bakımının yeterli olmama nedenleri</b>		
<b>Hemşirelerin bakım vermek istememesi</b>		
Evet	11	3,0
Hayır	355	97,0
<b>Hasta sayısının fazla olması</b>		
Evet	40	10,9
Hayır	326	89,1
<b>Hemşire sayısının yetersiz olması</b>		
Evet	74	20,2
Hayır	292	79,8
<b>Hemşirelerin iş yükünün fazla olması</b>		
Evet	80	21,9
Hayır	286	78,1
<b>Hemşirelerin güler yüzlü olmaması</b>		
Evet	26	7,1
Hayır	340	92,9
<b>Hemşirelerin zamanın olmaması</b>		
Evet	31	8,5
Hayır	335	91,5
<b>Diğer*</b>		
Evet	8	2,2
Hayır	358	97,8
<b>Toplam</b>	<b>366</b>	<b>100</b>
<b>Hemşirelik bakımına verilen puan</b>	8,62±1,85 (range: 2-10)	

\* Hastanın bakım beklentisi olmaması, hastaya bilgi verilmemesi, hemşirelerin deneyimsiz olması, hastaların genel durumunun kötü olması, çağırma zili olmaması

Çalışmanın yapıldığı genel cerrahi servisinde verilen hemşirelik bakımının yeterli bulunma durumu ve bakımın yeterli olmama nedenleri incelendiğinde; hastaların %84,7'sinin verilen hemşirelik bakımını yeterli buldukları belirlendi, Bakım kalitesinin yetersiz ya da kısmen yetersiz olma nedenleri sorulduğunda hastaların %21,9'unun hemşirelerin iş yükünün fazla, %20,2'sinin hemşire sayısının yetersiz, %10,9'unun hasta sayısının fazla olduğunu, %8,5'inin hemşirelerin zamanının olmadığını, %7,1'inin hemşirelerin güler yüzlü olmadığını, %3,0'ünün hemşirelerin bakım vermek istemediklerini ve %2,2'sinin ise bakım beklentisi olmadığını, bilgi verilmediğini, hemşirelerin deneyimsiz olduğu, hastaların durumlarının kötü olduğunu ve odalarında çağırma zili olmadığını ifade ettikleri saptandı. Hastaların yattıkları serviste verilen hemşirelik bakımından memnun olma durumları 0 ile 10 arasında puanlanan GKÖ değerlendirildi. Hastaların yattıkları serviste sağlanan hemşirelik bakımına verdikleri puanın ortalama  $8,62 \pm 1,85$  (range: 2-10) olduğu belirlendi (Tablo 4-3).

**Tablo 4-4: Hastaların, hemşirelerden aldıkları bilgi ve bakıma ilişkin puanlarının dağılımı**

	ort±ss	min.	max.
<b>Hemşirelerden alınan bilgi puanı toplamı*</b>	8,63±4,29	0,00	15,00
<b>Hemşirelerden alınan bakım puanı toplamı**</b>	14,56±5,42	0,00	20,00

\* 15 puan üzerinden , \*\* 20 puan üzerinden

Çalışmaya alınan hastalara serviste yattıkları süre içinde hemşireler tarafından kendilerine hangi konularda bilgi verildiği ve hangi hemşirelik bakım girişimlerinin uygulandığı soruldu. Hemşireler tarafından verilen bilgi konuları (15 konu) ve verilen bakım girişimleri (20 bakım girişimi) puan olarak hesaplandı ve hastaların bilgi alma puanı 15 puan üzerinden ortalama  $8,63 \pm 4,29$ , bakım alma puanı ise 20 puan üzerinden ortalama  $14,56 \pm 5,42$  olduğu saptandı (Tablo 4-4).

#### 4.1.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile ilgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-5:Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	98	95,1
Erkek	5	4,9
<b>Yaş grubu</b>		
20-29 yaş	51	49,5
30-39 yaş	39	37,9
40 yaş ve üzeri	13	12,6
<b>Medeni durum</b>		
Bekar (Dul)	54	52,4
Evli	49	47,6
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Çocuk yok	69	67,0
Çocuk var	34	33,0
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	9	8,7
Önlisans	29	28,2
Lisans	54	52,4
Lisans Üstü	11	10,7
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Çalışmaya alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4-5'te verildi. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%95,1) kadın, %49,5'inin 20-29 yaşları arasında olduğu, %52,4'ünün evli olmadığı, %67'sinin çocuğu olmadığı, %52,4'ünün üniversite mezunu olduğu belirlendi (Tablo 4-5). Çalışmaya alınan hemşirelerin yaş ortalaması  $30,34 \pm 7,18$  (range: 18-53)'tir.

**Tablo 4-6: Hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çalışılan hastane</b>		
CTF	61	59,2
İTF	42	40,8
<b>Hemşire olarak çalışma süresi (yıl)</b>		
1 yıldan az	8	7,8
1-5 yıl	34	33,0
6-10 yıl	21	20,4
11-15 yıl	18	17,5
16 yıl üzeri	22	21,4
<b>Hemşirelik mesleğini isteyerek yapma</b>		
Evet	10	9,7
Hayır	93	90,3
<b>Genel cerrahi servisinde çalışma süresi (yıl)</b>		
1 yıldan az	11	10,7
1-5 yıl	49	47,6
6-10 yıl	16	15,5
11-15 yıl	8	7,8
16 yıl ve üzeri	19	18,4
<b>Genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma</b>		
Evet	12	11,7
Hayır	91	88,3
<b>Şimdiki pozisyon</b>		
Servis hemşiresi	90	87,3
Sorumlu hemşire	13	12,7
<b>Şimdiki pozisyonda çalışma süresi (yıl)</b>		
1 yıldan az	14	13,6
1-5 yıl	55	53,4
6-10 yıl	13	12,6
11-15 yıl	7	6,8
16 yıl ve üzeri	14	13,6
<b>Çalışma şekli</b>		
Gündüz vardiyası	27	26,2
Gece vardiyası	14	13,6
Her ikisi	62	60,2
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100</b>



**Tablo 4-6: Hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri (devam)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Haftalık çalışma saati		
40 saat	68	66,0
40 saatten fazla	35	34,0
<b>Hemşire Başına Düşen Yatak Sayısı (n=90)*</b>		
11-20 yatak	63	70,0
21-30 yatak	27	30,0
<b>Günlük yapılan cerrahi girişim sayısı (n=103)</b>		
1-3	53	51,5
4 ve üzeri	50	48,5
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

\*Sadece servis hemşireleri alındı.

Çalışmaya alınan hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri incelendiğinde; %59,2'sinin CTF hastanesinde çalıştığı, %33'ünün 1-5 yıldır hemşire olarak çalıştığı, %90,3'ünün hemşireliği isteyerek yapmadığı, %47,6'sının 1-5 yıldır genel cerrahi servisinde çalıştığı, %88,3'ünün genel cerrahi servisinde isteyerek çalışmadığı, %87,3'ünün servis hemşiresi (yatak başı hemşire) olduğu ve %53,4'nün 1-5 yıldır bu pozisyonda çalıştığı, %60,2'sinin gündüz-gece vardiyasında çalıştığı ve %66'sının haftalık çalışma saatlerinin 40 saat olduğu belirlendi, Servis hemşirelerin %70,0'inin 11-20 arasında hastaya baktığı, %51,5'nin çalıştığı serviste günde 1-3 arasında cerrahi girişim yapıldığı saptandı (Tablo 4-6).

**Tablo 4-7: Hemşirelerin, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakım puanı**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşirelik bakımının yeterli bulma durumu</b>		
Evet	29	28,2
Hayır-Kısmen	74	71,8
<b>Hemşirelik bakımının yeterli olmama nedenleri</b>		
<b>Hemşirelerin istediği serviste çalışamaması</b>		
Evet	11	10,7
Hayır	92	89,3
<b>Hasta sayısının fazla olması</b>		
Evet	58	56,3
Hayır	45	43,7
<b>Hemşire sayısının yetersiz olması</b>		
Evet	66	64,1
Hayır	37	35,9
<b>Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması</b>		
Evet	67	65,0
Hayır	36	35,0
<b>Bakım için yeterli zamanın olmaması</b>		
Evet	52	50,5
Hayır	51	49,5
<b>Diğer*</b>		
Evet	6	5,8
Hayır	97	94,2
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
<b>Hemşirelik bakımına verilen puan</b>	<b>6,25±2,40 (range: 1-10)</b>	

\*Hastanın bakım beklentisinin olmaması, malzeme eksikliği, şartların kötü olması

Çalışmanın yapıldığı genel cerrahi servisinde verilen hemşirelik bakımının yeterli olma durumu ve bakımın yeterli olmama nedenleri incelendiğinde; hemşirelerin %71,8'sinin hemşirelik bakımını yeterli bulmadıkları belirlendi, Bakım kalitesinin yetersiz ya da kısmen yetersiz olma nedenleri sorulduğunda hemşirelerin %65,0'inin hasta bakımı dışında kliniğin iş yükünün fazla olduğunu, %64,1'inin hemşire sayısının yetersiz olduğunu, %56,3'ünün hasta sayısının fazla olduğunu, %50,5'inin bakım için

yeterli zaman olmadığını, %10,7'sinin istedikleri serviste çalışmadıklarını ve %5,8'inin ise hastaların bakım beklentisi olmadığını, malzeme eksikliği ve şartların kötü olduğunu ifade ettikleri saptandı. Hemşirelerin verdikleri bakıma verdikleri puanın ise ortalama  $6,25 \pm 2,40$  (range= 1-10) olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

#### 4.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin Bulguları

Bu bölümde, çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'e ilişkin bulguları (Tablo 4-8, 4-9) ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasına (Tablo 4-10, Şekil 4-1) yer verildi.

##### 4.2.1. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin Bulguları

**Tablo 4-8: Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 toplam ve alt boyut cronbach alpha değerlerinin dağılımı**

Ölçek ve Alt boyutlar	Hasta grubu (n=366)	Hemşire grubu (n=103)
	$\alpha$	$\alpha$
<b>BDÖ (Toplam Ölçek)</b>	<b>0,97</b>	<b>0,96</b>
<b>Alt Boyutlar</b>		
<b>Güvence</b>	0,93	0,94
<b>Bilgi ve beceri</b>	0,86	0,81
<b>Saygılı olma</b>	0,92	0,90
<b>Bağlılık</b>	0,91	0,85

Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin, BDÖ-24 toplamı ve alt boyutlarının iç tutarlık güvenirlik katsayısı Tablo 4-8'de verildi. Hasta grubunda ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları toplam ölçek için  $\alpha = 0,97$ , alt boyutları için  $\alpha = 0,86$  ile  $0,93$  arasında, hemşire grubunda toplam ölçek için  $\alpha = 0,96$ , alt boyutları için  $\alpha = 0,81$  ile  $0,94$  arasında olduğu belirlendi (Tablo 4-8).

Tablo 4-9:Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'ün madde, alt boyut ve toplam puan dağılımları

Bakım Davranışları Ölçeği-24	Hasta grubu (n=366)		Hemşire grubu (n=103)	
	ort± ss	min-max	ort± ss	min-max
16. Hastaya istekle gitme	5,05±1,18	1-6	4,88±0,93	3-6
17. Hastayla konuşma	4,70±1,36	1-6	5,10±0,99	2-6
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme	4,90±1,36	1-6	5,33±0,83	3-6
20. Hastanın çağrısına hemen yanıt verme	4,94±1,21	1-6	4,88±0,86	3-6
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme	5,35±1,05	1-6	5,42±0,74	4-6
22. Hastaya ilgi gösterme	5,06±1,23	1-6	5,14±0,92	2-6
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama	5,65±0,69	1-6	5,50±0,68	4-6
24. Hastanın semptomlarını hafifletme	5,31±1,00	1-6	5,32±0,83	3-6
<b>Güvence boyutu</b>	<b>5,12±0,94</b>	<b>2,25-6</b>	<b>5,20±0,71</b>	<b>3,13-6</b>
9. Enjeksiyon, intravenöz v.b. girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme	5,33±1,09	1-6	5,78±0,58	3-6
10. Hastaya güven verme	5,10±1,23	1-6	5,38±0,73	4-6
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme	5,19±1,16	1-6	5,36±0,74	3-6
12. Araç-gereci beceriyle kullanma	5,46±0,89	3-6	5,50±0,73	3-6
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma	5,41±1,05	1-6	5,43±0,87	3-6
<b>Bilgi-beceri boyutu</b>	<b>5,30±0,87</b>	<b>3-6</b>	<b>5,49±0,55</b>	<b>3,60-6</b>

Tablo 4-9:Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'ün madde, alt boyut ve toplam puan dağılımları (devam)

Bakım Davranışları Ölçeği-24	Hasta grubu (n=366)		Hemşire grubu (n=103)	
	ort± ss	min-max	ort± ss	min-max
1. Hastayı dikkatle dinleme	4,81±1,31	1-6	5,05±0,91	3-6
3. Hastaya bir birey olarak davranma	5,21±1,12	1-6	5,46±0,74	3-6
5. Hastaya destek olma	4,51±1,47	1-6	4,84±1,05	2-6
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma	4,24±1,60	1-6	4,69±1,09	2-6
13. Hastanın hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme	4,64±1,46	1-6	5,08±0,92	3-6
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama	4,62±1,32	1-6	4,91±0,93	3-6
<b>Saygılı olma boyutu</b>	<b>4,67±1,17</b>	<b>1,33-6</b>	<b>5,00±0,77</b>	<b>3,17-6</b>
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme	4,51±1,48	1-6	4,88±0,84	3-6
4. Hastaya zaman ayırma	4,48±1,45	1-6	4,68±1,08	2-6
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma	4,46±1,51	1-6	4,75±0,96	2-6
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma	5,08±1,21	1-6	5,03±0,93	3-6
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama	4,43±1,54	1-6	4,59±1,05	1-6
<b>Bağlılık boyutu</b>	<b>4,59±1,24</b>	<b>1-6</b>	<b>4,79±0,77</b>	<b>2,80-6</b>
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>	<b>4,94±0,97</b>	<b>2,21-6</b>	<b>5,12±0,65</b>	<b>3,58-6</b>

Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam ölçek puanları incelendiğinde; hastaların BDÖ-24'ün alt boyut ve toplam puanları sırasıyla *güvence boyutu* 5,12±0,94, *bilgi ve beceri boyutu* 5,30±0,87, *saygılı olma boyutu* 4,67±1,17, *bağlılık boyutu* 4,59±1,24 ve *ölçek toplamı* 4,94±0,97, hemşirelerin alt boyut ve toplam puanları sırasıyla *güvence boyutu* 5,20±0,71, *bilgi ve beceri boyutu* 5,49±0,55, *saygılı olma boyutu* 5,00±0,77, *bağlılık boyutu* 4,79±0,77 ve *ölçek toplamı* 5,12±0,65 olarak bulundu (Tablo 4-9).

