



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM VE BAKIM KALİTESİ
ALGILARI İLE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

İBRAHİM KAVASLAR

**DANIŞMAN
DOÇ.DR.BETÜL SÖNMEZ**

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İSTANBUL-2021

Bu çalışma 18.01.2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Betül SÖNMEZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Ülkü BAYKAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM
Atlas Üniversitesi
Sağık Bilimleri Fakültesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde 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.



"İbrahim KAVASLAR"

İTHAF

Her anımda bana destek olan biricik eşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Meslek hayatımda örnek aldığım ve bana yol gösterici olan başta danışman hocam *Doç. Dr. Betül Sönmez'e*, hemşirelik mesleğine büyük katkıları olan lider ruhlu değerli hocalarım *Prof. Dr. Sevgi Oktay ve Prof. Dr. Aytolan Yıldırım ve Prof. Dr. Ülkü Baykal* hocalarıma, kuzenim aynı zamanda hocam olan *Dr. Öğretim Üyesi Havva Sert'e*, çalışmamın verilerini toplamamda bana destek olan sağlık bakım hizmetleri müdürlerine, desteklerini esirgemeyen dostlarıma ve her anımda yanımda olan canım eşime ve duaları ile beni yalnız bırakmayan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hemşirelik Bakım Kalitesi.....	5
2.1.1. Hemşirelikte Bakım Kalitesi ile İlgili Araştırma Sonuçları.....	6
2.2. Bireyselleştirilmiş Bakım.....	8
2.2.1. Bireyselleştirilmiş Bakım ile İlgili Araştırma Sonuçları.....	10
2.3. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri	11
2.3.1. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri ile Yapılmış Araştırma Sonuçları.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	15
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.3. Verilerin Toplanması	16
3.4. Veri Toplama Araçları	17
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	18
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
4.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	25

4.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılarının Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	27
4.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	52
4.5. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulguları	54
4.6. Bakım Kalitesi Değerlendirme Puanlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulguları	57
5. TARTIŞMA	63
5.1. Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algısı Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması	63
5.1.1. Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması.....	63
5.1.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması.....	65
5.2. Ölçek Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.3. Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulgularının Tartışılması	75
5.5. Hemşirelerin Bakım Kalite Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulgularının Tartışılması	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
KAYNAKLAR	88
FORMLAR	101
ETİK KURUL KARARI	107
KURUM İZİNLERİ.....	109
PATENT HAKKI	113
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	114
ÖZGEÇMİŞ	115

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1. Örneklemi oluşturan hemşire sayısının dağılımı.....	16
Tablo 3-2: Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Skalası (Hemşire Versiyonu) Cronbach Alfa Değerleri	18
Tablo 4-1: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=749) ..	21
Tablo 4-2: Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=749) ..	22
Tablo 4-3: Nicel Değişkenler İçin Tanımlayıcı İstatistikler (N=749)	24
Tablo 4-4: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılarına İlişkin İçin Tanımlayıcı Bulgular (N=749)	25
Tablo 4-4-1: Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısı Bulgularının Dağılımı (N=749)	26
Tablo 4-5: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (N=749).....	27
Tablo 4-6: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması (N=749)	28
Tablo 4-7: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hastaların Refakatçilerinin Bulunması Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749).....	29
Tablo 4-8: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Refakatçinin Bakıma Katılma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)	30
Tablo 4-9: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hasta Bakım Yöntemine Göre Karşılaştırılması (N=749)	31
Tablo 4-10: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Klinikte Malzemeye Kolay Ulaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749).....	32
Tablo 4-11: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hastanelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Politikası Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)	33
Tablo 4-12: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hasta Merkezli Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749).....	34

Tablo 4-13: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması (N=749).....	35
Tablo 4-14: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılması (N=749).....	36
Tablo 4-15: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749).....	37
Tablo 4-16: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılması (N=749).....	39
Tablo 4-17: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Vardiya Süresine Göre Karşılaştırılması (N=749)	41
Tablo 4-18: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Ölçek Puan Ortalamalarının Doğrudan Hasta Bakım Süresine Göre Karşılaştırılması (N=749)	43
Tablo 4-19: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Aylık Toplam Çalışma Saatine Göre Karşılaştırılması (N=749)	45
Tablo 4-20: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Gece Çalışan Yardımcı Personel Sayısına Göre Karşılaştırılması (N=749).....	48
Tablo 4-21: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Gündüz Çalışan Yardımcı Personel Sayısına Göre Karşılaştırılması (N=749).....	50
Tablo 4-22. Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon....	52
Tablo 4-23. BBS-A Toplam Puanı Üzerine Etkili Olan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi Bulguları.....	54
Tablo 4-24. BBS-B Toplam Puanı Üzerine Etkili Olan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi Bulguları.....	55
Tablo 4-25 Birimde Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi İçin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	57
Tablo 4-26. Son Vardiyada Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi İçin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları.....	59
Tablo 4-27. Son Bir Yılda Hastanede Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi İçin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1. Araştırmanın kavramsal çerçevesi	15
---	----



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Maks: Maksimum

Min: Minimum

Ort: Ortalama

SH: Sistem Hastalıkları

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SS: Standart Sapma

ICN: International Council of Nurses

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development

ANA: American Nurses Association

AONE: American Organization of Nurse Executives

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

ILO :International Labor Organization - Uluslararası Çalışma Örgütü

IOM : Amerikan Tıp Enstitüsü

ÖZET

Kavaslar, İ. (2021). Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda olan bu çalışma, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılarının çalışma özellikleri ile olan ilişkisini ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, İstanbul’da üçüncü basamak sağlık hizmeti veren iki kamu ve iki özel hastanenin yataklı birimlerinde çalışan hemşireler oluşturdu (N=1410). Orantılı kota örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen araştırmanın örneklemini 749 hemşire oluşturdu (n=749). Araştırma verileri, Mayıs-Aralık 2019 tarihleri arasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Skalası (Hemşire Versiyonu)” ve “Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı analizler, fark testleri, korelasyon analizi, doğrusal regresyon ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bu çalışmada, hemşirelerin genel ve son vardiyadaki bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamasının üzerinde yüksek düzeyde saptandı. Hemşirelerin birimde sunulan bakım kalitesini ortalamasının üzerinde (orta+iyi düzeyde), son vardiyada sunulan bakım kalitesini ise yüksek düzeyde (iyi+mükemmel düzeyde) değerlendirdiği saptandı. Hemşireler son bir yıl içinde hastanede sunulan bakım kalitesini ise ortalamasının üzerinde (aynı kaldı+gelişti) değerlendirdi. Bununla birlikte, hemşirelerin hastaların hastaneden taburcu olduklarında kendi bakımlarını yapabileceğinden orta düzeyde emin oldukları saptandı. Bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algısı puanları arasında genel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu.

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisini belirlemek üzere oluşturulan tüm regresyon modellerinin anlamlı olduğu belirlendi. Hemşirelerin genel bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerine (açıklayıcılık oranı %16,5), hasta merkezli bakım eğitimi alma, yoğun bakım ünitesinde çalışma (negatif), birimdeki hasta yatağı sayısı (negatif), hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı ve gündüz çalışan hemşire sayısının anlamlı etkisi saptandı. Hemşirelerin son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerine (açıklayıcılık oranı %19,7), özel hastanede çalışma, hasta refakatçisinin bakıma katılması, klinik malzemeye kolay ulaşma, hasta merkezli bakım eğitimi alma, hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı, yoğun bakım ünitesinde çalışma (negatif) ve birimdeki hasta yatağı sayısının (negatif) anlamlı etkisi saptandı.

Hemşirelerin birimlerinde genel olarak verdikleri bakım kalitesi algısının iyi ve mükemmel olması üzerine (açıklayıcılık oranı %21,8), aylık toplam çalışma saati (negatif) ve hasta yatağı sayısının (negatif); son vardiyada verdikleri bakım kalitesi algısının iyi ve mükemmel olması üzerine (açıklayıcılık oranı %19,5), aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif) ve klinikte malzemeye kolay ulaşmanın; son bir yılda hastanelerinde verilen hemşirelik bakım kalitesinin geliştiği algısı üzerine (açıklayıcılık oranı %16,4), aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif), acil serviste çalışanlar referans alındığında serviste ve yoğun bakımda çalışmanın (negatif), klinikte malzemeye kolay ulaşmanın ve hastanenin bireyselleştirilmiş bakım politikası olmasının anlamlı etkisi bulundu.

Çalışma sonuçlarına göre, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algılarının çalışma ortamının birçok özelliğinden etkilendiği belirlendi. Bu özelliklerin dikkate alınarak gerekli düzenlemelerin yapılması, bakımın daha fazla bireyselleştirilerek sunulması ve hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesini sağlayacaktır. Elde edilen sonuçların, hemşire yöneticilere ve kurum kalite yöneticilerine ve diğer karar alıcılara yol gösterici olacağı ve ayrıca literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım kalitesi, bireyselleştirilmiş bakım, çalışma özellikleri, hemşirelik çalışma ortamı, hemşire

ABSTRACT

Kavaslar, İ. (2021). The Relationship Between Nurses' Perceptions of Individualized Care and Quality of Care and Working Characteristics. Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Department of Nursing Management. Master Thesis. Istanbul.

This study, which utilized a cross-sectional and correlational design, was conducted to determine the relationships between individualized care and care quality perceptions of nurses and their working conditions and the effect of nurses' individual and working characteristics on individualized care and care quality perceptions of nurses. The population of the study was constituted of nurses working in the inpatient units of two public hospitals and two private hospitals providing tertiary healthcare services in Istanbul, Turkey. (N = 1410). The sample, which was calculated via the proportional quota sampling method, consisted of 749 nurses (n = 749). Research data were collected using the Descriptive Information Form, the Individualized Care Perception Scale (Nurse Version), and the Perception of Care Quality Assessment Scale. Descriptive analysis, correlation, linear regression, and logistic regression analysis were used while examining the data.

In this study, nurses' general perceptions and individualized care perceptions in the last shift were found to be above average and at a high level. It was determined that nurses evaluate the quality of care provided in the unit as "above average" (moderate + good), and the quality of care provided in the last shift as "high level" (good + excellent). On the other hand, the nurses stated that the quality of care provided in the hospital during the past year was "above average" (remained the same + improved). In addition to this, it was found that the nurses were moderately sure that the patients could take care of themselves after they were discharged from the hospital. A weakly significant positive correlation was found between individualized care and care quality perception scores.

All of the regression models created to determine the factors affecting nurses' perceptions of individualized care and care quality were found to be significant. The following were found to have a significant effect on nurses' perception of general individualized care (coefficient of determination - 16.5%): receiving patient-centred care training, working in the intensive care unit (negative), the number of sickbeds in the unit (negative), the number of patients treated during the day in the units where patients are shared, and the number of daytime working nurses. The following were found to have a significant effect on nurses' perception of individualized care in the last shift (coefficient of determination - 19.7%): working in a private hospital, including the patient companion in care, easy access to clinical material, receiving patient-centred care training, the number of patients treated during the day in the units where patients are shared, the number daytime working nurses, working in the intensive care unit (negative), and the number of sickbeds in the unit (negative).

The following were found to have a significant effect on the perception of the "overall quality of care nurses provide in their units" being "good and excellent" (coefficient of determination - 21.8%): monthly total working hours (negative) and the number of sickbeds (negative). The following were found to have a significant effect on the perception of the "quality of care nurses give in the last shift" being "good and excellent" (coefficient of determination - 19.5%): total working hours per month (negative), the number of sickbeds (negative), and easy access to materials in the clinic. The following were found to have a significant effect on the perception that "the quality of nursing care given in their hospitals has improved in the past year" (coefficient of determination - 16.4%): monthly total working hours (negative), the number of sickbeds (negative), working in the department and intensive care unit (negative) when employees in the emergency department are taken as reference, easy access to materials in the clinic and the hospital's individualized care policy.

According to the results of the study, it was determined that nurses' individualized care and care quality perceptions are affected by several characteristics of the work environment. Making necessary arrangements considering these characteristics will make it possible to provide care in a more individualized way and to improve the quality of nursing care. It is thought that the results obtained will guide nurse managers, quality managers in institutions and other decision-makers, and will also contribute to the literature.

Key Words: Quality of care, individualized care, working characteristics, nursing work environment, nurse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri, insanın yaşamı ile ilgili olan ve hatanın kabul edilmediği bir hizmet olup diğer hizmet sınıfları ile karşılaştırıldığında verilebilecek en üst düzeyde kaliteli hizmetin verilmesi gereklidir (Donmez ve Ozbayir, 2011). Günümüzde sağlıkla ilgili bilgi ve teknolojideki gelişmeler, sağlık hizmetlerinde rekabetin ve maliyetin artması bunların yanı sıra hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik kaygılar gibi nedenler sağlık hizmetlerinde daha nitelikli sağlık bakımı verilmesini gündeme getirmiştir (Çakır, 2008; Taşlıyan ve Akyüz, 2010; Papatya ve ark., 2012). Ayrıca, toplumun eğitim düzeyinin yükselmesi, bireylerin daha bilgili olmasına ve verilen sağlık hizmetini eleştirmesine, tedavi ve bakımlarında daha aktif olmasına ve sağlık hizmetlerinden beklentilerinin sürekli değişmesine neden olmuştur (Çoban ve Kaşıkçı, 2008; Şengül, 2013). Bu doğrultuda, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin tanınması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik bakım kalitesinin artırılması; hastaların hastanede kalış süresinin azalmasını, iyileşme hızının artmasını, tedaviye bağlı komplikasyon/yan etkilerin önlenmesini, geliştiğinde ise erken saptanarak tedavi edilmesini, mortalite oranlarının ve bakım maliyetlerinin azalmasını sağlamaktadır (Büber ve Başer, 2012; Demirtaş ve ark., 2014; Elayan ve Ahmad, 2017). Kaliteli hemşirelik bakımı verilmesinin hasta sonuçları ve kuruma katkısı yanı sıra hemşirelerin motivasyonlarının, iş doyumlarının ve memnuniyetlerinin artmasına da katkısı olacaktır (Çınar, 2019; Yılmaz ve Kandemir, 2019). Bu nedenle bakım kalitesinin geliştirilmesine yönelik girişimlerin planlanmasında sadece hastaların bakım kalitesi algısının değil hemşirelerin de bakım kalitesi algılarının değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Aiken ve ark., 2008c; Hanrahan ve Aiken, 2008; Poghosyan ve ark., 2010; Aiken ve ark., 2013; Stimpfel ve Aiken, 2013; Al-Hamdan ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin genel olarak, birimlerinde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini %11,4 ile %47 arasında orta/zayıf olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Aiken ve ark., 2001; Aiken ve ark., 2002; Aiken ve ark., 2013). Al-Hamdan ve ark. (2019)'nın çalışmasında ise hemşirelerin yarısına yakını (%45,27) birimlerindeki bakım kalitesini orta olarak değerlendirmiştir. Stimpfel ve Aiken (2013) çalışmasında ise, serviste çalışan hemşirelerin %19'u, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %12'si bakım kalitesini kötü olarak değerlendirmiştir. Bakım kalitesini/hasta memnuniyetini çalışma ortamı, hasta-

hemşire ilişkileri, eğitim durumu, kurum politikaları ve yöneticilerin yaklaşımı gibi pek çok faktörün etkilediği belirtilmektedir (Büber ve Başer, 2012; Karayurt ve ark., 2018; Alloubani ve ark., 2019; Alshehry ve ark., 2019; Grondahl ve ark., 2019; Labrague ve ark., 2019). Bu nedenle hemşirelerin bakım kalite algıları değerlendirilirken bakım kalitesini etkileyen faktörlerin de incelenmesi bakım kalitesinin geliştirilmesinde önemlidir. Bakım kalitesine ilişkin yapılan çalışmalarda; hasta algısı(Radwin ve health, 2000), hasta güvenliği(Aiken, Sermeus, ve ark., 2012; Stimpfel ve Aiken, 2013), hasta memnuniyeti(Weiner, 2004; Ertem ve Sevil, 2007; Papatya ve ark., 2012; Karaca, 2015), hasta sonuçları(Kousoulou ve ark., 2019; Li, 2019), hasta eğitimi(Grondahl ve ark., 2019), istenmeyen olaylar(Lucero ve ark., 2010; Alshehry ve ark., 2019), hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri(Poghosyan ve ark., 2010; White ve ark., 2019), bakım kalitesini etkileyen faktörler(Aiken ve ark., 2002; Anita ve Durna, 2018), liderlik(Alloubani ve ark., 2019), yaşam kalitesi ve çalışma koşullarının(Aiken ve ark., 2013) değerlendirildiği ve arasındaki ilişkinin incelendiği görülmektedir.