#### 4.2.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara (Tablo 4-10, Şekil 4-1) yer verildi.

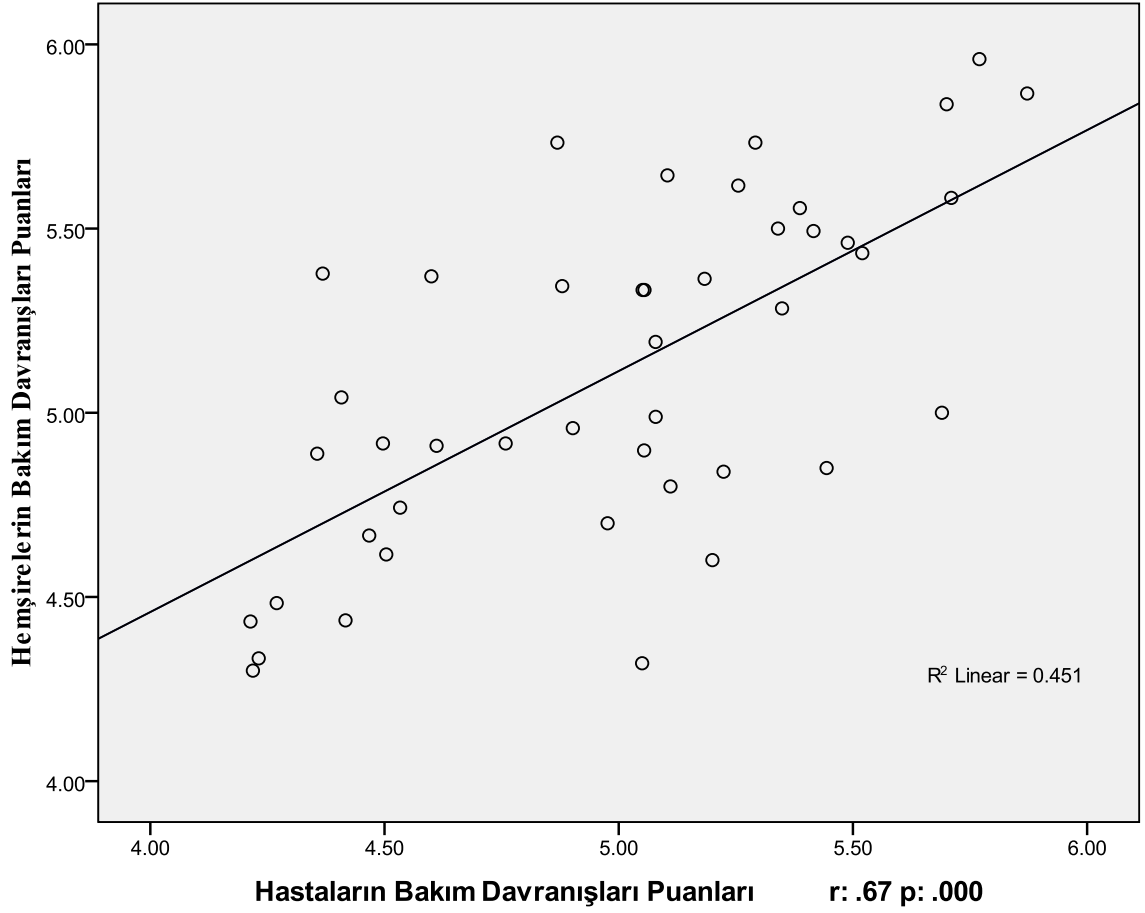
**Tablo 4-10: Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence ort± ss	Bilgi-Beceri ort± ss	Saygılı Olma ort± ss	Bağlılık ort± ss	Puanı ort± ss
Hasta (n= 366)	5,12±0,94	5,30±0,87	4,67±1,17	4,59±1,24	4,94±0,97
Hemşire (n= 103)	5,20±0,71	5,49±0,55	5,00±0,77	4,79±0,77	5,12±0,65
t değeri	0,873	2,670	3,411	1,921	2,286
p değeri	0,384	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>	0,056	<b>0,023</b>
(Sd:467)					

Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında;

- Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'ün güvence ve bağlılık alt boyut puanları arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ), bilgi-beceri ve saygılı olma boyutlarında ise hastaların puanlarının hemşirelerin aldığı puandan düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ),

- Hastaların BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının hemşirelerin toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derece daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-10).



**Şekil 4-1: Hemşire ile hastaların bakım davranışları puanları arasındaki ilişki**

Hemşire ile hastaların bakım davranışları puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $r: 0,67$ ,  $p: 0,000$ ) (Şekil 4-1). Hemşirelerin bakım davranışları puanları arttıkça hastaların bakım davranışları puanları da artmaktadır. ( $r^2 = 0,45$ 'in anlamı, hemşirelerin bakım puanlarındaki değişimin, hasta puanlarındaki değişimi %45 etkilemesi demektir.  $r^2$  belirleyicilik katsayısıdır, korelasyon değerinin karesidir.)

#### **4.3. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları**

Çalışmaya alınan hasta (Tablo 4-11, 4-12, 4-13) ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile BDÖ-24 puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 4-14, 4-15, 4-16) yer almaktadır.

### 4.3.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4-11: Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın (n=224)	5,11±0,97	5,32±0,87	4,65±1,21	4,57±1,32	4,93±1,01
Erkek (n=142)	5,14±0,88	5,27±0,86	4,71±1,12	4,63±1,12	4,95±0,92
t değeri	0,258	0,515	0,450	0,487	0,248
p değeri	0,797	0,607	0,653	0,627	0,804
<i>(Sd:364)</i>					
<b>Yaş grubu</b>					
18-39 yaş (n=103) <sup>a</sup>	4,90±1,01	5,10±0,94	4,47±1,17	4,34±1,27	4,72 ±1,01
40-64 yaş (n=211) <sup>b</sup>	5,23±0,88	5,40±0,81	4,78±1,16	4,73±1,21	5,05±0,93
65 yaş ve üzeri (n=52) <sup>c</sup>	5,13±0,95	5,28±0,88	4,63±1,21	4,52±1,25	4,91±0,99
F değeri	4,129	4,345	2,545	3,550	4,089
p değeri	<b>0,017</b>	<b>0,014</b>	0,080	<b>0,030</b>	<b>0,018</b>
Anlamlı fark	a<b	a<b		a<b	a<b
<i>(gruplararası sd: 2, grupiçi sd: 363)</i>					
<b>Medeni durum</b>					
Bekar/dul (n= 85)	5,04±0,93	5,28±0,90	4,54±1,18	4,43±1,26	4,84±0,97
Evli (n=281)	5,14±0,94	5,31±0,86	4,71±1,17	4,64±1,24	4,97±0,97
t değeri	0,891	0,280	1,235	1,424	1,091
p değeri	0,374	0,780	0,218	0,155	0,276
<i>(Sd:364)</i>					



**Tablo 4-11: Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)**

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	
<b>Eğitim düzeyi</b>					
Okur-yazar (n= 43)	5,17±0,92	5,40±0,83	4,81±1,14	4,73±1,17	5,04±0,91
İlköğretim (n=160)	5,13±1,00	5,31±0,89	4,65±1,22	4,58±1,30	4,93±1,03
Lise (n=85)	5,12±0,87	5,29±0,84	4,61±1,19	4,53±1,26	4,90±0,94
Üniversite (n=78)	5,07±0,90	5,24±0,88	4,71±1,10	4,62±1,16	4,92±0,94
F değeri	0,123	0,358	0,290	0,263	0,187
p değeri	0,946	0,783	0,833	0,852	0,905
<i>(gruplararası sd:3 Grupiçi sd:362)</i>					
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor (n=115)	5,02±0,93	5,17±0,92	4,57±1,14	4,53±1,21	4,84±0,98
Çalışmıyor (n=251)	5,16±0,94	5,36±0,83	4,72±1,19	4,62±1,26	4,98±0,97
t değeri	1,337	1,971	1,157	0,679	1,326
p değeri	0,182	<b>0,049</b>	0,248	0,497	0,186
<i>(Sd:364)</i>					
<b>Yaşadıkları yer</b>					
İl (n=288)	5,09±0,93	5,28±0,85	4,61±1,16	4,54±1,24	4,89±0,96
İlçe (n=52)	5,29±0,91	5,37±0,86	4,93±1,18	4,80±1,19	5,12±0,96
Kasaba-Köy (n=26)	5,17±1,06	5,32±1,04	4,84±1,33	4,75±1,36	5,03±1,12
KW değeri	4,170	1,758	5,081	2,940	4,222
p değeri	0,124	0,415	0,079	0,230	0,121
<i>(Sd:2)</i>					
<b>Sosyal güvence durumu</b>					
Var (n=358)	5,14±0,94	5,32±0,86	4,69±1,17	4,62±1,25	4,96±0,97
Yok (n=8)	4,39±0,67	4,25±0,75	3,79±0,82	3,65±0,72	4,06±0,60
Mann Whitney U değeri	657,000	477,500	733,000	712,000	589,500
p değeri	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>	<b>0,017</b>	<b>0,014</b>	<b>0,004</b>

Çalışmaya alınan hastaların *cinsiyetlerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-11).

Hastaların *yaş gruplarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (F testi) ile karşılaştırıldığında grupların bakım davranışları toplam puanı, güvence, bilgi-beceri ve bağlılık boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), ancak saygılı olma boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Bakım davranışları toplam puanı ve üç boyutunda anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde, gruplar ikili olarak karşılaştırıldı. Hem toplam puanda hem de üç alt boyutta 18-39 yaş grubundaki bireylerin puan ortalamalarının 40-64 yaş grubundakilerden anlamlı olarak daha düşük olduğu ( $p<0,05$ ), diğer ikili gruplar arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptandı (Tablo 4-11).

Hastaların *medeni durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi=bağımsız örnekleme t testi) ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-11).

Hastaların *eğitim durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-11).

Hastaların *çalışma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında bilgi-beceri boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), bakım davranışları toplam puanı ve diğer boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ). Çalışmayan hastaların BDÖ-24'ün bilgi ve beceri alt boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak çalışan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-11).

Hastaların *yaşadıkları yere* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-11).

Hastaların *sosyal güvencelerinin* olup olmadığına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; grupların bakım davranışları ölçeği ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, sosyal güvencesi olmayan hastaların puan ortalamalarının olan hastalardan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-11).

**Tablo 4-12: Hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsüne göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Sağlık Öyküsü	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam Puanı
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>					
Evet (n=73)	5,10±0,97	5,26±0,89	4,63±1,23	4,57±1,31	4,91±1,03
Hayır (n=293)	5,12±0,93	5,31±0,86	4,68±1,16	4,60±1,23	4,94±0,96
t değeri	0,164	0,389	0,348	0,206	0,285
p değeri	0,870	0,697	0,728	0,837	0,776
(Sd:364)					
<b>Daha önce hastaneye yatma</b>					
Evet (n=262)	5,07±0,98	5,32±0,87	4,62±1,22	4,54±1,29	4,90±1,01
Hayır (n=104)	5,25±0,80	5,25±0,87	4,81±1,03	4,73±1,12	5,03±0,87
t değeri	1,820	0,672	1,545	1,346	1,202
p değeri	0,070	0,502	0,124	0,179	0,230
(Sd:364)					
<b>Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu</b>					
Evet (n=223)	5,10±0,97	5,34±0,86	4,67±1,18	4,58±1,24	4,93±0,98
Hayır (n=143)	5,15±0,89	5,23±0,87	4,68±1,17	4,62±1,25	4,94±0,96
t değeri	0,558	1,146	0,145	0,349	0,104
p değeri	0,577	0,253	0,885	0,727	0,918
(Sd:364)					
<b>Tam</b>					
Kanser (n=168)	5,12±0,99	5,30±0,88	4,72±1,23	4,68±1,31	4,96±1,02
Kanser dışı (n=198)	5,12±0,89	5,29±0,86	4,64±1,13	4,53±1,18	4,91±0,93
t değeri	0,070	0,082	0,663	1,139	0,499
p değeri	0,944	0,935	0,508	0,256	0,618
(Sd:3)					

**Tablo 4-12: Hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsüne göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)**

Sağlık Öyküsü	BDÖ-24 Alt Boyut Puanları				BDÖ-24 Toplam Puanı
	Güvence	Bilgi- Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss
<b>Hastanede yatış süresi</b>					
1 gün (n=28)	5,19 ±0,84	5,27 ±0,86	4,66±1,09	4,48±1,21	4,93±0,94
2-7 gün (n=178)	5,17±0,92	5,32±0,88	4,76±1,10	4,67±1,17	4,99±0,92
8-15 gün (n=94)	5,04±0,99	5,34±0,82	4,53±1,30	4,47 ±1,39	4,86±1,05
16 gün ve üzeri (n=66)	5,07±0,97	5,19±0,91	4,64±1,21	4,61±1,26	4,89±1,02
KW değeri	0,656	1,186	1,596	1,065	0,738
p değeri ( <i>Sd:3</i> )	0,883	0,756	0,660	0,786	0,864
<b>Sorun/komplikasyon gelişme durumu</b>					
Evet (n=203)	4,94±1,01	5,13±0,91	4,50±1,22	4,43±1,27	4,77 ±1,02
Hayır (n=163)	5,34±0,79	5,51±0,76	4,88±1,08	4,80±1,18	5,15±0,87
t değeri	4,204	4,327	3,147	2,903	3,890
p değeri ( <i>Sd:364</i> )	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>
<b>Serviste verilen hemşirelik bakımının yeterli olma durumu</b>					
Evet (n=310)	5,31±0,77	5,44±0,74	4,91±0,99	4,85±1,06	5,14±0,80
Hayır-Kısmen (n=56)	4,05±1,07	4,49±1,06	3,35±1,23	3,20±1,27	3,79±1,03
t Değeri	8,410	6,416	8,968	10,390	9,298
p değeri ( <i>Sd:364</i> )	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

Hastaların *kronik hastalığa sahip olma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-12).

Hastaların *daha önce hastaneye yatma ve cerrahi girişim geçirme durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile

karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-12).

Hastaların *tanılarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-12).

Hastaların *hastanede yatma sürelerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-12).

Hastalarda *sorun/komplikasyon gelişme durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, sorun/komplikasyon gelişen hastaların alt boyut ve toplam ölçek puanlarının sorun/komplikasyon gelişmeyen hastalara göre düşük olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ) (Tablo 4-12).

Hastaların *hemşirelik bakımını yeterli bulma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, serviste verilen hemşirelik bakımını yeterli bulan hastaların, alt boyut ve toplam ölçek puanlarının yeterli bulmayan hastalardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4-12).

**Tablo 4-13: Hastalara ait bazı ortalamalar ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki**

Özellik	BDÖ-24 Alt Boyutları								BDÖ-24	
	Güvence		Bilgi -Beceri		Saygılı Olma		Bağlılık		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Puanı</b>	0,73	<b>0,000</b>	0,63	<b>0,000</b>	0,72	<b>0,000</b>	0,70	<b>0,000</b>	0,76	<b>0,000</b>
<b>Bilgi Alma Puanı</b>	0,46	<b>0,000</b>	0,36	<b>0,000</b>	0,49	<b>0,000</b>	0,54	<b>0,000</b>	0,51	<b>0,000</b>
<b>Aldığı Bakım Girişimleri Puanı</b>	0,46	<b>0,000</b>	0,35	<b>0,000</b>	0,53	<b>0,000</b>	0,55	<b>0,000</b>	0,52	<b>0,000</b>

Hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanı, gereksinim duyduğu konularda bilgi ve bakım alma puanları ile bakım davranışları ve tüm alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4-13’de verildi.

Hastaların *şimdiki yatışında aldıkları hemşirelik bakımına verdikleri puan* ile hem BDÖ-24 alt boyut hem de toplam puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların hemşirelik bakımından memnun olma puanları arttıkça bakım davranışları ölçeği alt boyut ve toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-13).

Hastaların hemşirelik hizmetleri arasında yer alan *gereksinim duyduğu konularda bilgi alma puanları* ile BDÖ-24’ün saygılı olma ve bağlılık alt boyutu ve toplam puanları arasında pozitif yönde güçlü, güvence ve bilgi-beceri boyutunun puanları arasında ise pozitif yönde ve orta düzeyde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların gereksinim duydukları konularda bilgi alma puanları arttıkça bakım davranışları ve tüm boyut puanları da artmaktadır (Tablo 4-13).

Hastaların *gereksinim duyduğu alanlarda bakım alma puanları* ile BDÖ-24’ün bağlılık boyutu ve toplam puanları arasında pozitif yönde ve güçlü, güvence, bilgi-beceri ve saygılı olma boyutunun puanları arasında ise pozitif yönde ve orta düzeyde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Hastaların gereksinim

duyduğu bakımı alma puanları arttıkça bakım davranışları ölçeği ve tüm alt boyut puanlarından aldıkları puanlar da artmaktadır (Tablo 4-13).

#### 4.3.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4-14: Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyutları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın (n=98)	5,19±0,72	5,48±0,56	5,01±0,78	4,78±0,78	5,12±0,66
Erkek (n=5)	5,33±0,56	5,72±0,41	4,97±0,62	4,88±0,66	5,23±0,45
Mann Whitney U değeri	231,500	179,000	230,000	234,000	238,000
p değeri	0,835	0,303	0,817	0,865	0,914
<b>Yaş grubu</b>					
20-29 Yaş (n=51)	5,16±0,73	5,46±0,55	4,94±0,80	4,75±0,79	5,08±0,67
30-39 Yaş (n=39)	5,15±0,72	5,50±0,59	5,03±0,74	4,76±0,79	5,11±0,67
40 Yaş ve üzeri (n=13)	5,45±0,61	5,55±0,47	5,18±0,72	5,03±0,66	5,32±0,57
KW değeri	2,319	0,310	0,824	1,549	1,291
p değeri	0,314	0,856	0,662	0,461	0,525
<i>(sd: 2)</i>					
<b>Medeni durum</b>					
Bekar (n=53)	5,18±0,74	5,51±0,55	5,00±0,78	4,74±0,74	5,11±0,65
Evli (n=50)	5,22±0,70	5,46±0,56	5,01±0,76	4,84±0,81	5,14±0,66
t değeri	0,270	0,487	0,023	0,630	0,175
p değeri	0,788	0,627	0,982	0,530	0,862
<i>(Sd:101)</i>					
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>					
Çocuk Var (n=34)	5,33±0,70	5,53±0,59	5,17±0,71	4,97±0,79	5,26±0,66
Çocuk Yok (n=69)	5,13±0,72	5,47±0,54	4,93±0,79	4,70±0,75	5,06±0,65
t değeri	1,358	0,540	1,515	1,713	1,457
p değeri	0,177	0,590	0,133	0,090	0,148
<i>(Sd:101)</i>					
<b>Eğitim düzeyi</b>					
SML (n=9)	5,19±0,80	5,49±0,49	4,96±0,96	4,60±0,89	5,07±0,74
Önlisans (n=29)	5,34±0,76	5,59±0,51	5,12±0,80	4,90±0,84	5,25±0,69
Lisans (n=54)	5,11±0,70	5,40±0,61	4,97±0,74	4,76±0,75	5,06±0,65
Lisans üstü (n=11)	5,24±0,61	5,62±0,34	4,91±0,70	4,75±0,65	5,13±0,52
KW değeri	3,138	2,592	1,317	1,887	2,069
p değeri	0,371	0,459	0,725	0,596	0,558
<i>(sd:3)</i>					

Genel cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin *cinsiyetine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, kadın ve erkek hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-14).

Hemşirelerin *yaş gruplarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-14).

Hemşirelerin *medeni durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında bekar ve evli olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-14).

Hemşirelerin *çocuk sahibi olma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında çocuğu olan ve olmayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-14).

Hemşirelerin *eğitim düzeylerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-14).



**Tablo 4-15: Hemşirelerin mesleki yaşamlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyutları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	
<b>Hemşire olarak çalışma süresi</b>					
1 yıldan az (n= 8)	5,28±0,72	5,45±0,52	4,85± 1,00	4,80± 1,06	5,11±0,77
1-5 yıl (n=34)	5,20±0,73	5,50±0,52	5,06±0,73	4,79±0,72	5,14±0,63
6-10 yıl (n=23)	5,07±0,72	5,36±0,71	4,86±0,82	4,75±0,83	5,01±0,72
11-15 yıl (n= 16)	4,91±0,78	5,44±0,55	4,76±0,77	4,39±0,78	4,87±0,66
16 yıl üzeri (n= 22)	5,51±0,54	5,65±0,41	5,30±0,61	5,10±0,59	5,40 ±0,50
KW değeri	7,658	2,713	5,686	7,655	6,838
p değeri	0,105	0,607	0,224	0,105	0,145
<b>Hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumu</b>					
Evet (n= 93)	5,23±0,68	5,48±0,57	5,03±0,76	4,80±0,76	5,15±0,65
Hayır (n= 10)	4,84±0,92	5,54±0,31	4,77±0,82	4,62±0,90	4,92±0,70
Mann Whitney U değeri	348,500	429,500	381,500	407,000	373,500
p değeri	0,193	0,688	0,351	0,517	0,308
<b>Genel cerrahide çalışma süresi</b>					
1 yıldan az (n=11)	5,41±0,64	5,55±0,47	5,00±0,90	4,85±0,92	5,22±0,68
1-5 yıl (n=49)	5,08±0,79	5,44±0,62	4,93±0,82	4,70±0,81	5,04±0,72
6-10 yıl (n=16)	5,08±0,67	5,38±0,57	4,84±0,70	4,68±0,78	5,00±0,62
11-15 yıl (n=8)	5,06±0,54	5,55±0,44	5,02±0,61	4,68±0,72	5,07±0,49
16 yıl üzeri (n=19)	5,51±0,56	5,64±0,43	5,32±0,60	5,12±0,56	5,41±0,50
KW değeri	7,187	2,541	4,419	5,392	5,300
p değeri (sd: 4)	0,126	0,637	0,352	0,249	0,258
<b>Genel cerrahide istekle çalışma durumu</b>					
Evet (n= 91)	5,28±0,65	5,53±0,53	5,09±0,73	4,88±0,74	5,20±0,62
Hayır (n= 12)	4,52±0,81	5,17±0,61	4,36±0,72	4,10±0,70	4,53±0,62
Mann Whitney U değeri	242,000	340,500	259,000	242,000	244,500
p değeri	<b>0,002</b>	<b>0,032</b>	<b>0,003</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>
<b>Şu andaki çalışma pozisyonu</b>					
Servis Hemşiresi (n=90)	5,23±0,72	5,50±0,57	5,02±0,79	4,80±0,80	5,14±0,68
Sorumlu Hemşire (n=13)	4,95±0,60	5,38±0,45	4,90±0,53	4,69±0,57	4,97 ±0,46
Mann Whitney U değeri	430,000	458,500	501,000	508,000	461,500
p değeri	0,122	0,201	0,405	0,444	0,220

**Tablo 4-15: Hemşirelerin mesleki yaşamlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)**

Gruplar	BDÖ-24 Alt Boyutları				BDÖ-24 Toplam
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	ort± ss	ort± ss	ort± ss	ort± ss	
<b>Çalışma şekli</b>					
Gündüz (n= 27)	5,35±0,60	5,59±0,41	5,21±0,60	4,99±0,64	5,29±0,51
Gece (n= 14)	5,37±0,94	5,57±0,63	5,17±0,96	4,81±1,06	5,24±0,86
Gündüz-Gece (n= 62)	5,09±0,69	5,42±0,59	4,88±0,77	4,69±0,75	5,02±0,65
KW değeri	5,372	1,749	4,616	3,041	4,359
p değeri (sd: 2)	0,068	0,417	0,099	0,219	0,113
<b>Haftalık çalışma saati</b>					
40 saat (n= 68)	5,28±0,68	5,49±0,59	5,04±0,74	4,84±0,77	5,17±0,65
40 saatten fazla (n= 35)	5,04±0,76	5,49±0,49	4,93±0,82	4,67±0,77	5,03±0,66
t değeri	1,605	0,022	0,678	1,056	1,045
p değeri (Sd:101)	0,112	0,983	0,499	0,293	0,299
<b>Hemşire başına düşen yatak sayısı</b>					
11-20 yatak (n= 63)	5,40±0,60	5,59±0,46	5,19±0,70	5,00±0,71	5,30±0,58
21-30 yatak (n= 27)	4,84±0,84	5,29±0,72	4,62±0,88	4,33±0,81	4,77±0,75
Mann Whitney U değeri	498,500	641,000	532,000	454,500	487,000
p değeri	<b>0,002</b>	0,060	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>
<b>Günlük yapılan cerrahi girişim sayısı</b>					
1-3 (n=53)	5,39±0,62	5,62±0,45	5,19±0,69	5,00±0,69	5,31±0,57
4 ve üzeri (n=50)	4,99 ±0,75	5,35±0,61	4,80±0,80	4,56±0,80	4,93±0,69
t değeri	2,980	2,533	2,671	2,997	3,079
p değeri (Sd:101)	<b>0,004</b>	<b>0,013</b>	<b>0,009</b>	<b>0,003</b>	<b>0,003</b>
<b>Hemşirelik bakımının yeterlilik durumu</b>					
Evet (n= 30)	5,67±0,45	5,83±0,24	5,55±0,46	5,41±0,56	5,62±0,39
Hayır-Kısmen (n= 73)	5,00±0,71	5,35±0,58	4,78±0,76	4,53±0,70	4,920±0,63
t Değeri	5,679	5,902	6,300	6,066	6,801
p değeri (Sd:101)	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

Hemşirelerin *meslekte çalışma sürelerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Hemşirelerin *mesleklerini isteyerek yapma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, isteyerek yapan ve yapmayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-15).

Hemşirelerin *genel cerrahi servisinde çalışma sürelerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Hemşirelerin *genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma durumlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, bakım davranışları ölçeğinin hem alt boyutları hem de toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-15). Genel cerrahi servisinde isteyerek çalışan hemşirelerin ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının, isteyerek çalışmayan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu.