Etkin ve kaliteli bir hemşirelik bakımının verilebilmesi için sadece bireyin hastalığı, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerine göre hemşirelik bakımı verilmesi yeterli olmamakta, bireyin eşsizliği dikkate alınarak, bütüncül bir değerlendirme yapılması ve bireye özgü bakım verilmesi de önem arz etmektedir (Suhonen ve ark., 2004; Rose, 2018). Bireyin değerleri, inançları, düşünceleri, duyguları, deneyimleri ve tercihlerine göre hemşirelik bakım uygulamalarının yapılandırılması “bireyselleştirilmiş bakım” olarak tanımlanmaktadır. (Bertakis ve Azari, 2011; Can ve Acaroğlu, 2015). Bireyselleştirilmiş bakım algısının değerlendirilmesi ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermelerinin sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılmasını, daha etkin ve kaliteli hemşirelik bakımının sürdürülmesi için önemlidir (Suhonen ve ark., 2011). Literatürde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendiren çalışmaların son yıllarda yapıldığı görülmektedir. Suhonen ve ark. (2011)’nın, 21 farklı ülkede, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarını belirlemeyi ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarındaki benzerlik ve farklılıkları karşılaştırmayı hedeflediği araştırmada, çalışmaya katılan hemşirelerin, bireyselleştirilmiş bakım algılarının iyi düzeyde olduğu ve bununla birlikte ülkeler arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Onkoloji hemşireleri ile yapılan başka bir çalışmada da, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuştur (Rose, 2016). Türkiye’de yapılan iki farklı çalışmada, hemşirelerin

bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuş, hemşirelerin son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algılarının genel algılarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Can ve Acaroğlu, 2015; Danaci ve Koç, 2019). Hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının karşılaştırıldığı uluslararası düzeydeki başka bir çalışmada (Suhonen ve ark., 2012), ülkeler arasındaki farkın; hemşirelik eğitim sistemlerinin ve sağlık politikalarının farklı olmasından, her bir ülkedeki bireyselleştirilmiş bakım ve sağlık sistemi süreçlerine verilen farklı değerden kaynaklandığı saptanmıştır. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, bakım kalitesi çalışmalarının genellikle hasta perspektifinden değerlendirildiği hemşire perspektifinden değerlendiren çalışmaların daha az sayıda olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını; eğitim, çalışma ortamı, çalışma şekli, çalışma deneyimi, iletişim becerisi ve hastaya ayrılan zamanın yeterliliği gibi birçok faktörün etkilediği bilinmekte olup (DeCola ve Riggins, 2010; Idvall ve ark., 2012; Özdemir Güven, 2015; Karayurt ve ark., 2018) literatüre baktığımızda; liderlik (Caspar ve ark., 2017), mesleki değer (Can ve Acaroğlu, 2015), iş doyumu ve tükenmişlik (Danaci ve Koç, 2019), mesleki tutum (Aydın ve Büyükbayram, 2020), empati becerileri (Özdemir Güven, 2015), çalışma ortamı (Papastavrou ve ark., 2015; Karayurt ve ark., 2018), ahlaki duyarlılık (Doğan ve ark., 2019), duygusal zekâ (Culha ve Acaroglu, 2019), hasta memnuniyeti (Acaroğlu ve ark., 2007), bakım kalitesi (Kousoulou ve ark., 2019) gibi etkenlerin araştırıldığı saptanmıştır

Yukarıda da bahsedildiği üzere çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi ve bireyselleştirilmiş bakımı etkilediği görülmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN, 2020), kaliteli hemşirelik bakımı talebine rağmen hemşire istihdamının yeterli olmadığını, bu durumun bazı ülkelerde hastanelerde yaşanan skandallar gibi olumsuz deneyimlerin altında yatan neden olduğunu belirtmektedir. Çalışma ortamı ile ilgili literatür incelendiğinde; çalışma ortamı ile hasta güvenliği (Aiken, Sermeus, ve ark., 2012), mortalite oranları (McHugh ve ark., 2016), sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar (Aiken ve ark., 2008b), hemşirelerin iş yükü (Bilazer ve ark., 2008), iş doyumu (White ve ark., 2019), işten ayrılma niyeti, iş sağlığı (Alçelik ve ark., 2005), tükenmişlik düzeyi (Parlar, 2008), iş yaşam kalitesi (Alshehry ve ark., 2019), liderlik (Balsanelli ve Cunha, 2014), motivasyon (Yılmaz ve Kandemir, 2019), psikolojik distres düzeyleri ve bakım kalitesi (Al-Hamdan ve ark., 2019) ile ilişkinin araştırıldığı görülmüştür.

Diğer yandan ulusal ve uluslararası literatürde çalışma ortamı özellikleri, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algısının birlikte değerlendirildiği çalışmaya rastlanmadı. Hemşirelerin çalışma ortamlarındaki hangi etkenlerin verdikleri bakımın kalitesini ve bireyselliğini etkilediği ve bu etkenlerin ne yönde etkilediğini saptamak için bu çalışmada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algıları ile çalışma özellikleri arasındaki ilişkinin ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Bu doğrultuda elde edilen sonuçların, hemşirelik hizmeti yöneticilerine, kurum kalite yöneticilerine ve diğer karar alıcılara yol gösterici olacağı ve ayrıca bu konudaki literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Bakım Kalitesi

Hemşirelik, odağında sağlık bakımının olduğu, çalışma alanı insan olan bir meslektir. Bakım, sadece hemşireliğe ait bir kavram olmamakla beraber hemşireliğin özgün ve temel değerlerindendir. Hemşirelik bakımını özgün kılan şeyin ne olduğu sorusuna cevap verebilmek için birçok görüş bildirilmiş ve tanımlamalar yapılmıştır (Mlinar, 2010). Hemşireliğin temel noktası olan bakımın, insanın yaşadığı kültürden bağımsız düşünülmemeyeceğini belirten Leininger bakımı, *“mevcut (belirgin) veya olası gereksinimleri olan insanların yaşamlarını insanca sürdürebilmesi veya geliştirebilmesine ya da ölümle yüzleşebilmesine yardım edilmesi ya da desteklenmesi”* olarak tanımlamıştır (Leininger, 1988, p. 155).

Etkili bir hemşirelik bakımının, sergilenen bakım davranışlarının doğru şekilde anlaşılması ile elde edilebileceği belirtilmektedir. Bakım davranışları, karşıdaki bireyi özenle dinleme, göz teması kurma, bireyi/hastayı ruhsal açıdan rahatlatma, birey/hastanın sorumluluğunu üstlenme, dürüst olma, dokunma, duyarlı olma, karşısındakinin değerlerine, inançlarına ve düşüncelerine saygı duyma, zihinsel ve fiziksel olarak hazır bulunma, duygusal açıdan ulaşılabilir ve anlaşılabilir olma, bireye ismi ile hitap etme, birey odaklı olma, bilgi verme ve kültürel farklılıklara özen gösterme olarak tanımlanmıştır (Arslan-Özkan ve Okumuş, 2012).

Sağlık hizmetleri, insanın yaşamı ile ilgili olan ve hatanın kabul edilmediği bir hizmet alanıdır. Bu nedenle, diğer hizmet sınıfları ile karşılaştırıldığında verilebilecek en üst düzeyde kaliteli hizmetin verilmesi önemlidir (Donmez ve Ozbayir, 2011). Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ (World Health Organization-WHO) bakım kalitesini, *“bireylere ve hasta popülasyonlarına sunulan sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarını iyileştirme derecesi”* olarak tanımlamakta ve bunu başarabilmek için sağlık hizmetlerinin güvenli, etkili, zamanında, verimli, eşit ve insan merkezli olması gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2019).

Sağlık bakım hizmetleri içerisinde büyük çoğunluğa sahip olan ve hastayla daha fazla vakit geçiren hemşirelerin verdikleri bakımın kaliteli olması sağlık hizmetlerinin en üst düzeyde verilmesi için önemlidir. Hemşirelik bakımın kalitesinin arttırılmasının hastane mortalite oranlarının azalmasına, aynı zamanda hastaların iyileşme hızının artmasına, komplikasyon gelişme oranlarının azalmasına veya tedavinin, komplikasyonların, yan

etkilerin erken saptanmasına ve hızlı bir şekilde müdahale edilmesine olanak sağlayarak hastaların hastanede yatış süresinin azalmasına ve dolayısıyla bakım maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır (Büber ve Başer, 2012; Demirtaş ve ark., 2014; Elayan ve Ahmad, 2017). Bu durum hem hasta memnuniyetinin artmasına hem de kaliteli bakım verilen hastanelerin toplum tarafından daha çok tercih edilmesine de yardımcı olacaktır (Kurşun ve Kanan, 2012). Kaliteli hemşirelik bakımı verilmesinin hasta ve kuruma katkısı yanında çalışan hemşirelerin motivasyonlarının, iş doyumlarının ve memnuniyetlerinin artmasına da katkısı olacaktır. Bu nedenle bakım kalitesinin geliştirilmesine yönelik girişimlerin planlanmasında sadece hastaların bakım kalitesi algısının değil hemşirelerin de bakım kalitesi algılarının değerlendirilmesi önem arz etmektedir (Aiken ve ark., 2008c; Hanrahan ve Aiken, 2008; Poghosyan ve ark., 2010; Aiken ve ark., 2013; Stimpfel ve Aiken, 2013; Al-Hamdan ve ark., 2019).

2.1.1. Hemşirelikte Bakım Kalitesi ile İlgili Araştırma Sonuçları

Bakım kalitesi ile ilgili üç farklı yılda yapılan çalışmada, hemşirelerin “*genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlarsınız?*” sorusuna %11,4 ile %47 arasında orta/zayıf cevabı verdiği belirlenmiştir (Aiken ve ark., 2001; Aiken ve ark., 2002; Aiken ve ark., 2013). Poghosyan ve ark. (2010)’nın, altı farklı ülkede yaptıkları çalışmada, aynı soruya orta/zayıf cevabı verenlerin oranının %9,4 ile %79,9 olduğu saptanmıştır. Al-Hamdan ve ark. (2019)’nın çalışmasında ise hemşirelerin yarısına yakını (%45,27) birimlerindeki bakım kalitesini orta olarak değerlendirmiştir (Al-Hamdan ve ark., 2019). Stimpfel ve Aiken (2013) yapmış olduğu çalışmada ise, serviste çalışan hemşirelerin %19’u, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %12’si bakım kalitesini kötü olarak değerlendirmiştir. Beş farklı ülkede bakım kalitesinin incelendiği, 10.319 hemşire ile yapılan çalışmada, “*Son çalıştığınız vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesini nasıl tanımlarsınız?*” sorusuna en düşük %10,4, en yüksek %30,8 oranında orta/zayıf cevabı verildiği görülmüştür (Aiken ve ark., 2002).

Aiken ve ark. (2002), “*Genel olarak, son bir yıl içinde, hastanenizde sunulan hasta bakımının kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?*” sorusuna kötüleşti cevabını verenlerin oranının %21 ile %49,8 arasında değiştiğini saptamıştır. Hanrahan ve Aiken (2008)’nin hastanelerde verilen psikiyatrik bakımın kalitesini inceledikleri çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin %47,4’ünün diğer hemşirelerin %45’inin son bir yıl içinde bakım kalitelerinin kötüleştiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. On iki ülkenin hemşireleri

üzerinde yapılan çalışmada da aynı soruya kötüleştii cevabı verenlerin oranının %18 ile %43 arasında değıştiğı bulunmuştur (Aiken ve ark., 2013).

Örneklemini 10.184 hemşirenin oluşturduğu çalışmada, “*Hastalarınızın hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yapabileceğinden ne kadar eminsiniz?*” sorusuna hemşirelerin %29,8’i emin değilim cevabını verirken (Aiken ve ark., 2008c), farklı bir çalışmada hemşirelerin %34,3’ü hiç emin değilim cevabını vermiştir (Hanrahan ve Aiken, 2008). Beş farklı ülkede çok sayıda hemşirenin katıldığı çalışmada ise aynı soruya kısmen eminim/hiç emin değilim cevabı verenlerin oranının %31,7 ile %73,2 arasında değıştiğı belirlenmiştir (Aiken ve ark., 2002).

Bakım kalitesi, hemşirelerin geri bildirimleri dışında hasta memnuniyetleri ile de değerdendirilebilmektedir (Devebakan ve Aksarayli, 2003; Laschinger ve ark., 2005; Acaroğlu ve ark., 2007; Ertem ve Sevil, 2007; Mohanan ve ark., 2010; Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Laschinger ve ark. (2005)’nın, Kanada’da 14 hastanede hemşirelik bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelediğı çalışmada, hasta memnuniyetinin hemşirelik bakım kalitesi ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Laschinger ve ark., 2005). Hasta memnuniyeti ile kaliteli hemşirelik bakımı ilişkisinin incelendiğı başka bir çalışmada hastaların memnuniyeti ile hemşirelik bakım kalitesi algıları arasında pozitif yönde ilişkili saptanmıştır (Kennedy ve ark., 2014). Devebakan ve Aksarayli (2003), özel bir hastaneden hizmet alan hastaların algılanan hizmet kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastane yönetiminin söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirmesi ve çalışanların bilgili, nazik ve güven verici olması yüksek bulunmuştur. Ertem ve Sevil (2007), bir kadın hastalıkları ve doğum hastanesinde doğum sonrası (postpartum) dönemde kadınlara verilen standardize edilmiş hemşirelik bakımının, bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisini incelemek için yaptıkları çalışmada, standardize edilmiş hemşirelik bakımı alan hastaların memnuniyet oranının, hastanede hemşirelerin rutin vermiş oldukları hemşirelik bakımı alan hastalardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım kalitesi/hasta memnuniyetini çalışma ortamı, hasta-hemşire ilişkileri, eğitim durumu, kurum politikaları ve yöneticilerin yaklaşımı gibi pek çok faktör etkileyebilir (Büber ve Başer, 2012; Karayurt ve ark., 2018; Alloubani ve ark., 2019; Alshehry ve ark., 2019; Grondahl ve ark., 2019; Labrague ve ark., 2019). Büber ve Başer (2012)’in Türkiye’de bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin davranışlarının hasta

memnuniyetini yüksek düzeyde etkilediği saptanmıştır (Büber ve Başer, 2012). Grondahl ve ark. (2019)'nın Finlandiya'da cerrahi birimlerde yatarak tedavi gören hastalarla yapılan çalışmada, cerrahi hemşireliğine ilişkin algılanan bakım kalitesi ile hastalara verilen eğitim arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastanede kaldığı sürece bakım ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilen hastaların bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Grondahl ve ark., 2019). Karayurt ve ark. (2018) hemşirelerin eğitim seviyelerinin düşük olmasının hasta-hemşire arasındaki ilişkiyi ve kaliteli bakım vermesini etkileyebileceğini saptamıştır.

Labrague ve ark. (2019)'nın Filipinler'de altı hastanede yapmış olduğu araştırmada, karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hemşireler ile hasta/ailesi arasında yaşanan olumsuz olayların hemşirelik bakım kalitesine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, hemşirelerin bakım verirken sergiledikleri davranışlarının ve hastalar/aileleri ile yaşanan olumsuz olayların hemşirelerin bakım kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ortaya koyulmuştur (Labrague ve ark., 2019). Alshehry ve ark. (2019) Suudi Arabistan'da iki devlet hastanesinde iş yerindeki kaba davranışların hemşirelik bakım kalitesi üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, hemşirelere yapılan ve hemşirelerin sergilemiş oldukları kaba davranışların hemşirelerin bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Alloubani ve ark. (2019), Ürdün'de özel ve kamu hastanelerinde örneklemini hemşire yönetici, klinik hemşiresi ve hastaların oluşturduğu çalışmada, yönetici hemşirelerin dönüşümsel liderlik tarzı ile hemşirelik bakım kalitesi arasından pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır.

2.2. Bireyselleştirilmiş Bakım

Bireyselleştirilmiş bakım kavramının, Florence Nightingale'in çalışmalarına kadar uzandığı ancak 1960'lardan itibaren hemşirelikte daha sıklıkla dile getirilen bir kavram haline geldiği belirtilmektedir (Köberich ve Farin, 2015). Bireyselleştirilmiş bakım birçok şekilde tanımlanmaktadır. Chappell ve ark. (2007)'na göre bireyselleştirilmiş bakım; hasta bireyin eşsiz/benzersiz kişiliğini kabullenip anlayarak, sağlıklı/hasta bireyin özerkliğini sağlayarak, seçimlerini gerçekleştirmesine izin vererek, bakım veren hemşirenin bireyler ile iletişim halinde olması ve ailelerin bakıma katılımının sağlanmasıdır. Buna ek olarak bireyselleştirilmiş bakımda, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini rahatlıkla gerçekleştirebildikleri, güven içinde hissettikleri, mahremiyetinin sağlandığı, kişinin evinde gibi hissedeceği en yakın fiziksel bir ortam

sağlanması önem kazanmaktadır. Suhonen ve ark. (2009, p. 1036)'nın yaptığı tanımda ise bireyselleştirilmiş bakım kavramı, *“hasta bireylerin bireysel özelliklerini, tercihlerini göz önüne alan ve karar almada hastanın katılımını teşvik eden hemşirelik bakımının bir türü”* olarak ifade edilmiştir. Birçok tanım incelendiğinde, bireyselleştirme ya da kişiye özel bakım, bakım verilen bireyin inançları, değerleri, duygu durumları, edindiği tecrübeler, düşünceleri ve algıladıkları durumlara göre hemşirelik uygulamalarının uyarlanması olarak da tanımlanabilir (Suhonen ve ark., 2000; Radwin ve Alster, 2002; Suhonen, Valimaki, ve ark., 2005; Acaroğlu ve ark., 2007)

Bireyselleştirilmiş bakım; kişilerin ihtiyaçları, talepleri, edindiği deneyimler, tercihleri, davranışları, hisleri, anlama şekli ve düşüncelerini dikkate alma, hastanın onuruna, benzersizliğine, bütünlüğüne ve hasta haklarının gözetilmesi ve korunmasına ilişkin etik ve ahlaki değerleri uygulama gibi faktörleri içermektedir (Charalambous ve ark., 2012). Bireyselleştirilmiş bakım kavramı karar verme kontrolü, kişisel yaşam durumu ve klinik durumdan oluşan üç alt boyuttan oluşmaktadır (Suhonen ve ark., 2004; Suhonen, Leino-Kilpi, ve ark., 2005; Suhonen ve ark., 2009; Suhonen ve ark., 2011; Acaroğlu ve Şendir, 2012). *Karar verme kontrolü*; hasta bireylerin hisleri, düşünceleri, taleplerini yansıtmaları ve kendi bakımına ilişkin kararlarda tercih yapabilmesi ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlanması gibi konularda hemşirelerin, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını içermektedir. *Kişisel yaşam durumu*; hastaların görüşlerini ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, etkinlikleri, seçimleri, aile bağları, işi ve hastane tecrübesi gibi konularda hemşirelerin hasta bireylerin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını içermektedir. *Klinik durum*; sağlıklı/hasta bireylerin önceki deneyimleri, hastane ve bakım hizmetleri hakkındaki düşünceleri, duyguları ve hastalığın kendisi için ne ifade ettiği gibi konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır (Suhonen ve ark., 2004; Weiner, 2004; Beaver ve ark., 2007; Chappell ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2009, 2010; Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Etkin ve kaliteli bir hemşirelik bakımının verilebilmesi için sadece bireyin hastalığı ve yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi vb. sosyo-demografik özelliklerine göre hemşirelik bakımı verilmesi yeterli olmamakta, bireyin eşsizliği dikkate alınarak, bütüncül bir değerlendirme yapılması ve bireye özgü bakım verilmesi gerekmektedir (Suhonen ve ark., 2004; Rose, 2018). Bireyselleştirilmiş bakımın; hasta otonomisini sağladığı, hasta memnuniyetini arttırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği aynı zamanda

hemşirelerin de motivasyonunu, iş doyumunu ve etik davranışlar sergilemelerini arttırdığı bildirilmektedir (Suhonen ve ark., 2004; Acaroğlu ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2011). Bu nedenle, bireyselleştirilmiş bakım birçok ülkede sağlık çalışanları tarafından evrensel olarak kabul görmüş bir kavram haline gelmiş ve sağlık politikalarında bireyselleştirilmiş bakıma verilen önem ve değer artmıştır (Suhonen ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2011).

2.2.1. Bireyselleştirilmiş Bakım ile İlgili Araştırma Sonuçları

1973-1999 yılları arasında bireyselleştirilmiş bakım ile yapılan araştırmaları inceleyen bir derlemede, hastaların hemşirelik bakımını olumlu algıladığı fakat bakımda hemşirelerin bireylerin özel ihtiyaçlarını göz ardı edilebildiklerini gösteren araştırma sonuçları olduğu belirtilmiştir (Suhonen ve ark., 2002). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Suhonen ve ark., 2009; Charalambous ve ark., 2012; Can ve Acaroğlu, 2015). Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Skalası (BBS) hemşire versiyonu kullanılarak yapılan çalışmalarda, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuştur (Suhonen ve ark., 2009; Charalambous ve ark., 2012). Onkoloji hemşireleri ile yapılan başka bir çalışmada da, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuştur (Rose, 2016). Türkiye’de yapılan iki farklı çalışmada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuş, hemşirelerin son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algılarının genel algılarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Can ve Acaroğlu, 2015; Danacı ve Koç, 2019).

Finlandiya’da bir hastanedeki ruh sağlığı ve hastalıkları biriminde görev yapan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu, uzun zamanlı bakım verilen kinliklerde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarının daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Suhonen ve ark., 2010). Suhonen ve ark. (2011)’nın, 21 farklı ülkede, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarını ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarındaki benzerlik ve farklılıkları karşılaştırmak amacıyla yaptıkları araştırmada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının iyi düzeyde olduğu ve bununla birlikte ülkeler arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Yunanistan ve Amerika’daki hemşirelerin puan ortalamalarının, Kıbrıs, Portekiz ve Türkiye’deki hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının karşılaştırıldığı

uluslararası düzeydeki başka bir çalışmada (Suhonen ve ark., 2012), ülkeler arasındaki farkın; hemşirelik eğitim sistemlerinin ve sağlık politikalarının farklı olmasından, her bir ülkedeki bireyselleştirilmiş bakım ve sağlık sistemi süreçlerine verilen farklı değerden kaynaklandığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını; eğitim, çalışma ortamı, çalışma şekli, çalışma deneyimi, iletişim becerisi ve hastaya ayrılan zamanın yeterliliği gibi birçok faktör etkilemektedir (DeCola ve Riggins, 2010; Idvall ve ark., 2012; Özdemir Güven, 2015; Karayurt ve ark., 2018). Idvall ve ark. (2012)'nın hemşirelerin bazı özellikleriyle ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını incelediği çalışmada, çalışma deneyimi, eğitim düzeyi ve ülke farklılıklarının hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını farklı yönlerde etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada (Özdemir Güven, 2015), yüksek empatik eğilimlere sahip olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının arttığı bulunmuştur. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile mesleki değerleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada da, hemşirelerin mesleki değer algıları arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının arttığı belirlenmiştir (Can ve Acaroğlu, 2015). Karayurt ve ark. (2018)'nin çalışmasında, hemşireler bireyselleştirilmiş bakımı önemli olarak gördüklerini ancak personel eksikliği, ekip içi iletişim problemleri ve eğitimdeki yetersizlikler gibi nedenlerle bireyselleştirilmiş bakımı hastaya aktaramadıklarını bildirmiştir. On bir ülkede gerçekleşen başka bir çalışmada ise hemşirelerin %96'sının bireysel olarak sağlıklı/hasta bireye daha fazla zaman ayırmanın, yani bireyi tanımanın, bireyselleştirilmiş bakım vermeyi kolaylaştırdığını ve hastalara bireysel zaman ayırmanın pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur (DeCola ve Riggins, 2010).

2.3. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri

Çalışma ortamı, çalışanların davranışlarını etkileyen tüm etmenler olarak tanımlanmaktadır (OECD, 2017). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) hemşirelik çalışma ortamını “hemşireler tarafından güvenli algılanan, çalışanların doyum aldıkları ve çalışanı güçlendiren ortamlar” olarak belirtmektedir. Bir diğer tanımda; hemşirenin yüksek performansla çalışmasını destekleyen, kaynakların bu yönde kullanılmasını sağlayan, politika, prosedür ve sistemlerin tasarlanması sonucunda

çalışanların örgütsel hedeflere ulaştıkları, işten doyum aldıkları ve çalışırken eğlendikleri ortamlar olarak ifade edilmektedir (Lake, 2002; Shirey, 2006; ANA, 2014).

Ağır iş yükü, uygun olmayan çalışma koşulları, fazla çalışma saatlerine oranla düşük maaş, çalışan sağlığı ve güvenliğinin yetersizliği gibi çalışanları fiziksel ve psikolojik yönden etkileyen durumlar olumsuz çalışma koşulları olarak nitelendirilmektedir (Brunette ve ark., 2011). Hemşirelikte olumsuz çalışma ortamları ise fazla iş yükü nedeniyle çalışma saatlerinin uzaması, hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı, olumsuz mesleki algının olması, ekip arasından yaşanan iletişim problemleri, rol karmaşası, yetersiz malzeme ve ekipman, yetersiz yönetici desteği, iş sağlığı ve güvenliğini tehlikeye atan risklere maruz kalma şeklinde sıralanmaktadır (Baumann, 2007; Bilazer ve ark., 2008). DSÖ “Sağlık İçin Birlikte Çalışma” raporunda (WHO, 2006), dünya genelindeki hemşire iş gücü sorununu öncelikli bir problem olarak ifade etmiştir. ICN de 2007 yılında, hemşire iş gücü problemini gündeme getirerek bu soruna çözüm üretebilmek hedefiyle “Olumlu Çalışma Ortamları, Kaliteli İş Yerleri, Kaliteli Hasta Bakımı” temalı eylem planı hazırlamıştır (Baumann, 2007). ICN’in raporunda, hemşire iş gücü problemine sebep olan en büyük sorunun olumsuz çalışma ortamları olduğu ve bu ortamların hasta ve hemşireleri olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Baumann, 2007).

Çalışma ortamında yaşanan olumsuzluklar, hemşire iş gücü yetersizliği probleminin artmasına, bu durum ise iş doyumunun ve hasta bakım kalitesinin azalmasına neden olmakta, dolayısıyla hasta güvenliğini ve memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Aiken ve ark., 2001; Türkmen, 2015). Ayrıca kötü çalışma koşullarının huzurlu çalışmama ve böylece iş veriminde düşmeye sebep olabileceği de belirtilmektedir (Türkmen ve ark., 2011; Castaneda ve Scanlan, 2014; Copanitsanou ve ark., 2017).