Hemşirelerin *çalışma pozisyonlarına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, sorumlu hemşire ve servis hemşiresi olarak çalışan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-15).

Hemşirelerin *çalışma zamanlarına* göre BDÖ-24 alt boyutları ve toplam puan ortalamaları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında, yalnız gündüz, yalnız gece ve hem gece hem de gündüz çalışan hemşire gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-15).

Hemşirelerin *haftalık çalışma saatlerine* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, haftada 40 saat ve 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-15).

*Hemşire başına düşen yatak sayısına* göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, 11-20 yatak olan grubun bakım davranışları ölçeği güvence, saygılı olma ve bağlılık boyutları ile toplam puan

ortalamları 21-30 yatak düşen gruptan istatistiksel olarak çok anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0,01$ ). Gruplar arasında bilgi-beceri boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-15).

Hemşirelerin çalıştıkları servislerde ***günlük yapılan cerrahi girişim sayısına*** göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında grupların hem bakım davranışları ölçeği dört alt boyut puanı hem de toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, günde 1-3 cerrahi girişim yapılan servislerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının günde 4 ve daha fazla cerrahi girişim yapılan servislere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-15).

Hemşirelerin ***çalıştığı servislerde verilen hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna*** göre BDÖ-24'ün dört alt boyutu ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ) (Tablo 4-15). Hemşirelik bakımını yeterli bulan hemşirelerin puan ortalamaları, hemşirelik bakımını yeterli bulmayanlara göre anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu.

Hemşirelerin çalıştıkları ***serviste sağlanan hemşirelik bakımına verdiği puan*** ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendi. Hemşirelerin bakım memnuniyet puanı ile hem BDÖ-24'ün güvence ( $r=0,67$ ,  $p=0,000$ ), bilgi-beceri ( $r=0,57$ ,  $p=0,000$ ), saygılı olma ( $r=0,71$ ,  $p=0,000$ ) ve bağlılık ( $r=0,73$ ,  $p=0,000$ ) alt boyutları hem de toplam puanları ( $r=0,73$ ,  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin hemşirelik bakımından memnun olma puanları arttıkça bakım davranışları ölçeği alt boyut ve toplam puanları da artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Sağlık ve sağlık bakımının sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlıkla ilgili bilgi ve teknolojiye gelişmeler, bireylerin sağlık bakımına ilişkin beklenti ve görüşlerinin değişmesi, bakımlarında daha aktif konuma gelmeleri ve sağlık sektöründe maliyetin ve rekabetin artması gibi nedenler, daha nitelikli sağlık bakımı verilmesini gündeme getirmiştir.

Sağlık kurumları içinde hastalara verilen hizmetin büyük bir kısmı hemşirelik bakımını ilgilendiren hizmetlerdir (Merkouris ve ark. 1999). Bu nedenle hemşirelik bakımının niteliğinin değerlendirilmesi son derece önemlidir. Hastaların aldıkları bakıma ilişkin görüşleri, hemşirelik bakım kalitesi hakkında fikir veren önemli göstergelerden biridir (Ahmad ve Alasad 2004). Son yıllarda, hastaların hemşirelik bakımını nasıl algıladıkları ve deneyimlediklerine ilişkin ilgi giderek artmaktadır (Johansson ve ark. 2002). Hastaların görüşlerinin anlaşılması, değerlendirilmesi, hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesi için önemlidir. Sağlanan hemşirelik bakımında sorumluluğun sadece sağlık bakım profesyonellerinde olmasından çok, hastaların da kendi bakımlarında sorumluluk almaları ve aktif katılmaları istenen bir durumdur (Ahmad ve Alasad 2004).

Hemşirelik bakım kalitesinin ölçülmesi, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık bakım kurumlarının sürekli ve geçici kişileri olarak tanımlanan hemşire ve hastaların, bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi ve dikkate alınmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu bağlamda çalışma, genel cerrahi hastaları ve hemşirelerinin, hemşirelik bakımı kalitesini algılamalarını ve etkileyen faktörleri belirlemek, sonuçlar doğrultusunda hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesi ve uygulanmasına çözüm önerileri getirmek amacıyla yapıldı. Çalışmada elde edilen veriler üç bölümde tartışıldı.

### **5.1. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Serviste Verilen Hemşirelik Bakımına ile ilgili Görüşlerine ilişkin Bulguların Tartışılması**

Hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirildiği bu çalışma, 366 hasta ve 103 hemşirenin katılımıyla yapıldı. Çalışmada elde edilen hasta ve hemşirelere ait demografik verilerin çalışmaya özgü olduğu ve diğer çalışmalarla genellenemeyeceği düşünüldü (Tablo 4-1, 4-2, 4-5, 4-6).

Çalışma kapsamına alınan hasta ve hemşirelerin serviste verilen hemşirelik bakımının yeterliliğine ilişkin görüşleri incelendi. Hastaların büyük çoğunluğunun (%84,7) hemşirelerin ise bir kısmının (%28,2), hemşirelik bakımını yeterli buldukları belirlendi. Bakımın yeterli olmama nedenleri incelendiğinde; hastaların en yüksek oranda ifade ettikleri yanıtların “hemşirelerin iş yükünün fazla olması”, “hemşire sayısının yetersiz olması” ve “hasta sayısının fazla olması” (Tablo 4-3), hemşirelerin en yüksek oranda ifade ettiği yanıtların ise “hasta bakımı dışında servis iş yükünün fazla olması”, “hemşire sayısının yetersiz olması” ve “hasta sayısının fazla olması” gibi nedenler olduğu belirlendi (Tablo 4-7). Çalışmalarda hemşire sayısının az (Bircan ve Baycan 2004; Göktaş 2007; Tınmaz 2008) ve iş yükünün fazla olması hemşirelik bakımını etkileyen en önemli iki etmen olarak bildirilmiştir (Karadağ ve Taşçı 2005; Göktaş 2007). Hemşire sayısının hasta sayısına oranlanması, servis içi rutinlerin standartlarının belirlenmesi ve ekip içinde iş yükünün dengeli dağıtılması gibi faktörlerin yeterli olması, nitelikli bakım verilmesinde önemlidir.

### **5.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, hasta ve hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24'e ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4-8, 4-9, 4-10).

Bakım Davranışları Ölçeği, Wolf ve ark. (1994) tarafından geliştirilen 42 maddeli, 5 boyutlu ve çift yönlü bir ölçektir. Hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım sürecine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla geliştirilen bu ölçeğin, 24 maddeli ve 4 boyutlu kısa formu, Wu ve ark. (2006) tarafından oluşturulmuştur.

Wu ve ark. (2006)'nın ölçeğin kısa formu geliştirdikleri çalışmasında, BDÖ-24'ün Cronbach Alpha katsayısı hastalarda *güvence boyutu* 0,92, *bilgi-beceri boyutu* 0,87, *saygılı olma boyutu* 0,91, *bağlılık boyutu* 0,82, *toplam ölçek için* 0,96;

hemşirelerde ise *güvence boyutu* 0,92, *bilgi-beceri boyutu* 0,83, *saygılı olma boyutu* 0,92, *bağlılık boyutu* 0,87, *toplam ölçek* için 0,96 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada Cronbach Alpha katsayısı hastalarda alt boyutları için 0,82-0,92, toplam ölçek için 0,96, hemşirelerde alt boyutlar için 0,83-0,92, toplam ölçek için 0,96 olarak saptanmıştır (Wu ve ark. 2006). Bu çalışmada ise, Cronbach Alpha katsayısı, hastalarda alt boyutlar için 0,86-0,93, toplam ölçek için 0,97; hemşirelerde alt boyutlar için 0,81-0,94, toplam ölçek için 0,96 olarak belirlendi (Tablo 4-8). Bu sonuçlar, çalışmada kullanılan ölçeğin alt boyut ve toplam iç tutarlılık katsayılarının oldukça yüksek düzeyde ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Bakım Davranışları Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada hastaların *güvence* alt boyutundan 4,33, *bilgi-beceri* alt boyutundan 4,55, *saygılı olma* alt boyutundan 4,32, *bağlılık* alt boyutundan 4,22 ve toplam ölçekten 4,33, hemşirelerin ise *güvence* alt boyutundan 4,19, *bilgi-beceri* alt boyutundan 4,35, *saygılı olma* boyutundan 4,05, *bağlılık* alt boyutunda 3,89 ve toplam ölçekten 4,11 puan aldıkları belirlenmiştir (Wolf ve ark. 1994). Wu ve ark. (2006)'nın çalışmasında ise, hastaların BDÖ-24'ün *güvence* alt boyutundan 4,34, *bilgi-beceri* alt boyutundan 4,59, *saygılı olma* boyutundan 4,34, *bağlılık* alt boyutunda 3,93 ve toplam ölçekten 4,29, hemşirelerin ise *güvence* alt boyutundan 4,19, *bilgi-beceri* alt boyutundan 4,40, *saygılı olma* boyutundan 4,19, *bağlılık* alt boyutunda 3,69 ve toplam ölçekten 4,10 puan aldıkları bulunmuştur. Başka bir çalışmada da, hemşirelerin ölçek alt boyutlarından aldığı puanlar *güvence*=5,36, *bilgi-beceri*=5,56, *saygılı olma*=5,16 ve *bağlılık*=4,89; toplam ölçek puanı ise 5,25 olarak saptanmıştır (Burtson ve Stichler 2010). Bu çalışmada, hastaların, *güvence* alt boyutundan 5,12, *bilgi-beceri* alt boyutundan 5,30, *saygılı olma* alt boyutundan 4,67, *bağlılık* alt boyutundan 4,59 ve toplam ölçekten 4,94, hemşirelerin ise, *güvence* alt boyutundan 5,20, *bilgi-beceri* alt boyutundan 5,49, *saygılı olma* alt boyutundan 5,00, *bağlılık* alt boyutundan 4,79 ve toplam ölçekten 5,12 puan aldıkları saptandı (Tablo 4-9). Gerek hastaların gerekse hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanları, aynı ölçek kullanılarak yapılan diğer çalışmaların sonuçlarından daha yüksek bulundu. Kültürel farklılığın olması, ülkelerin hemşirelik eğitim programlarının ve bakım standartlarının aynı olmaması, bireylerin kişisel özelliklerinin çeşitlilik göstermesi gibi faktörlerin, hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakımının farklı algılanmasına ve değerlendirilmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesi algılamalarına yönelik yapılan çalışmalarda, bakım kalitesinin algılanmasında gruplar arasında farklılık olduğu bildirilmiştir (Larsson ve ark. 1996; Leinonen ve ark. 2003; Zhao ve ark. 2009). Bakım davranışlarının algılanmasının incelendiği bir çalışmada, hastaların bakım algılama düzeylerinin hemşirelere göre düşük olduğu belirtilmiştir (O'Brian Plowden 1996). Zhao ve ark. (2009)'nın hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesini değerlendirdikleri çalışmasında, hasta ve hemşirelerin bakım kalitesini algılamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, hemşirelerin bakım algılama puanlarının (268,21) hastalardan (260,15) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da, hemşirelik bakım memnuniyetinin algılanmasına ilişkin hasta ve hemşire arasında anlamlı bir fark olduğu, hastaların memnuniyet puanının (5,11) hemşirelerden (4,52) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lee ve Yom 2007). Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesi algılamalarının değerlendirildiği bu çalışmada, grupların güvence ve bağlılık puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı, bilgi-beceri ve saygılı olma boyutları ile toplam ölçek puanlarında ise anlamlı bir fark olduğu ve hastaların puanlarının hemşirelerden daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-10). Bu sonuç, O'Brian Plowden ile Zhao ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu farkın, hasta ve hemşirelerin kişisel özellikleri, yaşam deneyimleri, beklenti ve algılama düzeylerine bağlı olduğu düşünülebilir.

### **5.3. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde hasta ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ile BDÖ-24 ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin verilerin tartışılmasına yer verildi (Tablo 4-11, 4-12, 4-13, 4-14, 4-15).

#### **5.3.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri İle Bakım Davranışları Ölçeği-24 Puanlarının Tartışılması**

Sağlık sisteminde, hasta memnuniyeti kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergesidir (Merkouris et al. 1999; Johansson ve ark. 2002; Ahmad ve Alasad 2004; Larrabee ve ark. 2004). Hasta memnuniyeti; hastanın yaşam tarzı, geçmiş deneyimleri, gelecekte beklenenleri, toplumun ve kişilerin değerleri gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bakım sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı



zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (Merkoirus ve ark. 1999; Algier ve ark. 2005; Köşgeroğlu ve ark. 2005).

Literatürde cinsiyetin, bakım kalitesinin algılanmasını etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Çalışmalarda cinsiyetin bakım kalitesinin algılanması ya da memnuniyet üzerinde etkisine yönelik farklı bulgular yer almaktadır. Sağlık bakımı ile ilgili memnuniyet araştırmalarının değerlendirildiği sistematik inceleme çalışmasında, 39 çalışmanın 6'sında kadınların, 7'sinde erkeklerin bakımdan daha çok memnun olduğu, 26 çalışmada ise cinsiyet ile memnuniyet arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Crow ve ark. 2002). Çoban ve Kaşıkçı (2008)'nin cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin algılamalarının değerlendirildiği çalışmada, cinsiyetin hemşirelik bakımının algılanmasında bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, bakım kalitesi ya da memnuniyetin değerlendirildiği birçok çalışmada da cinsiyetin etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır (Türköz ve ark. 1998; Uzun 2003; Karaman-Özlü 2006; Utlu-Tan 2006; Karadağ 2007; Yağlı-İlgililer 2009). Bununla birlikte, cinsiyetin bakım kalitesinin algılanmasında etkili olduğunu gösteren çalışmalarda vardır. Bu çalışmalardan bazılarında kadınların bakıma ilişkin memnuniyet düzeyleri yüksek iken (Akın ve Erdoğan 2007), bazı çalışmalarda da erkeklerin bakım memnuniyetinin daha yüksek olduğu (Yurt 1999; Bal ve ark. 2001; Foss 2002; Johansson ve ark. 2002; Ahmad ve Alasad 2004) belirlenmiştir. Bu çalışmada ise cinsiyetin, bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkili olmadığı saptandı (Tablo 4-11). Cerrahi girişim sonrasında özellikle ilk günlerde hemşirelik bakımına olan gereksinimlerin artması ve bu gereksinimlerin her iki cinsiyette de önemli olmasının, bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Hastaların yaşı, sağlanan hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet algısını etkileyen önemli faktörlerden biridir (Johansson ve ark 2002). Yapılan çalışmalarda yaş ile bakım kalitesinin algılanması arasında ilişkiye yönelik farklı sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetin değerlendirildiği sistematik inceleme çalışmasında, yaşlı bireylerin bakımdan daha fazla memnun oldukları belirlenmiştir (Johansson ve ark. 2002). Karaman-Özlü (2006) de cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada, 65 yaş üzerinde hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet puanının (73,64), 19-39 yaş arası hastalardan (69,79) daha yüksek olduğunu bulmuştur. Benzer

şekilde, farklı çalışmalarda da, yaşlı hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeyinin genç yaştaki hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sitzia ve Wood 1997; Türköz ve ark. 1998; Eroğlu ve ark. 2001; Uzun 2001; Foss 2002; Uzun 2003; Akın ve Erdoğan 2007; Uzun 2009). Bununla birlikte literatürde yaştan, memnuniyet üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Ahmad ve Alasad 2004; Utlı-Tan 2006; Karadağ 2007; Çoban ve Kaşıkçı 2008; Yağlı-İlgililer 2009). Bu çalışmada ise, 18-39 yaş grubundaki hastaların BDÖ-24'ün alt boyutlarından güvence, bilgi-beceri ve bağlılık alt boyutları ile toplam ölçek puanı, diğer yaş gruplarından daha düşük bulundu. Bu yaş grubundaki hastaların bakım kalitesini algılama düzeyleri daha düşüktür (Tablo 4-11). Genç hastaların bakım kalitesi algılamalarının düşük olması, bu yaş grubunun eğitim düzeyinin yüksek olması ve aldıkları hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Utlı-Tan (2006), Akın ve Erdoğan (2007), Çoban ve Kaşıkçı (2008) ve Uzun (2009)'un çalışmalarında, medeni durumun hastaların bakıma ilişkin algılamalarını etkilemediği, Karaman-Özlu (2006)'nın çalışmasında ise evli olan hastaların bakımdan memnuniyetinin bekar ve dul-boşanmış olan hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da diğer çalışmalarla benzer şekilde medeni durumun, bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkili olmadığı saptandı (Tablo 4-11).

Memnuniyetle ilgili 61 araştırmanın değerlendirildiği sistematik inceleme çalışmasında, incelenen 39 çalışmada eğitim düzeyinin memnuniyet üzerinde etkili olduğu, 15 çalışmada etkili olmadığı belirlenmiştir (Crow ve ark. 2002). Başka bir çalışmada ise, okur-yazar ve ilköğretim mezunu olan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeyi (72,51), üniversite mezunu olan hastalardan (68,87) daha yüksek bulunmuştur (Karaman-Özlu 2006). Benzer şekilde farklı çalışmalarda da, eğitim durumu ile hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe, hastaların bakımdan algıladıkları memnuniyetin azaldığı saptanmıştır (Sitzia ve Wood 1997; Türköz ve ark. 1998; Johansson ve ark. 2002; Uzun 2003). Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinin, bakımın algılanmasında etkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Ahmad ve Alasad 2004; Utlı-Tan 2006; Akın ve Erdoğan 2007; Karadağ 2007). Bu çalışmada da, eğitim düzeyi ile bakımın algılanması arasındaki ilişki diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Ancak, okur-yazar olan hastaların BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanlarının diğer hastalara göre yüksek

olduğu saptandı (Tablo 4-11). Bu durum, eğitim düzeyinin yükselmesinin bir sonucu olarak bireylerin daha bilinçli olması ve aldıkları bakıma ilişkin beklentilerinin artması ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda, hastaların mesleği ile bakıma ilişkin memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Akın ve Erdoğan 2007; Uzun 2009). Bu çalışmada da benzer şekilde, hastaların çalışma durumunun, hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algılamayı etkilemediği belirlendi. Ancak, çalışmayan hastaların BDÖ-24'ün bilgi-beceri alt boyutu puanının çalışan hastalara göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-11).

Cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların yaşadığı yer ile memnuniyet arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Karaman-Özlu 2006). Benzer şekilde bu çalışmada da yaşanan yerin bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkili olmadığı saptandı (Tablo 4-11). Bu durum, nerede yaşanırsa yaşansın, bireylerin temel insan gereksinimlerinin aynı olduğu ve bu doğrultuda sağlık bakımı ile ilgili beklentilerinin de birbirinden çok farklı olmadığını düşündürmektedir.

Cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalarda, sosyal güvence durumunun, hemşirelik bakımın ilişkin memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir (Karaman-Özlu 2006; Uzun 2009). Hemşirelik bakım ile ilgili hasta memnuniyetinin değerlendirildiği bir çalışmada sosyal güvencesi olan hastaların aldıkları bakıma ilişkin memnuniyetleri daha yüksek bulunmuştur (Akın ve Erdoğan 2007). Tınmaz (2008) acil serviste yatan hastaların memnuniyet düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında, memnuniyet düzeyinin sosyal güvenceden etkilendiğini ve sosyal güvencesi olmayan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada da, Akın ve Erdoğan ile Tınmaz'ın çalışması ile benzer olarak sosyal güvencenin bakım kalitesi algılamasını etkilediği, sosyal güvencesi olmayan hastaların bakım algılamalarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-11).

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra sağlık özellikleri, bakım kalitesinin algılanmasını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanları, kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur (Çoban ve Kaşıkçı 2008). Bu çalışmada ise, kronik hastalığı olan hastaların bakım kalitesini algılama puanlarının, diğer gruba göre düşük olmasına karşın, kronik hastalık varlığının hemşirelik bakım kalitesini etkilemediği

belirlendi (Tablo 4-12). Hastalarda, hastanede yatış nedeni dışında ek hastalıkların olması, hastanede yatış süresinde uzama, daha fazla tıbbi girişime maruz kalma, yaşam boyu bu hastalıkla beraber olma ve ilaç kullanma gibi birçok olumsuzluğu beraberinde getirmekte ve sonuçta daha hassas ve kırılabilir olan hastanın, sağlık bakımı ile ilgili algılamaları olumsuz yönde etkilenebileceği söylenebilir.

Hastaların memnuniyetleri, daha önce aldıkları sağlık bakımı ile ilgili olumlu ya da olumsuz görüşlerinden etkilenmektedir (Johansson ve ark. 2002). Hastanede yatan hastaların sağlık hizmetlerine yönelik görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, daha önce hastanede yatan hastaların, hemşirelik bakımından daha fazla memnun oldukları saptanmıştır (Yağlı-İlgililer 2009). Yapılan diğer çalışmalarda ise, daha önce hastanede yatmanın bakım memnuniyetini etkilemediği belirlenmiştir (Karaman-Özlu 2006; Çoban ve Kaşıkçı 2008). Uzun (2009)'un yaptığı çalışmada, daha önce hastanede yatmanın memnuniyeti etkilemediği buna karşın daha önce hastanede yatan hastaların hemşirelik bakım puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma da, diğer çalışmalara benzer şekilde, daha önce hastanede yatma ile hemşirelik bakım kalitesinin algılanması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak daha önce hastane deneyimi olmayan hastaların ölçek puanlarının (5,03), hastanede yatan hastalara (4,90) göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-12). Bu sonuç, daha önce hastanede yatmayan hastaların, hastanede olumsuz davranışlarla karşılaşmamaları ve hemşirelik bakımına yönelik bilgilerinin olmaması ile açıklanabilir.

Daha önceden geçirilen cerrahi girişimin, hastaların hemşirelik bakımı ilişkin algılarını etkilenebileceği düşünüldü. Ancak bu çalışmada, daha önce cerrahi girişim deneyimleme durumunun, hastaların hemşirelik bakım kalitesini algılama durumunu etkilemediği bulundu (Tablo 4-12).

Karaman-Özlu (2006)'nın yaptığı çalışmada, tanının (kanser ve kanser dışı), hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir. Bu çalışma da, hastanede yatış nedeninin, hemşirelik bakımının algılanmasını etkilemediği saptandı (Tablo 4-12). Bu sonucun, çalışmanın yapıldığı hastanede hastalarının bir kısmının tanıları bilmemesinden ya da hastaneye yatış nedeni ne olursa olsun tedavi-bakımın sonucunda, hastaların sağlıklarına kavuşma beklentilerinin aynı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hasta memnuniyetini etkileyen değişkenlerin incelendiği bir çalışmada, hastanede daha uzun süre yatan hastaların (9 günden fazla) hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Türköz ve ark. 1998). Günübirlik cerrahi uygulanan ve uygulanmayan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ile iki grup arasında bir ilişki saptanmamıştır (şal-Sarıca 2007). Farklı çalışmalarda da, hastanede yatış süresinin hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Ahmad ve Alasad 2004; Karaman-Özlu 2006; Akın ve Erdoğan 2007; Yağlı-İlgililer 2009). Bu çalışmada, benzer şekilde hastanede yatış süresi ile hemşirelik bakım kalitesinin algılanması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak hastanede yatma süresi uzadıķça bakım algılama puanlarının düştüğü belirlendi (Tablo 4-12). Tedavi sürecinin uzun ve zor olması, tedavi ve bakıma ilişkin sorunların çıkması ve hastanın duygusal durumunun bozulmasına bağlı olarak hastaların hastanede yatma süresinin uzadığı ve sonucunda hastalar tarafından algılanan bakım kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği düşünölmektedir.

Cerrahi hastaları ile yapılan bir çalışmada, sorun/komplikasyon gelişme durumunun memnuniyeti etkilemediği, ancak komplikasyon gelişen hastaların memnuniyet puanının biraz düşük olduğu belirlenmiştir (Karaman-Özlu 2006). Bu çalışmada, cerrahi girişim sonrası sorun/komplikasyon gelişen hastaların, BDÖ-24'ün alt boyut ve toplam ölçek puanlarının daha düşük olduğu ve hemşirelik bakım kalitesi algılamalarının diğer gruba göre daha kötü olduğu belirlendi (Tablo 4-12). Hastalar, hastaneye yattıklarında sorunlarının en kısa sürede ve başarılı bir şekilde özömlenmesini beklemekte, ancak bu süre içinde hastalığa, tedavi ve bakım sürecine bağlı birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Hastada herhangi bir sorun gelişmesi, hastanın tedavi-bakım sürecinin ve yatış süresinin uzamasına, genel durumunun bozulmasına ve maliyetin artmasına neden olmakta ve tüm bu olumsuz faktörler de hemşirelik bakım kalitesinin daha olumsuz algılanmasına neden olabilecektir.

Karaman-Özlu (2006)'nün çalışmasında, cerrahi servislerinde sağlanan hemşirelik bakımını “mükemmel” olarak değerlendiren hastaların bakım memnuniyet puanının, bakımı “yetersiz” bulan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da, hastaların %84,7'sinin verilen hemşirelik bakımını yeterli olarak tanımladığı ve bakımı yeterli bulan hastaların bakım kalitesini algılamalarının diğer

gruba göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-12). Çalışmaya alınan hastaların GKÖ'ne göre hemşirelik bakımına verdikleri puanın 10 üzerinden 8,63 olduğu (Tablo 4-3) ve BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanları ile arasında pozitif yönde, güçlü ve çok anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4-12).

Bilgilendirme ve eğitim verme, hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörler arasındadır (Evans ve ark. 1998; Krupat ve ark. 2000; Yılmaz 2001). Yılmaz (2002) tarafından cerrahi servislerinde yapılan bir çalışmada, cerrahi girişim öncesi planlanmış eğitim yoluyla ve eğitim kılavuzu kullanılarak hazırlanan girişime hastaların memnuniyet puanı 65,2, rutin bakım doğrultusunda hazırlanan hastaların ise puanı 58,3 olarak bulunmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda da, yeterli düzeyde bilgilendirilen hastaların, sağlık çalışanlarına güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir (Williams 1994; Larsson ve 1996; Walker ve ark. 1998; Krupat ve ark. 2000; Ahmad ve Alasad 2004; Tınmaz 2008). Şal-Sarıca (2007)'nin çalışmasında ise cerrahi girişime yönelik bilgi verilen ve verilemeyen grupların memnuniyet düzeyleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada hastanın bilgilendirilmesinin, bakım kalitesi algılamasını olumlu olarak etkilediği belirlendi (Tablo 4-13).

Standartlar doğrultusunda bakım verilmesinin memnuniyet üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, standartlar doğrultusunda bakım alan hastaların memnuniyet düzeylerinin, servis rutinleri doğrultusunda bakım alan hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Ertem ve Sevil 2007). Bu çalışmada da, hemşirelerden, gereksinim duyduğu konularda bakım aldığını ifade eden hastaların, bakım kalitesini algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-13). Gereksinim duyduğu konularda hemşirelik bakımı alan hastaların memnuniyet düzeylerinin ya da bakım kalitesi algılamalarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

### **5.3.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 Puanlarının Tartışılması**

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin iş motivasyonunu, dolayısıyla da hemşirelik bakım kalitesinin algılanmasını etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada, hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile bakım kalitesinin algılanması arasında bir ilişki olup olmadığı incelendi.