Çalışanların çalıştıkları kurumun amaçlarını bildiği, çalışanının bir bütün olarak desteklendiği ve memnun olmalarını sağlayacak şekilde planlamaların yapıldığı sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulması, çalışanların kendilerini huzurlu ve güvende hissetmelerini, çalışma ortamlarında daha verimli, üretken olmalarını, kuruma olan bağlılıklarının artmasını ve işten ayrılmaların azalmasını sağlamaktadır (Vollers ve ark., 2009; Türkmen ve ark., 2011; Balsanelli ve Cunha, 2014; Castaneda ve Scanlan, 2014). Hemşirelerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesi de verimli, etkin ve kaliteli bir hemşirelik bakımı için büyük önem arz etmektedir (Sirin and Sokmen 2015). Yapılan

çalışmalarda da verilen bakımın kalitesinin ve iş yeri bağlılığının artırılmasında iş tatminsizliğinin, tükenmişliğin ve işten ayrılma oranının azaltılmasında sağlıklı çalışma ortamının önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (McGirr ve Bakker, 2000; Aiken ve ark., 2002; Parlar, 2008; Kocaman ve ark., 2018).

2.3.1. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri ile Yapılmış Araştırma Sonuçları

Kocaman ve ark. (2018), Türkiye’de “*Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarının Geliştirilmesi*” ne yönelik yapmış oldukları araştırmada; hemşirenin görevini en iyi şekilde yerine getirebilmesini sağlayacak sağlıklı çalışma ortamı için altı ana başlıktan oluşan, 35 alt kriter belirlemiştir. Bu kriterler, “*hemşire iş yükü, geliştirme ve kariyer planlama, sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği, uygun fiziki koşullar ve yeterli araç-gereç; ekip iş birliği, iletişim, takdir ve tanınma, etkili yönetim ve liderlik*” olarak belirlenmiştir (Kocaman ve ark., 2018, p. 35). İş yükünün fazla olduğu yerlerde çalışan hemşirelerin, verdikleri bakım kalitesini ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Gurses ve ark., 2009a).

Amerikan Hemşire Yöneticiler Derneği’nin (American Organization of Nurse Executives-AONE) (2003) yayınladığı çalışmada ise, çalışma ortamını iyileştirmenin, hemşirelerin ve hastaların memnuniyetini artıracak, böylece hasta bakım kalitesinin de artacağı ifade edilmektedir. (AONE, 2003). Geiger-Brown ve Lipscomb (2010)’un hemşirelerin çalışma ortamı ile ilgili araştırmasında, olumlu çalışma koşullarının sağlandığı taktirde bakım kalitesinin yükseleceği ve hasta güvenliğinin artacağı belirlenmiştir. (Geiger-Brown ve Lipscomb, 2010). Benzer bir diğer çalışmada ise, iletişimin iyi olduğu, yeterli yönetici desteği olan, kaliteli ve güvenli çalışma ortamında hemşirelerin sundukları bakım hizmetinin kalitesinin olumlu yönde arttığı aynı zamanda hemşirelerin kuruma bağlılığının da doğrudan etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Janakiraman ve ark., 2011). Amerika Birleşik Devletleri’nin (ABD) Pensilvanya eyaletinde yaşlı bakım evlerinde çalışan hemşireler ile yapılan bir araştırmada, olumlu çalışma ortamlarının hasta güvenliğinde ve hemşirelerin iş doyumunda artış buna karşın işten ayrılma niyetlerinde azalma sağladığı saptanmıştır (White ve ark., 2019). Türkiye’de yapılan araştırmaların derlendiği bir çalışmada da sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının; çalışan sağlığı ve güvenliğini pozitif yönde etkilediği, çalışanların iş verimini artırdığı ve çalışanların sosyal hayatından hizmet sağladığı alana kadar iyilik halinin devamlılığını sağladığı ortaya koyulmuştur (Parlar, 2008).

Yapılan çalışmalarda hemşire istihdamı ile hasta sonuçlarının birbirlerini doğrudan etkilediği, olumsuz çalışma koşullarının saė kalım oranlarını etkilediği (Aiken ve ark., 2008b), hizmet kalitesinde azalmaya, verimliliğin dūřmesine (Barutçu ve Serinkan, 2008; Geiger-Brown ve Lipscomb, 2010), hasta memnuniyetinin azalmasına yol açtığı, hemşirelerin sağlığını olumsuz etkilediği (Uėur ve Abaan, 2008; Zhao ve ark., 2010), hemşire devir hızını ve işten ayrılma niyetlerini artırdığı (Topcu ve ark., 2016) bildirilmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

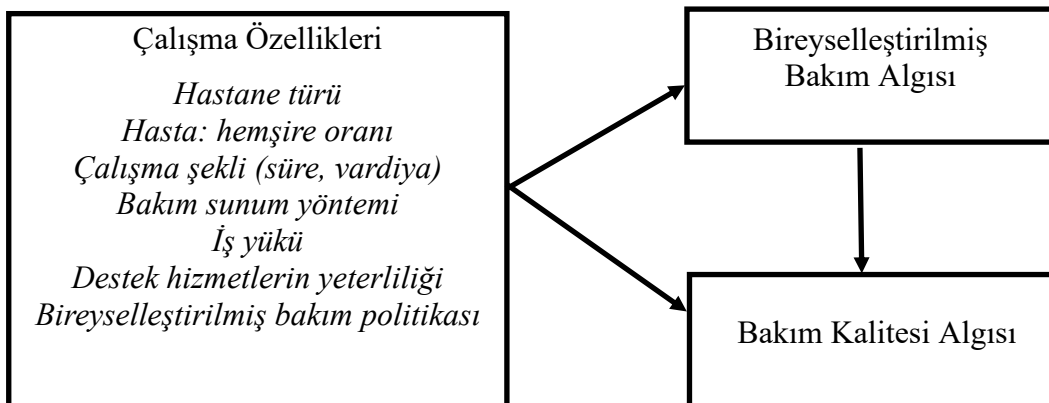
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılarının çalışma özellikleri ile olan ilişkisini ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırmanın kavramsal çerçevesine Şekil 3-1 'de yer verildi.

Araştırma soruları:

1. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin bakım kalitesi algıları ne düzeydedir?
3. Hemşirelerin çalışma özellikleri nedir?
4. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algıları bireysel ve çalışma özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
5. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları, bakım kalitesi algıları ve çalışma özellikleri arasında ilişki var mıdır?
6. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisi var mıdır?
7. Hemşirelerin bakım kalitesi algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisi var mıdır?



Şekil 3-1. Araştırmanın kavramsal çerçevesi

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul’da üçüncü basamak sağlık hizmeti veren iki kamu ve iki özel hastanenin yataklı birimlerinde çalışan hemşireler oluşturdu. (yaklaşık N=1410). Araştırmanın örnekleme, orantılı kota yöntemi ile belirlendi. Örneklem alınacak minimum hemşire sayısını belirlemek üzere, ilk olarak hastanelere göre tabakalama yapıldı. Evreni bilinen örnekleme yöntemine göre %95 güven aralığı ve %5 hata payı dikkate alınarak örnekleme alınacak minimum hemşire sayısı 302 olarak hesaplandı (n=302). Araştırmaya dahil etme kriterleri, belirlenen hastanelerin yataklı birimlerinde doğrudan hasta bakımında görev alma (servis sorumlu hemşiresi dahil) ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlendi. Dahil edilmeme kriterleri ise, yataklı olmayan klinikler dışında çalışma ve doğrudan hasta bakımında görev almama (eğitim hemşiresi, enfeksiyon hemşiresi vb) olarak belirlendi.

Tablo 3-1. Örneklemi oluşturan hemşire sayısının dağılımı

Tabaka No	Hastaneler	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Minimum Hemşire Sayısı	Örneklemi Oluşturan Hemşire Sayısı
1	EAH-1	500	0,35	107	282
2	EAH-2	390	0,28	84	272
3	Özel-1	220	0,16	47	101
4	Özel-2	300	0,21	64	94
Toplam		1410	1	302	749

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Skalası (Hemşire Versiyonu)” ve “Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği” ile Mayıs-Aralık 2019 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından belirlenen hastanelerde çalışan hemşirelere verildi ve yanıtlandıktan sonra geri toplandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu, hemşirelerin bireysel özellikleri (yaş, medeni durum vb.) ve çalışma özelliklerine ilişkin (vardiya süresi, toplam çalışma yılı, toplam hemşire/hasta sayısı vb.) tanımlayıcı 25 sorudan oluşmaktadır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Skalası (Hemşire Versiyonu)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire), hemşirelerin sağlık bakımı verdikleri ortamda bireyselleştirilmiş bakım hakkındaki görüşlerini belirlemek üzere 2007 yılında Suhonen ve ark. (2009) tarafından geliştirilmiştir. İki bölümden oluşan skalanın birinci bölümünde hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme (BBS-A), ikinci bölümünde ise hastanın bakımını bireyselleştirme (BBS-B) algıları değerlendirilmektedir. BBS-A ve BBS-B'nin alt boyutları ve içerdiği maddeler şunlardır:

1. Klinik durum; A01-A07 ve B01-B07,
2. Kişisel yaşam durumu; A08-A11 ve B08-B11,
3. Karar verme kontrolü; A12-A17 ve B12-B17.

BBS'nin her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek puanlar en az 1,0, en fazla 5,0'dir. Puanların yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini destekleme (BBS-A) ve hastanın bakımını bireyselleştirme algılarının (BBS-B) da yüksek olduğunu göstermektedir. Skalayı uygularken hemşirelerden, BBS-A için genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini nasıl desteklediklerine ilişkin genel tutumlarını, BBS-B için en son vardiyada bakım verdikleri bilinçli hastaların bakımlarını dikkate almaları istenmektedir. Skalanın Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Acaroglu ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. BBS-Hemşire versiyonuna ilişkin Cronbach alpha değerlerine Tablo 3-2'de yer verildi.

Tablo 3-2: Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Skalası (Hemşire Versiyonu) Cronbach Alfa Değerleri

	Skalayı geliştiren Suhonen ve ark. (2009)	Türkçe' ye uyarlayan Acaroglu (2010)	Bu çalışmada
BBS-A-klinik durum	0,83	0,86	0,87
BBS-A-kişisel yaşam	0,77	0,71	0,80
BBS-A-karar verme kontrolü	0,72	0,83	0,85
BBS-A-toplam	0,88	0,92	0,92
BBS-B-klinik durum	0,84	0,89	0,89
BBS-B-kişisel yaşam	0,73	0,80	0,76
BBS-B-karar verme kontrolü	0,78	0,83	0,88
BBS-B-toplam	0,90	0,93	0,93

Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği

Aiken ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiş, dört sorudan oluşan ölçek (Perceived Quality of Care on Unit Scale), hemşirelerin birimlerinde verilen hemşirelik bakımının kalitesine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Aiken ve ark., 2002). Türkçe uyarlaması İspir (2020) tarafından yapılmış olan ölçeğin, kapsam geçerliliği ve test-tekrar test sonuçları ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Ölçekte 4 soru yer almakta; hemşirelerin kendi çalıştıkları birimlerdeki bakım kalitesini değerlendirmesi; son bir yıl içinde, çalıştıkları hastanedeki hasta bakımı kalitesinin ne durumda olduğu ve hastaların hastaneden taburcu edilirken kendi bakımlarını yapabilmeleri konusunda kendilerine ne kadar güvendikleri sorulmaktadır. Dört sorudan oluşan ölçeğin, üç sorusu 4'lü, bir sorusu 3'lü Likert şeklinde, ilk iki madde için "1=Zayıf, 2=Orta, 3=İyi, 4=Mükemmel", üçüncü madde için "1=Kötüleşti, 2=Aynı Kaldı, 3=Gelişti", dördüncü madde için "1=Hiç Emin Değilim, 2=Eminim, 3=Kısmen Eminim, 4=Çok Eminim" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kullanılması için ölçeği geliştiren yazardan e-posta ile izin alındı.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (Tarih:16.04.2019, Karar No:A-09). Araştırmanın Sağlık Bakanlığı'na ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı iki hastanede yürütülebilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurularak

kurum izni alındı. Araştırmanın yürütüldüğü iki özel hastanenin ilgili makamlarına başvurarak kurum izni alındı. Ölçeklerin kullanımı için ölçeği geliştiren veya Türkçeye uyarlayan araştırmacılardan e-posta yoluyla izin alındı. Veri toplama araçları hemşirelere verilmeden önce çalışma hakkında bilgi verildi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu okutuldu ve imzalatıldı. Hemşirelerin kimliğinin gizli tutulacağı, bilgilerin gizliliğine saygı gösterilerek, kişisel bilgilerin hiç kimseye açıklanmayacağı ve araştırma sonuçları dışında kimseyle paylaşılmayacağı hakkında güvence verildi ve hemşirelerin araştırmaya gönüllü katılımları sağlandı.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics Version 22 ve NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) paket programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı analizleri için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerler kullanıldı. Normallik denetimi tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi, histogram, Q-Q plot ve box plot grafikleri çizilerek yapıldı. İki kategori arasında normal dağılım gösteren değişkenler bağımsız gruplarda t testi (Independent samples t test) ile normal dağılmayanlar Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Üç ve üzeri kategori içeren gruplar Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldı. Çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile yapıldı. Ölçümsel değişkenler arasındaki bağıntı Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile yapıldı. Korelasyon değerlerinin değerlendirilmesinde; 0,20 altında çok zayıf, 0,20- 0,39 arasında zayıf, 0,40 - 0,59 arasında orta, 0,60 - 0,79 arası yüksek ve 0,80 veya üzeri çok yüksek düzey olarak değerlendirildi (Evans, 1996). Çok değişkenli analizler çoklu doğrusal regresyon (backward elimination) ve ikili (binary) lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi. Ölçeğin iç tutarlılık değerlendirmesi Cronbach alfa testi ile yapıldı. Anlamlılık sınırı $p < 0,05$ ve çift yönlü olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın verileri hemşirelerin öz bildirimleri ile yanıtlanan veri toplama araçları ile toplanmıştır. Verilerin kesitsel olarak bir zaman diliminde bir kez toplanmış olması neden-sonuç ilişkisini sınırlandırabilir. Araştırma sonuçları İstanbul'da bulunan ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu ve özel hastanelerinin örnekleminde ve kullanılan ölçme araçları kapsamında değerlendirilmelidir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları, aşağıda belirtilen başlıklar altında sunuldu:

4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

4.3. Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

4.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

4.5. Ölçek Puanlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulguları

4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=749)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	574	76,6
	Erkek	175	23,4
	Toplam	749	100,0
Yaş	18-23	167	22,3
	24-29	458	61,1
	30-35	54	7,2
	36-41	51	6,8
	42-47	12	1,6
	>48	7	0,9
	Toplam	749	100,0
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	149	19,9
	Ön lisans	55	7,3
	Lisans	512	68,4
	Lisansüstü	33	4,4
	Toplam	749	100,0

*Tabloda yüksek değerler koyu olarak belirtildi.