Yapılan çalışmalarda cinsiyet (Larsson ve ark. 1998; Chan ve Chau 2005; Green 2004), yaş (von Essen ve Sjöden 2003; Green 2004), evlilik durumu (Larsson ve ark.

1998; von Essen ve Sjöden 2003; Green 2004), çocuk sahibi olma durumu (Larsson ve ark. 1998) ile hemşirelik bakım kalitesinin algılanması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün kullanıldığı bir çalışmada, hemşirelerin yaşı ile bilgi-beceri alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (Burtson ve Stichler 2010). Bu çalışmada ise, hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, evlilik durumu ve çocuk sahibi olma durumunun hemşirelik bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkisi olmadığı belirlendi. Ancak erkek hemşirelerin, 40 yaş ve üzeri hemşirelerin, evli hemşirelerin ve çocuğu olan hemşirelerin toplam ölçek puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-14).

Hemşirelerin eğitim durumlarının hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, (Green 2004; Chan ve Chau 2005) ancak doktoralı hemşirelerin bakım algılama düzeylerinin, diğer hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Green 2004). Bu çalışmada, önlisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin verdikleri bakımı daha iyi değerlendirmelerine karşın, hemşirelerin eğitim durumlarının bakım kalitesini etkilemediği belirlendi (4-14).

Literatürde, hemşirelerin mesleki özellikleri ile bakım kalitesinin algılanması arasında ilişkiyi gösteren çalışmalara ulaşılamamıştır. Bununla birlikte, hemşirelerin mesleki yaşam özelliklerinin, bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada, hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri ile bakım kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, hemşirelik mesleğini isteyerek yapma, genel cerrahi servisinde çalışma süresi, hemşirenin çalıştığı pozisyon, çalıştığı vardiya ve haftalık çalışma saatinin bakım kalitesinin algılanmasında etkili olmadığı belirlendi. Burtson ve Stichler (2010)'in yaptığı bir çalışmada çalışma süresi ile BDÖ-24 ölçeği bilgi-beceri alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda ise, çalışma süresinin bakımın algılanması üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (von Essen ve Sjöden 2003; Chan ve Chau 2005). Bu çalışmada da, hemşirelerin çalışma sürelerinin bakım kalitesinin algılanmasında etkili olmadığı saptandı. Ancak genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma, hemşire başına düşen yatak sayısı, günlük yapılan cerrahi girişim sayısı ve hemşirelik bakımının yeterli bulma durumu ile bakım kalitesinin algılanması arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4-15). Genel cerrahi servisinde isteyerek çalışan hemşirelerin, hemşire başına

düşen yatak sayısı 11-20 olan hemşirelerin, çalıştıkları serviste günlük 1-3 cerrahi girişim yapılan hemşirelerin ve hemşirelik bakımını yeterli bulan hemşirelerin, bakım algılamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin serviste sağlanan hemşirelik bakımına verdikleri puanın bakım kalitesini etkilediği, bakıma verilen puan arttıkça bakım kalitesi algılamalarının da arttığı belirlendi. Çalışmada etkili bulunan faktörlerin, hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonunu önemli düzeyde etkileyebileceği ve bunun sonucunda da hastaya verilen hemşirelik bakım kalitesini arttıracakları düşünülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar:

Bu araştırma, genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algılamalarını ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapıldı. Araştırmada veriler, “Hasta ve Hemşire Bilgi Formu” ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24” kullanılarak toplandı. Bu çalışmada;

- Hasta ve hemşirelerin öz bildirimleri doğrultusunda, hastaların büyük çoğunluğunun ve hemşirelerin az bir kısmının sağlanan hemşirelik bakımını yeterli bulduğu,

- Hastalara göre “hemşirelerin iş yükünün fazla olması”, “hemşire sayısının yetersiz olması” ve “hasta sayısının fazla olması”, hemşirelere göre ise “hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması”, “hemşire sayısının yetersiz olması” ve “hasta sayısının fazla olması” gibi faktörlerin, serviste sağlanan hemşirelik bakımının yeterliliğini etkilediği,

- Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24’ün güvence ve bağlılık alt boyut puanları arasında fark olmadığı, bununla birlikte hastaların bilgi-beceri ve saygılı olma alt boyutları ile toplam ölçek puanlarının hemşirelerden düşük olduğu,

- Hastaların yaş, sosyal güvence durumu, sorun/komplikasyon gelişme, hemşirelik bakımının yeterli bulma durumu, bilgi ve bakım alma gibi özelliklerinin, hemşirelik bakım kalitesi algılamasını etkilediği,

- Hemşirelerin genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma, hemşire başına düşen yatak sayısı, günlük yapılan cerrahi girişim sayısı ve hemşirelik bakımının yeterli bulma



durumu gibi özelliklerinin, hemşirelik bakım kalitesini algılama düzeylerini etkilediği belirlendi.

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

- Hasta ve hemşirelerin belirli sürelerde hemşirelik bakım kalitesi algılamalarının değerlendirilmesi,
- Hemşirelik bakım kalitesinin algılanmasını etkileyen faktörlere yönelik hemşirelere hizmet içi eğitim verilmesi,
- Hemşirelik bakım kalitesini etkileyen kurumsal yetersizliklerin (hemşire sayısı, hasta sayısı, iş yükü, çalışma saati) belirlenmesi ve iyileştirilmesi,
- Servislere özgü hemşirelik bakım kalitesini değerlendiren hasta ve hemşire formlarının oluşturulması ve düzenli olarak uygulanarak geri bildirim alınması,
- Bireyselleştirilmiş ve hasta merkezli hemşirelik bakım modellerinin geliştirilmesi ve uygulanması,
- Hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesinin önemine ilişkin farkındalıklarını artıracak uygulamaların (etkili iletişim ve empati becerileri) planlanması ve uygulanması,
- Hemşirelik bakım kalitesini artırıcı mesleki motivasyonlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi,
- Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesi algılamalarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik kalitatif çalışmaların yapılması,
- Uyarlaması yapılan ölçeğin farklı servislerde ve daha büyük gruplara uygulanması önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Ahmad, M.M., Alasad, J.A. (2004). Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Practice*, **10**: 235–241.
2. Akça Ay, F. (2007). Kuram Nedir? Hemşirelik ile ilgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. İçinde: F. Akça Ay (Ed), *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.; 5-30.
3. Akdemir, N. (1994). Kalite-maliyet ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi*, **1**, 45-51.
4. Akın, S., Erdoğan, S. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*. **16**, 646-653.
5. Akgül, A., ve Çevik, O. (2005). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Ankara: Emek Ofset.
6. Aksakal, T., Bilgili, N. (2008). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, **30(4)**, 242-249.
7. Aksoy, G. (1998). Ameliyat Öncesi Hazırlık. İçinde F. Akyürek (Ed), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. (2. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 104-122.
8. Alcan, Z. (1997). Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü hasta memnuniyet anket sonuçları. İçinde: *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu (1-2 Kasım 1996)*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı; 133-138.
9. Algıer, L., Abbasoğlu, A., Hakverdioğlu, G., Ökdem, Ş., Göçer, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(1)**, 33-41.
10. Apay, S.E., Arslan, S. (2009). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **8(3)**, 239-244.

11. Arendts, G., MacKenzie, J., Lee, J. (2006). Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit. *Emergency Medicine Australasia*, **18**, 7-14.
12. Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(6)**, 55-71.
13. Aytar, G., Yeşildal, N. (2004). Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, **3**, 10-14.
14. Bal, R., Aytekin, T., Özveri, H., Akdaş, A. (2001). Eskişehir ilinde sosyal sigortalar kurumu, devlet ve üniversite hastanelerinde toplam kalite yönetimi çerçevesinde hasta memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi. Erişim 17.11.2008, [www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik Metinler](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler)
15. Bircan, H., Baycan, S. (2004). Sağlık sektöründe verimlilik ve kalite sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi örneği. *C.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, **28(2)**, 173-185.
16. Birol, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. (8. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.; 21-28.
17. Boumans, N., Berkhout, A., Landeweerd, A. (2005). Effects of resident-oriented care on quality of care, well-being and satisfaction with care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. **19(3)**, 240-250.
18. Bulut, H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, **12(4)**, 288-298.
19. Burns, N., Grove S.K. (1997). *The Practice of Nursing Research*. (3rd ed.). Philadelphia, USA: W.B. Saunders Company.
20. Burtson, P.L., Stichler, J.F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, **66(8)**, 1819-1831.
21. Carr-Hill, A.R. (1992). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, **14(3)**, 236-249.
22. Chan, J.N.H., Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, **50(5)**, 498-507.

23. Cheng, S.H., Yang, M.C., Chiang, T.L. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effect of interpersonal and technical aspect of hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, **15(4)**, 345-355.
24. Cooke, F., Fitzpatrick, S. (2004). Achieving day surgery targets: a practical approach towards achieving efficiency in day case units in the United Kingdom. *Advanced Medical Publications*, London.
25. Christopher, K.A., Hegedus K. (2000). Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviors. *European Journal of Oncology Nursing*, **4(4)**,196-204.
26. Çoban, G., Kaşıkçı, M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılamaları. *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Dergisi*, **16(63)**, 165-171.
27. Coşkun, H., Akbayrak, N. (2001) Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5(2)**, 63-68.
28. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. ve ark. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare; implications for practice from a systematic review of literature. *Health Technology Assessment*, **6(32)**. Erişim: 06.09.2010, <http://www.ncchta.org/fullmono/mon632.pdf>
29. Devebakan, N., Aksaraylı, M., (2003). Sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde Servgual Skorlarının kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **5(1)**, 38-54.
30. Devebakan, N. (2005). Sağlık İşletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ve ölçümü. Erişim 27.07.2010, <http://www.kalder.org/genel/saglik%20isletmelerindeahkveolcumu.pdf>
31. Dindman, S.K., Williams, M., Fosbinder, D., Warnick, M. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *J. Nurs Adm.*, **29(12)**,30-37.
32. Engiz, O. (1997). Sağlık hizmetlerinde “hasta odaklı” kalite gelişim modeli ve memnuniyet ölçüm anketleri. İçinde: *Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık*

*Hizmetlerinde Uygulamaları (22-23 Ekim 1999)*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı; 411-433.

33. Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **30(3)**, 211-216.

34. Ercan, İ., Ediz, B., Kan, İ. (2004). Sağlık kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçek. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **30(3)**, 151-157.

35. Erdil, F., Elbaş, N. (1999). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. (2. Baskı). Ankara: 72 Tasarım Ofset; 130.

36. Erefe, İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. İçinde: İ. Erefe (Ed), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Ankara: Odak ofset; 171-187.

37. Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A., Aydın, C. (2001). Yoğun Bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **8(3)**, 9-11.

38. Ertem, G., Sevil, Ü. (2007). Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **4(2)**, 1-13.

39. Evans, L.M., Martin, L.M., Winslow, H.E. (1998). Nursing care and patient satisfaction. *American Journal of Nursing*, **98(12)**, 57-59.

40. Forbes, M.L., Brown, H.N. (1995). Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal*, **61(4)**, 737-43

41. Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with quality of nursing. *Scand J Caring Sci*, **16(1)**, 19-26.

42. Genç, N. (2007). *Yönetim ve Organizasyon*. (3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık; 207.

43. Gilmartin, J., Wright K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review*, **54**, 183-190.

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

45. Göktaş, S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
46. Gömbül, Ö. (1993). Hemşirelikte kalite güvenliği ve standartlar. *Türk Hemşireler Dergisi*, **3**, 22–28.
47. Gözüm, S., Aksayan, S. (2002a). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **4(2)**, 9-19.
48. Gözüm, S., Aksayan, S. (2002b). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **4(1)**, 9-14
49. Green, A. (2004). Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. *Journal of the Academy of Nurse Practitioners*, **16(7)**, 283-290.
50. Grogan, S., Conner, M., Norman, P., Willits, D., Porter, I. (2000). Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care*, **9(4)**, 210-215.
51. Güneykaya, S. (1998). Hemşirelik hizmetlerinde ISO 9000 çerçevesinde sürekli kalite iyileştirme. İçinde: *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu (17-18 Ekim 1997)*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı; 103.
52. Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. Newyork, USA: Oxford University Press.
53. Hastaoğlu, S. (2007). Dahili bilimler bölümünde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden doyum ve memnuniyeti. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul.
54. Hegedus, K.S. (1999). Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, **30(5)**, 1090-1096.
55. Johansson, P., Oleni, M., Fridlung, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci.*, **16**, 337-344.

56. Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, **5(2)**, 86–94.

57. Karadağ, S., Taşçı, S. (2005) Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14 (ek sayı: Hemşirelik özel sayısı)**, 13-21.

58. Karadağ, Ş. (2007). Acil Üniteye Yönelik Hasta Memnuniyeti. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

59. Karaman-Özlü, Z. (2006). Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

60. Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (7. Baskı). Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık; 116-129.

61. Kıdak, L.B., Aksaraylı, M. (2008). Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **10(3)**, 87-122.

62. Konca, G.E., İlhan, M.N., Bümin, M.A. (2007). Yatarak tedavi gören hastaların hastane çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentileri ve beklentilerine ilişkin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. İçinde: *Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi*. Kıbrıs: 119-120.

63. Köşgeroğlu, N., Acat, M., Karatepe, Ö. (2005). Kemoterapi hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **6**, 75–83.

64. Krupat, E., Fancey, M., Cleary, P.D. (2000). Information and its impact on satisfaction among surgical patients. *Social Science & Medicine*, **51(2000)**, 1817-1825.

65. Larrabee, J.H., Bolden L.V. (2001). Defining patient perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual.*, **16(1)**, 34-60.

66. Larrabee, J.H., Ostrow, C.L., Withrow, M.L., Janney, M.A., Hobbs Jr, G.R., Burant, C. (2004) Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Research in Nursing & Health*, **27**, 254-268.

67. Larsson, C.O., Nelson, E.C., Gustafson, D., Batalden, P.B. (1996). The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *International Journal of Quality in Health Care*, **8(5)**, 447-456.
68. Larsson, G., Peterson V.W., Lampic, C., von Essen L., Sjöden P.O. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, **27**, 855-864.
69. Lee, M.A., Yom, Y.H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. *International Journal of Studies*, **44(2007)**, 545-555.
70. Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Stahlberg, M.R., Lertola, K. (2003). Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*, **16**, 29-37.
71. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction : a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, **7**, 19-28.
72. Naomi, E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *Journal of Nursing Administration*, **36(3)**, 126-130.
73. NHS Modernisation Agency (2004). High impact changes for service improvement and delivery. *HMSO*, London. Erişim Şubat 2008 [www.content.modern.nhs.uk](http://www.content.modern.nhs.uk)
74. O'Brian Plowden, K. (1996). Caring behavior inventory: an exploration of dimensions of nurse caring at the department of veterans affairs medical center, Atlanta, Ga. Doctor of Philosophy Dissertation, The Faculty of Walden University.
75. Okumuş, H., Akçay, H., Karayurt, Ü., Demircan, G. (1993). Bir kalite güvenlik programı ölçütü: hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi. İçinde: *Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Bildirileri Kitabı*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 177-183.



76. O'Connell, B., Young, J., Twigg, D. (1999). Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, **5**, 72-77.

77. Özdamar K. (2009). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. (4.Baskı). Eskişehir: Kaan Kitabevi; 661-673.

78. Sabuncu, N. (2008). Hemşirelikte Temel Kavramlar. İçinde: N. Sabuncu (Ed), *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Ankara: Kalkan Matbaası; 30-33.

79. Sitzia, J., Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.*, **45(12)**, 1829-1843.

80. Sitzia, J., Wood, N. (1998). Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, **35(1/2)**, 1-12.

81. Swan, B.A. (1998). Preoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status after ambulatory surgery. *Medsurg. Nursing*, **7**, 148-158.

82. Şahin, T.K., Bakıcı, H., Bilban, S., Dinçer, Ş., Yurtçu, M., Günel, E. (2005) Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. *Genel Tıp Derg.*, **15(4)**, 137-142.

83. Şal-Sarıca, E. (2007). Günübürlük Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastaların Yöntem Hakkındaki Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

84. Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. (1. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.

85. Şimşek, Ö.F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Cem web Ofset.

86. Tınmaz, Ş.G. (2008) Acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi ve bir uygulama (Doç. Dr. Nurettin Parıltı). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

87. Tükel, B., Acuner, A.M., Önder, Ö.R., Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **57(4)**, 205-214.

88. Türkoz, T.Y., Aksoy, A., Perçin, A.K. (1998). Hasta tatmininin sosyodemografik değişkenler ve tedaviye özgü değişkenler yönünden incelenmesi. İçinde: *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu (17-18 Ekim 1997)*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı; 33-43.

89. Utlü-Tan, N. (2006). Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

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

91. Uzun, E., Güney, M., Oral, B., Özsoy, M., Mungan, T. (2006). Kadın hastalıkları ve doğum servisi: verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **3(3)**, 167-171.

92. Uzun, G. (2009). Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

93. Velioğlu, P. (1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*. İstanbul: Alaş Ofset.

94. Velioğlu, P. (1999) *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.

95. von Essen, L., Sjöden, P.O. (2003). The importance of nursing careing behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, **40(2003)**, 487-497.

96. Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J., Taylor, A. (1998). Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *Journal of Nursing Management*, **6(4)**, 193-200.

97. Wilde Larsson, B., Larsson, G., Starrin, B. (1999). Patients views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, **7(3)**, 133-139.
98. Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, **38(4)**, 509-516.
99. Wolf, Z.R., Giardino, E.R., Osborne, P.A., Ambrose, M.S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch.*, **26(2)**:107-111.
100. Wolf, Z.R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M.S., Giardino, E.R. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nursing*, **7(2)**, 99-110.
101. Wu, Y., Larrabee, J.H., Putman, H.P. (2006). Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, **55(1)**,18-25.
102. Zhao, S.H., Akkadechanunt, T., Xue, X.L. (2009). Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*, **18(12)**, 1-7.
103. Yağlı-İlgililer, S. (2009). Hastanelerde yatarak tedavi gören hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerine yönelik görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
104. Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **5(2)**, 69-74.
105. Yılmaz, M. (2002). Ameliyat öncesi öğretim ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **4(1)**, 40-49.
106. Yurt, A.S. (1999). Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

## FORMLAR

### **EK 1. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (Hastalar için)**

Genel cerrahi servisinde yatan hastaların, verilen hemşirelik bakımını nasıl algıladıkları ve değerlendiklerini belirlemek amacıyla “Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması” konulu bir çalışma yapmaktayız.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Prof.Dr. Nevin KANAN

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 4440000 (27056)

Araş.Gör. Şerife KURŞUN

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 4440000 (27036)

**Katılımcının adı-soyadı:**

**İmzası:**

**EK 2. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (Hemşireler için)**

Genel cerrahi servisinde, hasta ve hemşirelerin, verilen hemşirelik bakımını nasıl algıladıkları ve algılamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla “Genel Cerrahi Servisinde, Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması” konulu bir çalışma yapmaktayız.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, size, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacak ve doldurmanız için soru formu verilecektir. Bu uygulamalar yaklaşık 5-10 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığımız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. İsmi saklı tutulacaktır ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabilir. Çalışmada yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

**Sorumlu araştırmacılar:**

Prof.Dr. Nevin KANAN

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 4440000 (27056)

Araş.Gör. Şerife KURŞUN

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 4440000 (27036)

**Katılımcının adı-soyadı:**

**İmzası:**

**EK 3. HASTA BİLGİ FORMU (1. Aşama için)**

Anket No:

Protokol no:

Adınız-soyadınız:

Tel. no:

Yattığı hastane ve servis:

Tanı:

Yatış Tarihi:

Çıkış Tarihi:

**A) Sosyo-Demografik Özellikler****1. Yaşınız:** .....**2. Cinsiyetiniz:**

1. Kadın      2. Erkek

**3. Medeni durumunuz:**

1. Bekar    2. Evli    3. Dul:    a) Boşanmış    b) Eşi ölmüş

**4. Eğitim durumunuz:**

1. Okur-yazar    2. İlkokul    3. Ortaokul    4. Lise    5. Üniversite

**5. Mesleğiniz:**

1. Ev hanımı    2. Memur    3. İşçi    4. Emekli    5. Diğer.....

**6. Çalışma durumunuz:**

1. Çalışıyor    2. Çalışmıyor

**7. Yaşadığınız yer:**

1. İl      2. İlçe      3. Kasaba      4. Köy

**8. Sosyal güvenceniz:**

1. Yok    2. SSK    3. Emekli Sandığı    4. Bağ-kur    5. Diğer.....

**B) Sağlık ve Hastalık Durumuna ilişkin Bilgiler****9. Hastanede yatış süresi (gün):** .....**10. Kronik bir hastalığınız var mı? Belirtiniz.**

1. Evet.....      2. Hayır

**11. Daha önce hastaneye yattınız mı?**

1. Evet      2.Hayır

**12. Daha önce cerrahi girişim (ameliyat) geçirdiniz mi? Ne ameliyatı oldunuz?**

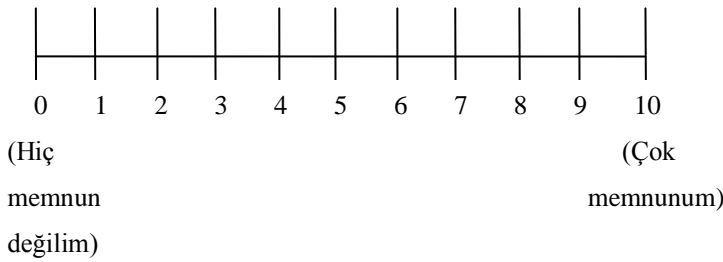
1. Evet (belirtiniz) .....      2.Hayır

**13. Sizce, hastanede verilen hemşirelik bakım yeterli midir?**

1. Evet      2) Kısmen      3) Hayır      4) Bilmiyorum

**14.Yanıtınız hayır ise lütfen nedenini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

1. Hemşireler bakım vermek istemiyor
2. Serviste yatan hasta sayısı fazla
3. Serviste çalışan hemşire sayısı yetersiz
4. Bakım için bir beklentim yok
5. Bakım için hemşirelerin yeterli zamanı yok
6. Diğer.....

**15. Hemşirelik bakımına verdiğiniz puanı ölçek üzerinde gösteriniz? (Sayı olarak belirtiniz)****16. Hastanede kalış süresi içinde bir sorun/komplikasyon gelişti mi?**

1. Hayır      2. Evet (belirtiniz) .....

**C) Bakım Davranışları Ölçeği-24**

**EK 4. HASTA BİLGİ FORMU (2. Aşama için)**

Anket No:

Protokol no:

Adınız-soyadınız:

Tel. no:

Yattığı hastane ve servis:

Tanı:

Yatış Tarihi:

Çıkış Tarihi:

**A) Sosyo-Demografik Özellikler****1. Yaşınız:** .....**2. Cinsiyetiniz:**

1. Kadın      2. Erkek

**3. Medeni durumunuz:**

1. Bekar      2. Evli      3. Boşanmış      4) Eşi ölmüş

**4. Eğitim durumunuz:**

1. Okur-yazar      2. İlkokul      3. Ortaokul      4. Lise      5. Üniversite

**5. Mesleğiniz:**

1. Ev hanımı      2. Memur      3. İşçi      4. Emekli      5. Diğer.....

**6. Çalışma durumunuz:**

1. Çalışıyor      2. Çalışmıyor

**7. Yaşadığınız yer:**

1. İl      2. İlçe      3. Kasaba      4. Köy

**8. Sosyal güvenceniz:**

1. Yok      2. SSK      3. Emekli Sandığı      4. Bağ-kur      5. Diğer.....

**B) Sağlık ve Hastalık Durumuna ilişkin Bilgiler****9. Hastanede yatış süresi (gün):** .....**10. Kronik bir hastalığınız var mı? Belirtiniz.**

1. Evet.....      2. Hayır



**11. Daha önce hastaneye yattınız mı?**

1. Evet      2. Hayır

**12. Daha önce cerrahi girişim (ameliyat) geçirdiniz mi? Belirtiniz.**

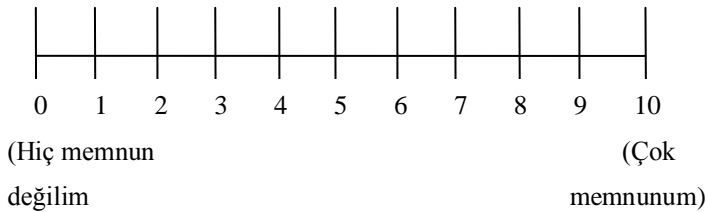
1. Evet (belirtiniz) ..... 2. Hayır

**13. Sizce, hastanede verilen hemşirelik bakım yeterli midir?**

- 1) Evet      2) Kısmen      3) Hayır      4) Bilmiyorum

**14. Yanıtınız hayır ise lütfen nedenini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

1. Hemşireler bakım vermek istemiyor
2. Serviste yatan hasta sayısı fazla
3. Serviste çalışan hemşire sayısı az
4. Bakım için bir beklentim yok
5. Bakım için hemşirelerin yeterli zamanı yok
6. Hemşireler güler yüzlü değil
7. Hemşirelerin iş yükü fazla
8. Diğer.....

**15. Hemşirelik bakımına verdiğiniz puanı ölçek üzerinde gösteriniz. (Sayı olarak belirtiniz).****16. Hastanede kalış süresi içinde bir sorun/komplikasyon gelişti mi? Gelişen sorunu İşaretleyiniz.**

Sorunlar	Hayır	Evet	Sorunlar	Hayır	Evet
Ağrı			Solunum sorunları (öksürük, solunum sıkıntısı)		
Kanama			İdrar yapmada zorluk		

Bulantı-kusma			İdrar yolu enfeksiyonu		
İştahsızlık			Kabızlık		
Ateş yükselmesi			İshal		
Yara enfeksiyonu			Gaz çıkarmada zorluk		
Yara açılması			Diğer .....		