Tablo 4-1’de çalışmaya katılan hemşirelerin bireysel özelliklerine dair bulguların dağılımı verildi. Hemşirelerin %76,6’sının kadın, %61,1’nin 24-29 yaş aralığında ve %68,4’ünün lisans mezunu olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=749)

		n	%
Görev	Hemşire	715	95,5
	Sorumlu hemşire	34	4,5
	Toplam	749	100,0
Hastaneler	EAH-1	282	37,7
	EAH-2	272	36,3
	Özel-1	101	13,5
	Özel-2	94	12,6
	Toplam	749	100,0
Hastane grubu	Kamu	554	74,0
	Özel	195	26,0
	Toplam	749	100,0
Çalışılan birim	Servis	527	70,4
	YBÜ	201	26,8
	Acil servis	21	2,8
	Toplam	749	100,0
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	91	12,1
	Sürekli gece	19	2,5
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)	639	85,3
	Toplam	749	100,0
Vardiya süresi	8 saat	243	32,4
	12 saat	158	21,1
	16 saat	333	44,5
	24 saat	15	2,0
	Toplam	749	100,0
Refakatçi varlığı	Evet	559	74,6
	Hayır	190	25,4
	Toplam	749	100,0
Refakatçinin bakıma katılma durumu	Evet	526	70,2
	Hayır	223	29,8
	Toplam	749	100,0

*Tabloda yüksek değerler koyu olarak belirtildi.

Tablo 4-2: (devamı)

		n	%
Hasta bakım yöntemi	İş paylaşımı	133	17,8
	Hasta paylaşımı	616	82,2
	Toplam	749	100,0
Doğrudan hasta bakım süresi	%25'ten az	74	9,9
	%26-50	227	30,3
	%51-75	313	41,8
	%76-100	122	16,3
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	13	1,7
	Toplam	749	100,0
Aylık toplam çalışma saati	160 saat ve altı	20	2,7
	161-180	327	43,7
	181-200	208	27,8
	201-220	127	17,0
	221-240	48	6,4
	241 saat ve üzeri	19	2,5
	Toplam	749	100,0
Klinikte malzemeye kolay ulaşma	Evet	644	86,0
	Hayır	105	14,0
	Toplam	749	100,0
Bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulaması olma durumu	Evet	337	45,0
	Hayır	412	55,0
	Toplam	749	100,0
Hasta merkezli bakım eğitimi alma durumu	Evet	416	55,5
	Hayır	333	44,5
	Toplam	749	100,0
Gece yardımcı personel sayısı	0	11	1,5
	1	660	88,1
	2	78	10,4
	Toplam	749	100,0
Gündüz yardımcı personel sayısı	1	190	25,4
	2	304	40,6
	3	255	34,0
	Toplam	749	100,0

Tablo 4-2'de çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma özelliklerine dair bulguların dağılımı verildi. Katılımcıların %95,5'inin hemşire olarak, %37,7'sinin EAH-1'de, %70,4'ünün serviste çalıştığı ve %29,5'inin cerrahi birimlerde görev aldığı belirlendi. Hemşirelerin %85,5'inin gece-gündüz dönüşümlü (vardiyalı), %44,5'inin ise 16 saat vardiyalı çalıştığı tespit edildi. Hemşirelerin %74,6'sı hastaların refakatçisinin bulunduğunu, %70,2'si hastanın refakatçisinin bakılma katıldığını belirtti. Hemşirelerin %82,2'sinin hasta bakım sunum yöntemi olarak hasta paylaşım yöntemi kullandığı, %41,8'inin vardiya süresi boyunca zamanlarının %51-75'ni doğrudan hasta bakımına harcadığı belirlendi. Hemşirelerin %43,7'sinin 161-180 saat arası çalıştığı saptandı. Hemşirelerin %86'sı klinikte malzemeye kolay ulaştığını, %55'i ise hastanelerinde hasta merkezli/bireyselleştirilmiş bakıma yönelik hizmet politikası ve uygulamaların olmadığını ifade etti. Hemşirelerin %55,5'nin hasta merkezli/ bireyselleştirilmiş bakıma yönelik eğitim aldığı belirlendi. Hemşirelerin %88,1'inin çalıştığı vardiyadaki gece yardımcı personel sayısının 1 olduğunu, %40,6'sının ise gündüz yardımcı personel sayısının 2 olduğu belirlendi (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Nicel Değişkenler İçin Tanımlayıcı İstatistikler (N=749)

	Ort.	SS	Medyan	Min.	Maks.
Yaş	26,60	5,40	25,00	19,00	60,00
Birimde çalışma yılı	2,37	2,88	1,00	1,00	27,00
Kurumda çalışma yılı	2,99	3,62	2,00	1,00	33,00
Toplam çalışma yılı	4,60	5,38	3,00	1,00	39,00
Birimdeki hasta yatağı sayısı	24,81	10,86	30,00	4,00	40,00
Gündüz bakılan hasta sayısı (hasta paylaşılan birimlerde)	4,43	2,65	4,00	0,00	14,00
Gece bakılan hasta sayısı (hasta paylaşılan birimlerde)	7,46	5,47	5,00	2,00	20,00
Gece çalışan hemşire sayısı	4,75	3,94	4,00	0,00	18,00
Gündüz çalışan hemşire sayısı	5,86	3,53	5,00	0,00	18,00

Tablo 4-3'de nicel değişkenler için tanımlayıcı istatistikler verildi. Hemşirelerin yaş ortalaması $26,6 \pm 5,4$ 'tür (min 19, maks 60, medyan 25). Birimde çalışma yılı

ortalaması $2,37 \pm 2,88$ (min 1, maks 27, medyan 1), kurumda çalışma yılı ortalaması $2,99 \pm 3,62$ (min 1, maks 33, medyan 2) ve toplam çalışma yılı ortalaması $4,6 \pm 5,38$ 'dir (min 1, maks 39, medyan 3). Hemşirelerin çalıştığı birimdeki hasta yatağı sayısı ortalaması $24,81 \pm 10,86$ (min 4, maks 40, medyan 30), bir hemşirenin gündüz baktığı hasta sayısı ortalaması $4,43 \pm 2,65$ (min 0, maks 14, medyan 4), gece bakılan hasta sayısı ortalaması $7,46 \pm 5,47$ 'dir (min 2, maks 20, medyan 5). Gece çalışan hemşire sayısı ortalaması $4,75 \pm 3,94$ (min 0, maks 18, medyan 4) ve gündüz çalışan hemşire sayısı ortalaması $5,86 \pm 3,53$ 'dür (min 0, maks 18, med 5) (Tablo 4-3).

4.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4-4: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılarına İlişkin İçin Tanımlayıcı Bulgular (N=749)

	Ort.	SS	Medyan	Min.	Maks.
BBS-A-klinik durum	4,02	0,61	4,00	1,00	5,00
BBS-A-kişisel yaşam	3,46	0,83	3,50	1,00	5,00
BBS-A-karar verme kontrolü	3,99	0,65	4,00	1,00	5,00
BBS-A-toplam	3,88	0,59	3,88	1,00	5,00
BBS-B-klinik-durum	4,08	0,59	4,00	1,00	5,00
BBS-B-kişisel yaşam	3,67	0,78	3,75	1,00	5,00
BBS-B-karar verme kontrolü	4,03	0,66	4,00	1,00	5,00
BBS-B-toplam	3,97	0,59	4,00	1,00	5,00
HBKDÖ-1	2,98	0,74	3,00	1,00	4,00
HBKDÖ-2	3,02	0,73	3,00	1,00	4,00
HBKDÖ-3	2,27	0,69	2,00	1,00	3,00
HBKDÖ-4	2,34	0,75	2,00	1,00	4,00

* Bakım Kalitesi Değerlendirme Ölçeği soruları

HBKDÖ-1: Genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlarsınız?

HBKDÖ-2: Son çalıştığınız vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesini nasıl tanımlarsınız?

HBKDÖ-3: Genel olarak, son bir yıl içinde, hastanenizde sunulan hasta bakımının kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

HBKDÖ-4: Hastalarınızın hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yapabileceğinden ne kadar eminsiniz?

Tablo 4-4'de ölçek alt boyut ve toplam puanları için tanımlayıcı bulgular verildi. BBS-A-klinik durum alt boyut ortalaması $4,02 \pm 0,61$ (min 1, maks 5, medyan 4), BBS-A kişisel yaşam alt boyut ortalaması $3,46 \pm 0,83$ (min 1, maks 5, medyan 3,50), BBS-A karar

verme kontrolü alt boyutu ortalaması $3,99 \pm 0,65$ (min 1, maks 5, medyan 4) ve BBS-A toplam puan ortalaması $3,88 \pm 0,59$ (min 1, maks 5, medyan 3,88) olarak saptandı. BBS-B klinik durum alt boyut ortalaması $4,08 \pm 0,59$ (min 1, maks 5, medyan 4), BBS-B kişisel yaşam alt boyut ortalaması $3,67 \pm 0,78$ (min 1, maks 5, medyan 3,75), BBS-B karar verme kontrolü alt boyutu ortalaması $4,03 \pm 0,66$ (min 1, maks 5, medyan 4) ve BBS-B toplam puan ortalaması $3,97 \pm 0,59$ (min 1, maks 5, medyan 4) olarak belirlendi.

HBKDÖ-1. madde ortalaması $2,98 \pm 0,74$ (min 1, maks 4, medyan 3), HBKDÖ-2. madde ortalaması $3,02 \pm 0,73$ (min 1, maks 4, medyan 3), HBKDÖ-3. madde ortalaması $2,27 \pm 0,69$ (min 1, maks 3, medyan 2) ve HBKDÖ-4. madde ortalaması $2,34 \pm 0,75$ (min 1, maks 4, medyan 2) olarak belirlendi (Tablo 4-4).

Tablo 4-4-1: Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısı Bulgularının Dağılımı (N=749)

	1*		2*		3*		4*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HBKDÖ-1	20	2,7	155	20,7	395	52,7	179	23,9
HBKDÖ-2	16	2,1	142	19,0	403	53,8	188	25,1
HBKDÖ-3	102	13,6	341	45,5	306	40,9		
HBKDÖ-4	88	11,7	352	47,0	272	36,3	37	4,9

* HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-2 için 1:Zayıf – 4:Mükemmel, HBKDÖ-4 için 1:Hiç Emin Değilim – 4:Çok Eminim, HBKDÖ-3 için 1:Kötüleştii – 3:Geliştii

Tablo 4-4-1’de hemşirelerin bakım kalitesi algısı bulgularının dağılımına yer verildi. HBKDÖ-1. maddesi için %2,7’si zayıf, %20,7’si orta, %52,7’si iyi ve %23,9’u mükemmel olarak yanıtladı. HBKDÖ-2. maddesi için %2,1’i zayıf, %19’u orta, %53,8’i iyi ve %25,1’i mükemmel olarak yanıtladı. HBKDÖ-4. maddesi için %11,7’si hiç emin değilim, %47’si emin değilim, %36,3’ü eminim, %4,9’u çok eminim olarak yanıtladı. HBKDÖ-3. maddesi için %13,6’sı kötüleştii, %45,5’i aynı kaldı, %40,9’u geliştii olarak yanıtladı.

4.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılarının Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-5: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Kadın	4,06	0,57	4,00	3,110*	0,002*
	Erkek	3,88	0,70	4,00		
BBS-A-kişisel yaşam	Kadın	3,48	0,82	3,50	0,729*	0,466
	Erkek	3,42	0,87	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Kadın	4,01	0,63	4,00	1,980*	0,048*
	Erkek	3,90	0,71	4,00		
BBS-A toplam	Kadın	3,91	0,57	3,94	2,476*	0,014*
	Erkek	3,78	0,65	3,88		
BBS-B klinik durum	Kadın	4,11	0,56	4,00	2,622*	0,009*
	Erkek	3,98	0,67	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Kadın	3,68	0,77	3,75	0,564*	0,573
	Erkek	3,65	0,81	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	Kadın	4,06	0,64	4,00	1,930*	0,054
	Erkek	3,95	0,72	4,00		
BBS-B toplam	Kadın	3,99	0,57	4,00	2,015*	0,044*
	Erkek	3,89	0,65	3,94		
HBKDÖ-1	Kadın	2,97	0,75	3,00	49408,500**	0,721
	Erkek	2,99	0,74	3,00		
HBKDÖ-2	Kadın	3,01	0,74	3,00	48703,000**	0,503
	Erkek	3,06	0,69	3,00		
HBKDÖ-3	Kadın	2,27	0,69	2,00	49877,500**	0,879
	Erkek	2,28	0,68	2,00		
HBKDÖ-4	Kadın	2,36	0,74	2,00	47994,000**	0,333
	Erkek	2,30	0,78	2,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Ölçeklerin puan ortalamaları hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında (Tablo 4-5), hemşirelerin cinsiyeti ile BBS-A klinik durum, karar verme kontrolü alt

boyutları ve toplam puanı ortalaması ile BBS-B klinik durum alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). BBS-A kişisel yaşam, BBS-B kişisel yaşam ve karar verme kontrolü alt boyutları puan ortalamaları ise hemşirelerin cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmadı ($p>0,05$). Hemşirelerin cinsiyetine göre HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Kamu	3,95	0,60	4,00	-5,438*	<0,001*
	Özel	4,22	0,60	4,14		
BBS-A kişisel yaşam	Kamu	3,36	0,81	3,50	-6,087*	<0,001*
	Özel	3,77	0,81	3,75		
BBS-A karar verme kontrolü	Kamu	3,88	0,62	4,00	-7,913*	<0,001*
	Özel	4,29	0,65	4,33		
BBS-A toplam	Kamu	3,79	0,56	3,82	-7,471*	<0,001*
	Özel	4,14	0,59	4,12		
BBS-B klinik durum	Kamu	4,00	0,56	4,00	-6,022*	<0,001*
	Özel	4,30	0,61	4,29		
BBS-B kişisel yaşam	Kamu	3,55	0,77	3,63	-7,950*	<0,001*
	Özel	4,03	0,70	4,00		
BBS-B karar verme kontrolü	Kamu	3,93	0,64	4,00	-7,412*	<0,001*
	Özel	4,32	0,63	4,33		
BBS-B toplam	Kamu	3,87	0,56	3,88	-7,921*	<0,001*
	Özel	4,24	0,59	4,18		
HBKDÖ-1	Kamu	2,85	0,74	3,00	34820,000**	<0,001*
	Özel	3,34	0,62	3,00		
HBKDÖ-2	Kamu	2,92	0,72	3,00	39305,500**	<0,001*
	Özel	3,29	0,68	3,00		
HBKDÖ-3	Kamu	2,24	0,68	2,00	48829,500**	0,029*
	Özel	2,35	0,71	2,00		
HBKDÖ-4	Kamu	2,22	0,74	2,00	35006,500**	<0,001*
	Özel	2,70	0,67	3,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Hemşirelerin BBS-A ve BBS-B alt boyutları ve toplam puanlarının ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının hastane türüne göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hastaların Refakatçilerinin Bulunması Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Evet	4,06	0,58	4,00	3,307*	0,001*
	Hayır	3,89	0,67	4,00		
BBS-A-kişisel yaşam	Evet	3,49	0,84	3,50	1,542*	0,123
	Hayır	3,38	0,79	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Evet	4,03	0,64	4,00	2,855*	0,004*
	Hayır	3,87	0,69	4,00		
BBS-A toplam	Evet	3,92	0,58	3,94	3,035*	0,002*
	Hayır	3,77	0,61	3,82		
BBS-B klinik durum	Evet	4,12	0,56	4,00	3,090*	0,002*
	Hayır	3,96	0,65	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Evet	3,77	0,74	3,75	5,420*	<0,001*
	Hayır	3,40	0,84	3,50		
BBS-B karar verme kontrolü	Evet	4,11	0,61	4,00	5,160*	<0,001*
	Hayır	3,80	0,75	3,92		
BBS-B toplam	Evet	4,03	0,56	4,00	4,946*	<0,001*
	Hayır	3,77	0,65	3,85		
HBKDÖ-1	Evet	3,04	0,71	3,00	44968,500**	0,001*
	Hayır	2,81	0,81	3,00		
HBKDÖ-2	Evet	3,07	0,70	3,00	45785,500**	0,002*
	Hayır	2,86	0,78	3,00		
HBKDÖ-3	Evet	2,34	0,64	2,00	42707,000**	<0,001*
	Hayır	2,06	0,77	2,00		
HBKDÖ-4	Evet	2,42	0,73	2,00	40898,000**	<0,001*
	Hayır	2,11	0,77	2,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Hemşirelerin BBS-A kişisel yaşam alt boyutu dışında ($p>0,05$) diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanlarının ve BBS-B alt boyutları ve toplam puanlarının birimde hastaların refakatçilerinin bulunma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-7). Hastaların refakatçilerinin bulunma durumuna göre, HBKDÖ-1,

HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da anlamlı olarak farklılaştığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Refakatçinin Bakıma Katılma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Evet	4,06	0,58	4,00	2,838*	0,005*
	Hayır	3,92	0,66	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	Evet	3,48	0,85	3,50	0,581*	0,561
	Hayır	3,44	0,78	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Evet	4,03	0,64	4,00	2,441*	0,015*
	Hayır	3,90	0,68	4,00		
BBS-A toplam	Evet	3,91	0,58	3,94	2,414*	0,016*
	Hayır	3,80	0,61	3,82		
BBS-B klinik durum	Evet	4,12	0,57	4,00	3,118*	0,002*
	Hayır	3,98	0,63	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Evet	3,77	0,75	3,75	5,173*	<0,001*
	Hayır	3,45	0,82	3,50		
BBS-B karar verme kontrolü	Evet	4,11	0,62	4,00	5,152*	<0,001*
	Hayır	3,84	0,72	4,00		
BBS-B toplam	Evet	4,04	0,56	4,00	4,934*	<0,001*
	Hayır	3,81	0,62	3,88		
HBKDÖ-1	Evet	3,03	0,72	3,00	52192,500**	0,009*
	Hayır	2,87	0,78	3,00		
HBKDÖ-2	Evet	3,06	0,70	3,00	52722,500**	0,016*
	Hayır	2,91	0,78	3,00		
HBKDÖ-3	Evet	2,35	0,64	2,00	47983,000**	<0,001*
	Hayır	2,09	0,76	2,00		
HBKDÖ-4	Evet	2,43	0,73	2,00	47219,500**	<0,001*
	Hayır	2,15	0,76	2,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Hemşirelerin BBS-A kişisel yaşam alt boyutu dışında ($p>0,05$) diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanının ve BBS-B alt boyutlar ve toplam puanının hastaların refakatçilerinin bakıma katılma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-8). Hastaların refakatçilerinin bakıma katılma durumuna göre,

HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da anlamlı olarak farklılaştığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hasta Bakım Yöntemine Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	İş paylaşımı	4,02	0,52	4,00	0,042*	0,966
	Hasta paylaşımı	4,02	0,63	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	İş paylaşımı	3,29	0,83	3,25	-2,721*	0,007*
	Hasta paylaşımı	3,50	0,82	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	İş paylaşımı	3,90	0,60	3,83	-1,653*	0,099
	Hasta paylaşımı	4,01	0,66	4,00		
BBS-A toplam	İş paylaşımı	3,81	0,51	3,82	-1,525*	0,128
	Hasta paylaşımı	3,89	0,61	3,94		
BBS-B klinik durum	İş paylaşımı	4,02	0,55	4,00	-1,226*	0,221
	Hasta paylaşımı	4,09	0,60	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	İş paylaşımı	3,60	0,72	3,75	-1,286*	0,199
	Hasta paylaşımı	3,69	0,79	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	İş paylaşımı	4,03	0,62	4,00	0,010*	0,992
	Hasta paylaşımı	4,03	0,67	4,00		
BBS-B toplam	İş paylaşımı	3,93	0,54	3,88	-0,900*	0,369
	Hasta paylaşımı	3,98	0,60	4,00		
HBKDÖ-1	İş paylaşımı	2,94	0,80	3,00	39656,000**	0,526
	Hasta paylaşımı	2,99	0,73	3,00		
HBKDÖ-2	İş paylaşımı	3,02	0,71	3,00	40591,500**	0,856
	Hasta paylaşımı	3,02	0,73	3,00		
HBKDÖ-3	İş paylaşımı	2,37	0,62	2,00	37658,500**	0,110
	Hasta paylaşımı	2,25	0,70	2,00		
HBKDÖ-4	İş paylaşımı	2,29	0,72	2,00	38808,000**	0,300
	Hasta paylaşımı	2,36	0,75	2,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Birimde sunulan hasta bakım yöntemine göre BBS-A kişisel yaşam puan ortalamasının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,05$). Bunun dışında, diğer BBS-A alt boyutları ve toplam ölçek puanı ve BBS-B alt boyutları ve

toplam ölçek puan ortalamalarının birimde sunulan hasta bakım yöntemine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-9). Hasta bakım sunum yöntemine göre HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-9).

Tablo 4-10: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Klinikte Malzemeye Kolay Ulaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Evet	4,04	0,61	4,00	2,109*	0,035*
	Hayır	3,90	0,61	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	Evet	3,50	0,82	3,50	2,708*	0,007*
	Hayır	3,26	0,84	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Evet	4,01	0,64	4,00	2,332*	0,020*
	Hayır	3,85	0,73	4,00		
BBS-A toplam	Evet	3,90	0,58	3,94	2,708*	0,007*
	Hayır	3,73	0,60	3,76		
BBS-B klinik durum	Evet	4,12	0,56	4,00	4,265*	<0,001*
	Hayır	3,85	0,71	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Evet	3,71	0,77	3,75	3,406*	0,001*
	Hayır	3,44	0,82	3,50		
BBS-B karar verme kontrolü	Evet	4,08	0,63	4,00	4,734*	<0,001*
	Hayır	3,75	0,76	4,00		
BBS-B toplam	Evet	4,01	0,57	4,00	4,695*	<0,001*
	Hayır	3,72	0,68	3,88		
HBKDÖ-1	Evet	3,05	0,72	3,00	23020,500**	<0,001*
	Hayır	2,57	0,77	3,00		
HBKDÖ-2	Evet	3,08	0,70	3,00	23760,000**	<0,001*
	Hayır	2,65	0,76	3,00		
HBKDÖ-3	Evet	2,33	0,67	2,00	23044,500**	<0,001*
	Hayır	1,91	0,67	2,00		
HBKDÖ4	Evet	2,40	0,74	2,00	24724,500**	<0,001*
	Hayır	2,02	0,72	2,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Hemşirelerin klinikte malzemeye kolay ulaşma durumu ile BBS-A ve BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hastanelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Politikası Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Evet	4,12	0,57	4,00	4,090*	<0,001*
	Hayır	3,94	0,63	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	Evet	3,59	0,80	3,75	3,847*	<0,001*
	Hayır	3,36	0,84	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Evet	4,10	0,64	4,00	4,285*	<0,001*
	Hayır	3,90	0,66	4,00		
BBS-A toplam	Evet	3,99	0,57	4,00	4,704*	<0,001*
	Hayır	3,79	0,59	3,82		
BBS-B klinik durum	Evet	4,17	0,59	4,00	4,058*	<0,001*
	Hayır	4,00	0,58	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Evet	3,81	0,74	3,75	4,454*	<0,001*
	Hayır	3,56	0,80	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	Evet	4,15	0,64	4,00	4,402*	<0,001*
	Hayır	3,94	0,66	4,00		
BBS-B toplam	Evet	4,08	0,58	4,00	4,808*	<0,001*
	Hayır	3,87	0,58	3,94		
HBKDÖ-1	Evet	3,14	0,68	3,00	55221,000**	<0,001*
	Hayır	2,85	0,77	3,00		
HBKDÖ-2	Evet	3,13	0,66	3,00	59255,500**	<0,001*
	Hayır	2,92	0,76	3,00		
HBKDÖ-3	Evet	2,41	0,66	2,00	55889,000**	<0,001*
	Hayır	2,16	0,69	3,00		
HBKDÖ-4	Evet	2,51	0,73	2,00	53600,000**	<0,001*
	Hayır	2,21	0,74	3,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Hemşirelerin çalıştıkları hastanede bireyselleştirilmiş bakım politikası olması ile BBS-A ve BBS-B ölçekleri tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Hasta Merkezli Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Evet	4,12	0,58	4,00	5,323*	<0,001*
	Hayır	3,89	0,62	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	Evet	3,63	0,75	3,75	6,084*	<0,001*
	Hayır	3,26	0,88	3,25		
BBS-A karar verme kontrolü	Evet	4,11	0,61	4,00	5,816*	<0,001*
	Hayır	3,84	0,67	3,83		
BBS-A toplam	Evet	4,00	0,54	4,00	6,630*	<0,001*
	Hayır	3,72	0,61	3,76		
BBS-B klinik durum	Evet	4,17	0,55	4,00	4,926*	<0,001*
	Hayır	3,96	0,61	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Evet	3,79	0,72	3,75	4,532*	<0,001*
	Hayır	3,53	0,83	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	Evet	4,14	0,60	4,00	5,100*	<0,001*
	Hayır	3,90	0,71	4,00		
BBS-B toplam	Evet	4,07	0,54	4,00	5,493*	<0,001*
	Hayır	3,84	0,63	3,88		
HBKDÖ-1	Evet	3,09	0,71	3,00	57479,500**	<0,001*
	Hayır	2,84	0,76	3,00		
HBKDÖ-2	Evet	3,10	0,67	3,00	60686,000**	0,001*
	Hayır	2,92	0,78	3,00		
HBKDÖ-3	Evet	2,36	0,67	2,00	58359,500**	<0,001*
	Hayır	2,16	0,70	2,00		
HBKDÖ-4	Evet	2,48	0,75	2,50	54150,000**	<0,001*
	Hayır	2,18	0,71	2,00		

*Bağımsız örneklem t test istatistiği, **Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Hemşirelerin hasta merkezli bakım eğitimi alma durumuna göre, BBS-A ve BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ve HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

Tablo 4-13: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Hemşire	4,02	0,61	4,00	11063,500	0,373
	Sorumlu hemşire	4,08	0,53	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	Hemşire	3,46	0,83	3,50	10827,000	0,279
	Sorumlu hemşire	3,60	0,71	3,63		
BBS-A karar verme kontrolü	Hemşire	3,98	0,66	4,00	11399,500	0,537
	Sorumlu hemşire	4,08	0,55	4,00		
BBS-A toplam	Hemşire	3,87	0,59	3,88	10838,500	0,285
	Sorumlu hemşire	3,97	0,51	4,00		
BBS-B klinik durum	Hemşire	4,08	0,59	4,00	11718,000	0,720
	Sorumlu hemşire	4,13	0,51	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Hemşire	3,67	0,79	3,75	10679,500	0,228
	Sorumlu hemşire	3,84	0,52	4,00		
BBS-B karar verme kontrolü	Hemşire	4,03	0,67	4,00	11345,000	0,506
	Sorumlu hemşire	4,12	0,49	4,00		
BBS-B toplam	Hemşire	3,96	0,60	4,00	11088,500	0,386
	Sorumlu hemşire	4,06	0,42	3,97		
HBKDÖ-1	Hemşire	2,97	0,74	3,00	10815,500	0,233
	Sorumlu hemşire	3,12	0,73	3,00		
HBKDÖ-2	Hemşire	3,01	0,72	3,00	10560,500	0,154
	Sorumlu hemşire	3,18	0,76	3,00		
HBKDÖ-3	Hemşire	2,27	0,69	2,00	11785,000	0,743
	Sorumlu hemşire	2,24	0,70	2,00		
HBKDÖ4	Hemşire	2,34	0,75	2,00	11865,500	0,799
	Sorumlu hemşire	2,35	0,77	2,00		