**17. Hastanede yattığınız bu süre içinde HEMŞİRELER tarafından size hangi konularda bilgi verildi? İşaretleyiniz.**

Verilen bilgi	Evet	Hayır	Gerek yok
Yattığım servis hakkında			
Yapılan tetkiklerin (kan testleri, endoskopi ve röntgen) nedeni ve nasıl yapılacağı			
Ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı			
Ameliyat bölgesi temizliğinin nasıl yapılacağı			
Ameliyat öncesi protez, takı ve ojelerin çıkarılacağı			
Ameliyat için özel giysi giyileceği			
Ameliyathane ortamının nasıl olduğu			
Ameliyat sonrasında yapılacak solunum ve öksürük egzersizleri			
Ameliyat sonrası triflo kullanımı			
Ameliyattan sonra olabilecek sonda, dren ve kateter hakkında			
Yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı			
Tedavide kullanılacak ilaçlar			
Ameliyattan sonra ne zaman ve nasıl ayağa kalkılacağı			
Ameliyattan sonra nasıl beslenmeye geçileceği			
Taburcu olduktan sonra evdeki bakımına yönelik bilgi (enfeksiyondan korunma, yara bakımı, beslenme, kullanılacak			

ilaçlar, hareket gibi)			
Diğer			

**18. Hastanede yattığınız bu süre içinde HEMSİRELERİN yaptığı bakımları işaretleyiniz.**

<b>Bakım girişimleri</b>	<b>Yaptı</b>	<b>Yapmadı</b>	<b>Gerek yok</b>
Ağrı kesici dışında ağrımı azaltmaya yönelik uygulamaları yapma (konuşma, pozisyon verme gibi)			
Solunumumu güçlendiren uygulamaları öğretme ve yaptırma (derin soluk alma ve öksürme egzersizleri, triflo kullanımı)			
Solunum sıkıntım olduğunda gerekli önlemleri alma (oksijen verme, triflo kullanımı, pozisyon verme, odayı havalandırma gibi)			
Üzerimde bulunan damar yolu, sonda gibi araçların bakımını yapma			
Pansumanı ve yarayı kontrol etme (yürürken, otururken ve öksürürken yaranın korunmasını sağlama)			
Tansiyon, nabız, solunum ve ateşimi ölçme			
Ateşim yükseldiğinde gerekli uygulamaları yapma (soğuk uygulama, daha sık ateşimi ölçme gibi)			
Bulantı ya da kusma olduğunda gerekli uygulamaları yapma			
Yemek yememe yardım etme			
Ayağa kalkamadığım zamanlar yatak içi egzersizleri yaptırma			
Yatak yarasını önlemek için cildime koruyucu uygulamalar yapma (masaj yapma, pozisyon verme gibi)			
Yürümek istediğimde yürütme ya da yardım etme			
Doktor istemi ile tedavilerimi uygulama			

Tuvaletimi yapmam için sürgü/ördek verme			
Kabız olmamam için gerekli önlemleri alma ve öğretme (yeterli sıvı alımımı sağlama, hareket etme gibi)			
Kıyafetlerimi giydirme ya da yardım etme			
El-yüz, saç, ağız ve diş temizliğimi yapma ya da yaparken yardım etme			
Yatak takımlarını değiştirme ya da değiştirilmesini sağlama			
Sıkıntım olduğunda ya da üzüldüğümde benimle ilgilenme/konuşma			
Ailemi bilgilendirme ya da onlarla ilgilenme			
Diğer			

**C) Bakım Davranışları Ölçeği-24**

**EK 5. HEMŞİRE BİLGİ FORMU**

Anket no: Çalışılan hastane:

Adı- Soyadı ya da Rumuz:

**A) Sosyo-Demografik Özellikler****1. Yaş:****2. Cinsiyet:**

1) Kadın 2) Erkek

**3. Medeni durumu:**

1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4) Eşi ölmüş

**4. Çocuk sahibi olma durumu ve sayısı:**

1) Hayır 2) Evet, ise kaç tane:.....

**5. Eğitim durumu:**

1) SML 2) Önlisans 3) Lisans 4) Yüksek lisans ve üzeri

**6. Hemşire olarak çalışılan süre (yıl): .....**

1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4)11-15 yıl 5) 16 yıl üzeri

**7. Hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumu:**

1) Evet 2) Hayır

**8. Şimdiki çalışılan serviste isteyerek çalışma durumu:**

1) Evet 2) Hayır

**9. Genel cerrahi servisinde çalışma süresi:.....**

1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4)11-15 yıl 5) 16 yıl üzeri

**10. Şu andaki pozisyonu:**

1) Servis hemşiresi 2) Sorumlu hemşire

**11. Şu andaki pozisyonda çalışma süresi: .....**

1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4)11-15 yıl 5) 16 yıl üzeri

**12. Çalışma şekli:**

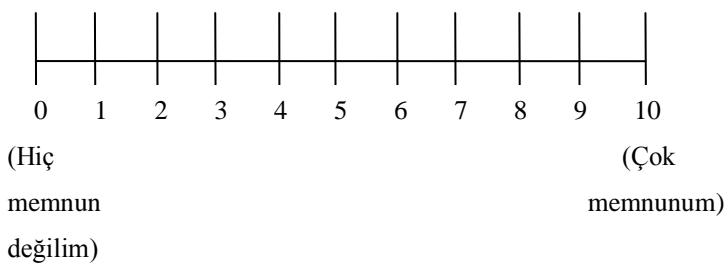
- 1) Gündüz vardiyası      2) Gece vardiyası      3) Her ikisi

**13. Haftalık çalışma saati (ortalama): .....****14. Servisin yatak sayısı:.....****15. Servis yatak sayısı:.....****16. Serviste yapılan günlük cerrahi girişim sayısı:.....****17. Sizce servisinizde verilen hemşirelik bakımı yeterli midir?**

- 1) Evet      2) Kısmen      3) Hayır      4) Bilmiyorum

**18. Hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

- 1) Hemşirelerin istediği serviste çalışmaması  
 2) Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması  
 3) Serviste çalışan hemşire sayısının yetersiz olması  
 4) Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması  
 5) Bakım için yeterli zamanın olmaması  
 6) Hastanın bakım beklentisinin olmaması  
 7) Diğer.....

**19. Hemşirelik bakımına verdiğiniz puanı ölçek üzerinde gösteriniz (Sayı olarak belirtiniz).****B) Bakım Davranışları Ölçeği-24**

**EK 6. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24**

<b>Maddeler</b>	<b>Asla</b>	<b>Hemen hemen asla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Genellikle</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>	<b>(5)</b>	<b>(6)</b>
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitime ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında						

hastanın katılımını sağlama						
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						



## EK 7. BDÖ-24 KULLANIM İZİNİ

Kimden: **ywu@math.wvu.edu**

Gönderme tarihi: 09 Ekim 2007 Salı 14:40:40

Kime: June Larrabee (jlarrabee@hsc.wvu.edu)

Bilgi: Serife Kursun (serifekursun@hotmail.com); Heidi Putman (hputman.hscs1.hsc-dom2@hsc.wvu.edu); Ying Wu (ywu@math.wvu.edu)

Dear Serife Kursun,

I have attached the user's agreement form here, please fill and return. Attached please also find the instrument. Let me know if you any have question when using it. Sincerely  
Ying Wu, PhD

Department of Mathematics

West Virginia University

Phone: 304-293-2011 ext.2305

[ywu@math.wvu.edu](mailto:ywu@math.wvu.edu)

Kimden: **Serife Kursun** (serifekursun@hotmail.com)

Gönderme tarihi: 05 Ekim 2007 Cuma 10:47:26

Kime: Ying Wu (ywu@hsc.wvu.edu)

Dear Ying Wu,

Hello, I am from Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing in Turkey. I'm doctorate student. I am interested ambulatory surgery and want to research related to ambulatory surgery patient and nursing care. At first, I sent an email about your research which name is "Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument". I think maybe that email couldn't arrive you. That's way I sent to you email again. In the beginning I wanted "Caring Behaviors Inventory- 42 items (CBI-42)" from Zane Robinson Wolf for my research and she sent me the scale. But there are a lot of questions in this scale. I want to your scale-CBI-24. Would you send to me your inventory and article and allow using your questionnaire in my research, please? Thank you for your interest. Sincerely.

Msc. Şerife Kurşun

**EK 8. GEÇERLİĞİNİ YAPAN UZMANLAR\***

Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU (İ.Ü. Florence Nihgtingale Hemşirelik Yüksek Okulu),

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU (İ.Ü. Florence Nihgtingale Hemşirelik Yüksek Okulu),

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Hasan Ali ERDOĞAN (İngilizce Öğretmeni)

Doç. Dr. Deniz ÖZTEKİN (İ.Ü. Florence Nihgtingale Hemşirelik Yüksek Okulu),

Yard. Doç. Dr. Zeliha TÜLEK (İ.Ü. Florence Nihgtingale Hemşirelik Yüksek Okulu),

**EK 9. KAPSAM GEÇERLİĞİNİ YAPAN UZMANLAR\***

Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

Prof. Dr. Güler AKSOY (Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Yard. Doç. Dr. Fatma DEMİR (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Prof. Dr. Nevin KANAN (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

Yard. Doç. Dr. Hülya KAYA (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

Yard. Doç. Dr. Yasemin KUTLU (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

Doç. Dr. Deniz ÖZTEKİN (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

Doç. Dr. Meryem YAVUZ (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

\* İsimler soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

## EK 10. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİN YAZISI



T.C. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu Tez Başvurusu Onayı

## Başvuru Bilgileri

Tanımlayıcı Bilgiler:	
Tez yürütücüsü (Unvan/ Ad)	ARAŞ.GÖR. ŞERİFE KURŞUN
Tez danışmanı (Unvan/ Ad)	PROF.DR. NEVİN KANAN
Kurumu/ Anabilim/ Bilim Dalı	İ.Ü. FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU CERRAHI HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
Tezin Adı	GENEL CERRAHI SERVİSİNDE, HASTA VE HEMŞİRELER TARAFINDAN HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ALGILANMASI
Tezin niteliği	<input type="checkbox"/> Uzmanlık <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Yüksek lisans
Araştırmanın niteliği	<input type="checkbox"/> İlaç araştırması <input checked="" type="checkbox"/> İlaç dışı araştırma

Karar Bilgileri Karar No: B-09 Tarih: 09.09.2008

İ.Ü.Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nevin Kanan'ın danışmanlığında ve Araş.Gör.Şerife Kurşun'un yürütücülüğünde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tez çalışması önerisi ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

## Etik Kurul Üyeleri

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	E/K	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Mehmet Yıldırım (Başkan)	Anatomi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Özgür Kasapçopur (Genel Sekreter)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Nergiz Domanıç (Üye)	Kardiyoloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Hüseyin Sönmez (Üye)	Biyokimya	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Hüseyin Öz (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. İbrahim Başağaoğlu (Üye)	Deontoloji ve Tıp Tarihi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gülen Doğusoy (Üye)	Patoloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Ali Vedat Durgun (Üye)	Genel Cerrahi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sermet Koç (Üye)	Adli Tıp	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	YILLIK İZİNDE
Prof. Dr. Öner Süzer (Üye)	Farmakoloji	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Dünder Okan Yıllar (Üye)	Farmakoloji (Eczacı)	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Nuran Şenel Beşe (Üye)	Radyasyon Onkolojisi	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. İsmail Çepni (Üye)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Mehmet Rıza Altıparmak (Üye)	İç Hastalıkları	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Mahmut Reha Bayar (Üye)	Psikiyatri	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	YILLIK İZİNDE
Doç. Dr. Feray Karaali Savrun (Üye)	Nöroloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Özcan (Üye)	Anayasa Hukuku	İÜ Hukuk Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Elk. Müh. Ali Başaran (Sivil Üye)	Elektrik Mühendisi	Serbest Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

E/K: Cinsiyeti; CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; \*Araştırmayla ilişki; \*\* Toplantıda bulunma



## EK 11. İ.Ü. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİN YAZISI



### İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

**Toplantı Tarihi** : 24/09/2008  
**Toplantı Yeri** : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu  
**Toplantı Sayısı** : 9

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nevin KANAN'ın üstlendiği, Doktora Öğrencisi Hemşire Şerife KURŞUN'un yürüteceği 2008/2475 dosya numaralı "Genel Cerrahi Servisinde, hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakımı kalitesinin algılanması" başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

**Prof.Dr. Zafer ARI**  
Etik Kurul Başkanı ( Dekan Yardımcısı)

**Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN**  
Farmakoloji ve Kli.F. A.D

**Prof.Dr. Ahmet GÜL**  
İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

**Prof.Dr. Berrin UMMAN**  
Kardiyoloji A.D.

**Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ**  
Anesteziyoloji A.D.

**Prof.Dr. Sevinç EMRE**  
Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

**Prof.Dr. Nuran YILDIRIM (Katılmadı)**  
Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

**Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN**  
Nöroloji A.D.

**Prof.Dr. Pınar SAİP**  
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

**Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLU**  
Biokimya A.D

**Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR (İzinli)**  
Patoloji A.D., Nöropatolojik B.D

**Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)**  
Genel Cerrahi A.D.

**Prof.Dr. Neşe ÇOLAK**  
İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

**Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (İzinli)**  
Farmakoloji ve Kli.F. A.D

**Fatma Ceyda DÖNMEZER**  
Sivil Toplum Örgütü Üyesi

**Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK (Katılmadı)**  
Hukukçu

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Şerife	<b>Soyadı</b>	Kurşun
<b>Doğ. Yeri</b>	Konya	<b>Doğ. Tar.</b>	24.09.1977
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kim No</b>	29219117316
<b>E-mail</b>	serifekursun@hotmail.com	<b>Tel</b>	505 2156226

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	İstanbul Üniversitesi	2005-
<b>Yük.Lis.</b>	Selçuk Üniversitesi	2001-2004
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	1994-1998
<b>Lise</b>	Çorum Fatih Lisesi	1991-1994

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1. Araştırma Görevlisi</b>	İstanbul Üniversitesi FNHYO	2005-
<b>2. Araştırma Görevlisi</b>	Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık YO	2001-2005
<b>3. Hemşire</b>	S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	1999-2000

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
<b>İngilizce</b>	İyi	Zayıf	Orta	70	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>	53,106	51,740	52,423

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	Orta

**Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri**

1. Bodur S, Taş F, Çevik Ü, **Kurşun Ş** (2003) Primipar annelerin bebek sağlığı konusundaki bilgi düzeyine hemşire ve ebelerin katkısı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3), 10-18
2. **Kurşun Ş**, Kanan N (2007) Yanık Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(60), 195-199.
3. Bodur S, **Kurşun Ş**, Çevik Ü, Taş F (2010) Primiparas' knowledge on infant health and its relationship with demographic features in Konya (Turkey). International Journal of Human Sciences, 7(1), 333-346.

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Kitap okumak, tiyatro, sinema,