*Mann Whitney U Testi

Hemşirelerin görevlerine göre, BBS-A ve BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ve HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Çalışılan Birime Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Servis ^a	4,08	0,58	4,00	21,076	<0,001*
	Yoğun bakım ^b	3,85	0,66	3,86		
	Acil servis ^{ab}	4,19	0,61	4,14		
BBS-A kişisel yaşam	Servis	3,50	0,83	3,50	3,387	0,184
	Yoğun bakım	3,38	0,80	3,50		
	Acil servis	3,43	1,03	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Servis ^a	4,04	0,62	4,00	11,839	0,003*
	Yoğun bakım ^b	3,85	0,72	4,00		
	Acil servis ^{ab}	4,10	0,61	4,00		
BBS-A toplam	Servis ^a	3,93	0,57	3,94	14,661	0,001*
	Yoğun bakım ^b	3,74	0,63	3,82		
	Acil servis ^{ab}	3,98	0,59	4,00		
BBS-B klinik durum	Servis ^a	4,12	0,55	4,00	8,214	0,016*
	Yoğun bakım ^b	3,96	0,67	4,00		
	Acil servis ^{ab}	4,18	0,62	4,14		
BBS-B kişisel yaşam	Servis ^a	3,75	0,71	3,75	14,883	0,001*
	Yoğun bakım ^b	3,46	0,90	3,50		
	Acil servis ^{ab}	3,76	0,86	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	Servis ^a	4,12	0,58	4,00	35,502	<0,001*
	Yoğun bakım ^b	3,78	0,79	3,83		
	Acil servis ^a	4,20	0,62	4,00		
BBS-B toplam	Servis ^a	4,03	0,53	4,00	24,694	<0,001*
	Yoğun bakım ^b	3,78	0,69	3,82		
	Acil servis ^{ab}	4,09	0,61	4,06		
HBKDÖ-1	Servis ^a	3,00	0,71	3,00	16,624	<0,001*
	Yoğun bakım ^a	2,86	0,82	3,00		
	Acil servis ^b	3,52	0,51	4,00		
HBKDÖ-2	Servis ^a	3,04	0,69	3,00	18,880	<0,001*
	Yoğun bakım ^a	2,91	0,80	3,00		
	Acil servis ^b	3,62	0,50	4,00		
HBKDÖ-3	Servis ^a	2,32	0,64	2,00	23,999	<0,001*
	Yoğun bakım ^b	2,09	0,77	2,00		
	Acil servis ^c	2,76	0,44	3,00		
HBKDÖ-4	Servis ^a	2,41	0,72	2,00	20,724	<0,001*
	Yoğun bakım ^b	2,15	0,79	2,00		
	Acil servis ^a	2,57	0,60	3,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hemşirelerin BBS-A kişisel yaşam alt boyutu dışında (p>0,05) diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalamalarının ve BBS-B alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-8). Hemşirelerin çalıştığı birime göre, HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da anlamlı olarak farklılaştığı saptandı (p<0,05) (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Sağlık meslek lisesi ^{ab}	4,02	0,55	4,00	10,676	0,014*
	Ön lisans ^{ab}	4,10	0,71	4,14		
	Lisans ^b	3,99	0,62	4,00		
	Lisansüstü ^a	4,31	0,50	4,14		
BBS-A kişisel yaşam	Sağlık Meslek lisesi	3,38	0,87	3,25	6,274	0,099
	Ön lisans	3,40	0,99	3,50		
	Lisans	3,48	0,80	3,50		
	Lisansüstü	3,77	0,76	3,75		
BBS-A-karar verme kontrolü	Sağlık meslek lisesi ^{bc}	3,95	0,63	4,00	11,742	0,008*
	Ön lisans ^{ab}	4,07	0,64	4,00		
	Lisans ^b	3,97	0,66	4,00		
	Lisansüstü ^a	4,35	0,53	4,17		
BBS-A toplam	Sağlık meslek lisesi ^{bc}	3,85	0,55	3,82	11,063	0,011*
	Ön lisans ^{ab}	3,93	0,67	4,00		
	Lisans ^b	3,86	0,59	3,88		
	Lisansüstü ^a	4,20	0,50	4,00		
BBS-B klinik durum	Sağlık meslek lisesi ^{bc}	4,08	0,54	4,00	18,594	<0,001*
	Ön lisans ^{ab}	4,28	0,57	4,29		
	Lisans ^b	4,04	0,60	4,00		
	Lisansüstü ^a	4,42	0,58	4,43		
BBS-B kişisel yaşam	Sağlık meslek lisesi	3,67	0,75	3,75	3,278	0,351
	Ön lisans	3,68	1,01	3,75		
	Lisans	3,66	0,76	3,75		
	Lisansüstü	3,92	0,77	4,00		
BBS-B karar verme kontrolü	Sağlık meslek lisesi ^{ab}	4,06	0,61	4,00	18,106	<0,001*
	Ön lisans ^a	4,25	0,67	4,33		
	Lisans ^b	3,98	0,67	4,00		
	Lisansüstü ^a	4,33	0,64	4,33		
BBS-B toplam	Sağlık meslek lisesi ^b	3,98	0,53	4,00	16,468	0,001*
	Ön lisans ^{ab}	4,12	0,62	4,06		
	Lisans ^b	3,93	0,60	3,94		
	Lisansüstü ^a	4,27	0,57	4,18		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05. a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4-15 (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
HBKDÖ-1	Sağlık meslek lisesi ^{bc}	3,03	0,74	3,00	16,760	0,001*
	Ön lisans ^b	3,33	0,64	3,00		
	Lisans ^{ac}	2,92	0,74	3,00		
	Lisansüstü ^{ab}	3,06	0,83	3,00		
HBKDÖ-2	Sağlık meslek lisesi ^{ab}	3,05	0,74	3,00	10,042	0,018*
	Ön lisans ^b	3,27	0,73	3,00		
	Lisans ^a	2,98	0,70	3,00		
	Lisansüstü ^{ab}	3,09	0,88	3,00		
HBKDÖ-3	Sağlık meslek lisesi	2,23	0,74	2,00	0,988	0,804
	Ön lisans	2,36	0,62	2,00		
	Lisans	2,27	0,67	2,00		
	Lisansüstü	2,27	0,76	2,00		
HBKDÖ-4	Sağlık meslek lisesi	2,38	0,73	2,00	7,164	0,067
	Ön lisans	2,47	0,66	2,00		
	Lisans	2,30	0,76	2,00		
	Lisansüstü	2,61	0,70	3,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05. a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre, BBS-A klinik durum, BBS-A karar verme kontrolü ve BBS-A toplam puan ortalaması, BBS-B klinik durum, BBS-B karar verme kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalaması ile HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-2 puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). BBS-A kişisel yaşam, BBS-B kişisel yaşam, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları ise hemşirelerin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-15).

Tablo 4-16: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	Sürekli gündüz ^a	4,17	0,51	4,00	10,962	0,004*
	Sürekli gece ^b	3,83	0,39	3,86		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^{ab}	4,00	0,62	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	Sürekli gündüz	3,58	0,81	3,50	4,125	0,127
	Sürekli gece	3,17	0,76	3,25		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)	3,46	0,83	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	Sürekli gündüz ^a	4,08	0,59	4,00	7,161	0,028*
	Sürekli gece ^b	3,63	0,71	3,50		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^{ab}	3,99	0,66	4,00		
BBS-A toplam	Sürekli gündüz ^a	4,00	0,54	4,00	8,947	0,011*
	Sürekli gece ^b	3,61	0,50	3,47		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^{ab}	3,87	0,60	3,88		
BBS-B klinik durum	Sürekli gündüz ^a	4,18	0,57	4,14	9,765	0,008*
	Sürekli gece ^b	3,85	0,37	3,71		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^a	4,07	0,60	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	Sürekli gündüz ^a	3,82	0,72	4,00	9,555	0,008*
	Sürekli gece ^b	3,32	0,64	3,25		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^a	3,66	0,79	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	Sürekli gündüz ^a	4,20	0,55	4,00	12,002	0,002*
	Sürekli gece ^b	3,63	0,70	3,67		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^a	4,02	0,67	4,00		
BBS-B toplam	Sürekli gündüz ^a	4,10	0,54	4,00	13,186	0,001*
	Sürekli gece ^b	3,65	0,48	3,53		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^a	3,96	0,60	4,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a-b; Aynı harfler arasında anlamlı bir fark yoktur

Tablo 4-16: (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
HBKDÖ-1	Sürekli gündüz ^a	3,13	0,73	3,00	8,476	0,014*
	Sürekli gece ^b	2,68	0,75	3,00		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü) ^{ab}	2,97	0,74	3,00		
HBKDÖ-2	Sürekli gündüz	3,14	0,77	3,00	4,140	0,126
	Sürekli gece	3,05	0,78	3,00		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)	3,00	0,72	3,00		
HBKDÖ-3	Sürekli gündüz	2,36	0,72	3,00	3,304	0,192
	Sürekli gece	2,05	0,91	2,00		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)	2,27	0,67	2,00		
HBKDÖ-4	Sürekli gündüz	2,45	0,75	2,00	3,707	0,157
	Sürekli gece	2,16	0,76	2,00		
	Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)	2,33	0,75	2,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a-b; Aynı harfler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma şekline göre, BBS-A klinik durum, BBS-A karar verme kontrolü ve BBS-A toplam puan ortalaması, BBS-B klinik durum, BBS-B kişisel yaşam, BBS-B-karar verme kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalaması ile HBKDÖ-1 puan ortalamasının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p<0,05). BBS-A kişisel yaşam alt boyutu, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları ise hemşirelerin çalışma şekline göre anlamlı olarak farklılaşmadı (p>0,05) (Tablo 4-16).

Tablo 4-17: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Vardiya Süresine Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	8 saat ^b	4,08	0,58	4,00	36,010	<0,001*
	12 saat ^b	4,19	0,62	4,14		
	16 saat ^a	3,89	0,61	4,00		
	24 saat ^{ab}	3,98	0,35	3,86		
BBS-A kişisel yaşam	8 saat ^a	3,46	0,88	3,50	35,789	<0,001*
	12 saat ^b	3,76	0,82	3,75		
	16 saat ^a	3,33	0,76	3,50		
	24 saat ^{ab}	3,32	0,76	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	8 saat ^c	4,00	0,60	4,00	63,357	<0,001*
	12 saat ^b	4,30	0,67	4,33		
	16 saat ^a	3,84	0,64	3,83		
	24 saat ^{ac}	3,88	0,58	4,00		
BBS-A toplam	8 saat ^c	3,91	0,59	3,94	59,056	<0,001*
	12 saat ^b	4,13	0,60	4,12		
	16 saat ^a	3,74	0,55	3,76		
	24 saat ^{ac}	3,79	0,43	3,71		
BBS-B klinik durum	8 saat ^a	4,13	0,57	4,00	45,927	<0,001*
	12 saat ^b	4,27	0,63	4,29		
	16 saat ^c	3,95	0,56	4,00		
	24 saat ^{abc}	4,01	0,31	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	8 saat ^c	3,74	0,72	3,75	53,478	<0,001*
	12 saat ^b	3,99	0,72	4,00		
	16 saat ^a	3,49	0,80	3,50		
	24 saat ^{ac}	3,40	0,65	3,50		
BBS-B karar verme kontrolü	8 saat ^c	4,10	0,55	4,00	65,583	<0,001*
	12 saat ^b	4,31	0,66	4,25		
	16 saat ^a	3,86	0,69	4,00		
	24 saat ^{ac}	3,81	0,41	3,83		
BBS-B toplam	8 saat ^c	4,03	0,53	4,00	76,302	<0,001*
	12 saat ^b	4,22	0,61	4,15		
	16 saat ^a	3,81	0,58	3,88		
	24 saat ^{ac}	3,80	0,31	3,71		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4-17. (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
HBKDÖ-1	8 saat ^c	3,00	0,72	3,00	52,064	<0,001*
	12 saat ^b	3,32	0,61	3,00		
	16 saat ^{ab}	2,81	0,77	3,00		
	24 saat ^{ac}	2,87	0,64	3,00		
HBKDÖ-2	8 saat ^b	3,05	0,74	3,00	25,356	<0,001*
	12 saat ^b	3,23	0,69	3,00		
	16 saat ^a	2,90	0,72	3,00		
	24 saat ^{ab}	3,07	0,59	3,00		
HBKDÖ-3	8 saat	2,31	0,69	2,00	4,544	0,208
	12 saat	2,32	0,72	2,00		
	16 saat	2,22	0,67	2,00		
	24 saat	2,33	0,72	2,00		
HBKDÖ-4	8 saat ^c	2,34	0,69	2,00	60,102	<0,001*
	12 saat ^b	2,72	0,69	3,00		
	16 saat ^a	2,17	0,77	2,00		
	24 saat ^{abc}	2,33	0,49	2,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Hemşirelerin vardiya süresine göre, BBS-A klinik durum, BBS-A kişisel yaşam, BBS-A karar verme kontrolü ve BBS-A toplam puan ortalaması, BBS-B klinik durum, BBS-B kişisel yaşam, BBS-B-karar verme kontrolü ve BBS-B toplam ortalaması ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p<0,05). Ancak, hemşirelerin vardiya süresi ile HBKDÖ-3 puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-17).

Tablo 4-18: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Ölçek Puan Ortalamalarının Doğrudan Hasta Bakım Süresine Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	P
BBS-A klinik durum	%25'ten az	4,08	0,59	4,00	1,808	0,771
	%26-50	4,03	0,61	4,00		
	%51-75	3,99	0,62	4,00		
	%76-100	4,05	0,59	4,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,88	0,77	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	%25'ten az	3,51	0,85	3,63	7,760	0,101
	%26-50	3,45	0,82	3,50		
	%51-75	3,40	0,83	3,50		
	%76-100	3,60	0,83	3,75		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,67	0,57	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	%25'ten az	4,00	0,61	4,00	2,660	0,616
	%26-50	3,99	0,66	4,00		
	%51-75	3,95	0,67	4,00		
	%76-100	4,07	0,66	4,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,94	0,57	3,83		
BBS-A toplam	%25'ten az	3,92	0,59	3,91	3,889	0,421
	%26-50	3,88	0,59	3,94		
	%51-75	3,84	0,59	3,88		
	%76-100	3,95	0,58	4,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,85	0,61	3,82		
BBS-B klinik durum	%25'ten az	4,06	0,59	4,00	2,129	0,712
	%26-50	4,09	0,58	4,00		
	%51-75	4,06	0,58	4,00		
	%76-100	4,12	0,63	4,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,98	0,74	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	%25'ten az	3,81	0,77	4,00	5,815	0,213
	%26-50	3,73	0,70	3,75		
	%51-75	3,61	0,78	3,75		
	%76-100	3,65	0,92	3,75		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,62	0,67	3,50		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği

Tablo 4-18. (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-B karar verme kontrolü	%25'ten az	4,11	0,56	4,00	3,531	0,473
	%26-50	4,09	0,65	4,00		
	%51-75	3,99	0,64	4,00		
	%76-100	3,98	0,78	4,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,95	0,70	4,00		
BBS-B toplam	%25'ten az	4,02	0,55	4,00	2,771	0,597
	%26-50	4,00	0,57	4,00		
	%51-75	3,93	0,58	3,94		
	%76-100	3,96	0,68	4,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,88	0,62	4,00		
HBKDÖ-1	%25'ten az	2,89	0,88	3,00	2,652	0,618
	%26-50	2,96	0,72	3,00		
	%51-75	3,03	0,68	3,00		
	%76-100	2,92	0,84	3,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,15	0,80	3,00		
HBKDÖ-2	%25'ten az	2,97	0,83	3,00	2,655	0,617
	%26-50	2,96	0,72	3,00		
	%51-75	3,05	0,66	3,00		
	%76-100	3,04	0,83	3,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	3,15	0,80	3,00		
HBKDÖ-3	%25'ten az	2,35	0,69	2,00	2,157	0,707
	%26-50	2,24	0,71	2,00		
	%51-75	2,27	0,67	2,00		
	%76-100	2,31	0,69	2,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	2,23	0,73	2,00		
HBKDÖ-4	%25'ten az	2,38	0,70	2,00	2,028	0,731
	%26-50	2,37	0,72	2,00		
	%51-75	2,31	0,75	2,00		
	%76-100	2,35	0,83	2,00		
	Doğrudan hasta bakımı vermeme	2,54	0,66	2,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği

Hemşirelerin doğrudan hasta bakım süresi ile BBS-A ve BBS-B alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4

puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-18).

Tablo 4-19: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Aylık Toplam Çalışma Saatine Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	160 saat ve altı	4,16	0,51	4,14	8,380	0,137
	161-180	3,99	0,57	4,00		
	181-200	4,07	0,68	4,00		
	201-220	4,03	0,62	4,00		
	221-240	3,97	0,59	4,00		
	241 saat ve üzeri	3,81	0,42	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	160 saat ve altı ^{ab}	3,69	0,71	3,63	16,873	0,005*
	161-180 ^b	3,35	0,81	3,50		
	181-200 ^{ab}	3,54	0,85	3,75		
	201-220 ^{ab}	3,51	0,85	3,50		
	221-240 ^{ab}	3,51	0,87	3,75		
	241 saat ve üzeri ^a	3,91	0,54	4,00		
BBS-A karar verme kontrolü	160 saat ve altı ^{ab}	4,18	0,53	4,08	19,436	0,002*
	161-180 ^b	3,90	0,58	4,00		
	181-200 ^a	4,09	0,71	4,00		
	201-220 ^{ab}	4,02	0,73	4,00		
	221-240 ^{ab}	4,07	0,68	4,00		
	241 saat ve üzeri ^{ab}	3,82	0,65	4,00		
BBS-A toplam	160 saat ve altı ^{ab}	4,05	0,49	4,03	13,647	0,018*
	161-180 ^b	3,81	0,53	3,82		
	181-200 ^a	3,95	0,66	4,00		
	201-220 ^{ab}	3,90	0,64	3,94		
	221-240 ^{ab}	3,90	0,61	3,94		
	241 saat ve üzeri ^{ab}	3,84	0,46	4,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4-19: (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-B klinik durum	160 saat ve altı	4,25	0,49	4,21	10,881	0,054
	161-180	4,05	0,52	4,00		
	181-200	4,13	0,66	4,00		
	201-220	4,07	0,67	4,00		
	221-240	4,09	0,57	4,00		
	241 saat ve üzeri	3,88	0,45	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	160 saat ve altı	3,85	0,73	3,75	6,900	0,228
	161-180	3,62	0,72	3,75		
	181-200	3,70	0,85	3,75		
	201-220	3,77	0,84	3,75		
	221-240	3,59	0,83	3,75		
	241 saat ve üzeri	3,74	0,59	4,00		
BBS-B karar verme kontrolü	160 saat ve altı	4,26	0,56	4,25	8,050	0,153
	161-180	4,01	0,60	4,00		
	181-200	4,06	0,72	4,00		
	201-220	4,05	0,72	4,00		
	221-240	4,04	0,70	4,00		
	241 saat ve üzeri	3,81	0,47	3,83		
BBS-B toplam	160 saat ve altı	4,16	0,53	4,12	8,807	0,117
	161-180	3,93	0,52	3,94		
	181-200	4,00	0,66	4,00		
	201-220	3,99	0,68	4,00		
	221-240	3,95	0,59	4,00		
	241 saat ve üzeri	3,82	0,38	4,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4-19. (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
HBKDÖ-1	160 saat ve altı ^b	3,10	0,64	3,00	27,119	<0,001*
	161-180 ^b	2,98	0,71	3,00		
	181-200 ^b	3,09	0,71	3,00		
	201-220 ^b	2,98	0,81	3,00		
	221-240 ^{ab}	2,77	0,72	3,00		
	241 saat ve üzeri ^a	2,16	0,83	2,00		
HBKDÖ-2	160 saat ve altı ^{bc}	3,15	0,81	3,00	23,720	<0,001*
	161-180 ^{bc}	3,02	0,68	3,00		
	181-200 ^c	3,13	0,67	3,00		
	201-220 ^{bc}	3,02	0,81	3,00		
	221-240 ^{ab}	2,73	0,74	3,00		
	241 saat ve üzeri ^a	2,42	0,84	3,00		
HBKDÖ-3	160 saat ve altı ^{ab}	2,25	0,72	2,00	23,689	<0,001*
	161-180 ^b	2,32	0,67	2,00		
	181-200 ^b	2,37	0,65	2,00		
	201-220 ^{ab}	2,18	0,72	2,00		
	221-240 ^a	1,96	0,65	2,00		
	241 saat ve üzeri ^{ab}	1,84	0,83	2,00		
HBKDÖ-4	160 saat ve altı	2,30	0,92	2,00	11,226	0,050
	161-180	2,30	0,71	2,00		
	181-200	2,46	0,77	2,00		
	201-220	2,34	0,79	2,00		
	221-240	2,35	0,70	2,00		
	241 saat ve üzeri	1,95	0,71	2,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Hemşirelerin toplam çalışma saatine göre, BBS-A kişisel yaşam, BBS-A karar verme kontrolü ve BBS-A toplam puan ortalaması ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2 ve HBKDÖ-3 puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p<0,05). Hemşirelerin toplam çalışma saatine göre, BBS-A klinik durum, BBS-B

klınık durum, BBS-B kişisel yaşam, BBS-B-karar verme kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalamaları ile HBKDÖ-4 puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Gece Çalışan Yardımcı Personel Sayısına Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	0 ^a	4,74	0,24	4,71	27,285	<0,001*
	1 ^b	4,03	0,61	4,00		
	2 ^c	3,86	0,55	3,86		
BBS-A kişisel yaşam	0 ^a	4,23	0,45	4,25	11,596	0,003*
	1 ^b	3,46	0,83	3,50		
	2 ^b	3,40	0,81	3,50		
BBS-A karar verme kontrolü	0 ^a	4,76	0,25	4,83	19,072	<0,001*
	1 ^b	3,99	0,65	4,00		
	2 ^b	3,86	0,68	4,00		
BBS-A toplam	0 ^a	4,63	0,20	4,59	23,206	<0,001*
	1 ^b	3,88	0,59	3,91		
	2 ^b	3,75	0,58	3,79		
BBS-B klinik durum	0 ^a	4,77	0,30	5,00	18,647	<0,001*
	1 ^b	4,08	0,59	4,00		
	2 ^b	4,01	0,59	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	0 ^a	4,55	0,35	4,50	17,287	<0,001*
	1 ^b	3,67	0,77	3,75		
	2 ^b	3,57	0,85	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	0 ^a	4,85	0,22	5,00	30,365	<0,001*
	1 ^b	4,05	0,65	4,00		
	2 ^c	3,80	0,69	3,83		
BBS-B toplam	0 ^a	4,74	0,17	4,76	24,686	<0,001*
	1 ^b	3,97	0,58	4,00		
	2 ^b	3,83	0,63	3,88		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, * $p<0,05$, a,b,c: Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4-20: (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
HBKDÖ-1	0 ^{abc}	3,09	0,83	3,00	6,172	0,046*
	1 ^b	3,00	0,72	3,00		
	2 ^c	2,76	0,89	3,00		
HBKDÖ-2	0	3,27	0,79	3,00	1,730	0,421
	1	3,02	0,71	3,00		
	2	2,95	0,84	3,00		
HBKDÖ-3	0 ^{abc}	2,09	0,94	2,00	11,513	0,003*
	1 ^b	2,30	0,67	2,00		
	2 ^c	2,03	0,70	2,00		
HBKDÖ-4	0 ^a	2,91	0,54	3,00	20,543	<0,001*
	1 ^b	2,37	0,74	2,00		
	2 ^c	2,05	0,75	2,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Hemşirelerin BBS-A ve BBS-B alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının gece çalışan yardımcı personel sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-20). Hemşirelerin gece çalışan yardımcı personel sayısına göre HBKDÖ-1, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da anlamlı olarak farklılaştığı saptandı (p<0,05). Yalnızca, HBKDÖ-2 puan ortalamasının gece çalışan yardımcı personel sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05)(Tablo 4-20).

Tablo 4-21: Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamalarının Gündüz Çalışan Yardımcı Personel Sayısına Göre Karşılaştırılması (N=749)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
BBS-A klinik durum	1 ^a	4,24	0,60	4,14	40,167	<0,001*
	2 ^b	3,91	0,60	4,00		
	3 ^b	3,99	0,59	4,00		
BBS-A kişisel yaşam	1 ^a	3,80	0,81	4,00	49,340	<0,001*
	2 ^b	3,36	0,80	3,50		
	3 ^b	3,34	0,82	3,25		
BBS-A karar verme kontrolü	1 ^a	4,31	0,65	4,33	74,725	<0,001*
	2 ^b	3,86	0,63	4,00		
	3 ^b	3,91	0,61	4,00		
BBS-A toplam	1 ^a	4,16	0,59	4,12	71,573	<0,001*
	2 ^b	3,76	0,56	3,82		
	3 ^b	3,81	0,57	3,82		
BBS-B klinik durum	1 ^a	4,31	0,61	4,29	51,296	<0,001*
	2 ^b	3,97	0,59	4,00		
	3 ^b	4,03	0,53	4,00		
BBS-B kişisel yaşam	1 ^a	4,04	0,71	4,00	67,958	<0,001*
	2 ^b	3,47	0,77	3,50		
	3 ^b	3,64	0,75	3,75		
BBS-B karar verme kontrolü	1 ^a	4,34	0,63	4,33	67,792	<0,001*
	2 ^b	3,89	0,67	4,00		
	3 ^b	3,97	0,60	4,00		
BBS-B toplam	1 ^a	4,26	0,59	4,21	80,060	<0,001*
	2 ^b	3,82	0,57	3,88		
	3 ^b	3,92	0,54	3,94		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4-21: (devam)

		Ort.	SS	Medyan	Test değeri	p
HBKDÖ-1	1 ^a	3,33	0,62	3,00	64,675	<0,001*
	2 ^b	2,79	0,76	3,00		
	3 ^b	2,95	0,72	3,00		
HBKDÖ-2	1 ^a	3,28	0,68	3,00	42,721	<0,001*
	2 ^b	2,86	0,73	3,00		
	3 ^c	3,01	0,70	3,00		
HBKDÖ-3	1 ^a	2,34	0,73	2,00	11,331	0,003*
	2 ^b	2,17	0,70	2,00		
	3 ^a	2,34	0,63	2,00		
HBKDÖ-4	1 ^a	2,69	0,68	3,00	75,531	<0,001*
	2 ^b	2,13	0,75	2,00		
	3 ^c	2,35	0,69	2,00		

*Kruskal Wallis χ^2 test istatistiği, *p<0,05, a,b,c; Aynı harfler arasında anlamlı fark yoktur.

Hemşirelerin gündüz çalışan yardımcı personel sayısına göre, BBS-A klinik durum, BBS-A kişisel yaşam, BBS-A karar verme kontrolü ve BBS-A toplam puan ortalamaları, BBS-B klinik durum, BBS-B kişisel yaşam, BBS-B-karar verme kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalamaları ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı saptandı (p<0,05) (Tablo 4-21).

4.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

Tablo 4-22. Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. BBS-A klinik durum	-											
2. BBS-A kişisel yaşam	,529**	-										
3. BBS-A karar verme kontrolü	,732**	,635**	-									
4. BBS-A Toplam	,887**	,804**	,912**	-								
5. BBS-B klinik durum	,699**	,477**	,733**	,742**	-							
6. BBS-B kişisel yaşam	,453**	,664**	,596**	,645**	,624**	-						
7. BBS-B karar verme kontrolü	,617**	,475**	,740**	,709**	,802**	,643**	-					
8. BBS-B Toplam	,672**	,590**	,779**	,786**	,922**	,821**	,925**	-				
9. HBKDÖ-1	,247**	,152**	,207**	,237**	,285**	,238**	,252**	,291**	-			
10. HBKDÖ-2	,261**	,183**	,246**	,268**	,306**	,226**	,283**	,308**	,747**	-		
11. HBKDÖ-3	,141**	,145**	,143**	,164**	,155**	,175**	,124**	,167**	,373**	,425**	-	
12. HBKDÖ-4	,226**	,257**	,291**	,295**	,248**	,245**	,324**	,306**	,357**	,352**	,327**	-

* t -Pearson katsayısı, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

HBKDÖ-1: Genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlırsınız?

HBKDÖ-2: Son çalıştığınız vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesini nasıl tanımlırsınız?

HBKDÖ-3: Genel olarak, son bir yıl içinde, hastaninizde sunulan hasta bakımının kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

HBKDÖ-4: Hastalarınızın hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yapabileceğinden ne kadar eminsiniz?

Tablo 4-22’de ölçeklerin alt boyutlarının kendi içinde ve toplam puan ortalaması arasındaki korelasyon bulgularına yer verildi.

BBS-A alt boyutlarından kişisel yaşam ile klinik durum ve karar verme kontrolü alt boyutları arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ise yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Tablo 4-22). BBS-B alt boyutlarından yine aynı şekilde kişisel yaşam ile klinik durum ve karar verme kontrolü alt boyutları arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında da yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Tablo 4-22).

HBKDÖ soruları arasında ise HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-2 puanı arasında yüksek düzeyde, HBKDÖ-2 ve HBKDÖ-3 arasında orta düzeyde, diğer sorular arasında ise zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4-22). BBS-A ve BBS-B toplam ölçek puanı ile HBKDÖ-1, 2 ve 4’üncü soruları arasında zayıf düzeyde ve HBKDÖ-3’üncü sorusu arasında çok zayıf düzeyde korelasyon bulundu.

4.5. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulguları

Tablo 4-23. BBS-A Toplam Puanı Üzerine Etkili Olan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	β	Standart hata	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
					Alt limit	Üst limit
Sabit katsayı	3,808	0,170	22,387	0,000**	3,474	4,142
Cinsiyet (Kadın)	-0,091	0,055	-1,656	0,098	-0,198	0,017
Çalışılan kurum (Özel hastane)	0,174	0,133	1,304	0,193	-0,088	0,436
Refakatçinin bakıma katılma durumu (Evet)	0,007	0,078	0,087	0,931	-0,147	0,161
Klinik malzemeye kolay ulaşma (Evet)	0,040	0,071	0,561	0,575	-0,099	0,179
Hasta merkezli bakım eğitimi alma (Evet)	0,225	0,050	4,478	0,000**	0,126	0,324
Çalışılan birim (Yoğun bakım ünitesi)	-0,275	0,097	-2,851	0,005**	-0,465	-0,086
Eğitim durumu (Ön lisans)	0,025	0,110	0,231	0,817	-0,190	0,241
Eğitim durumu (Lisans)	0,009	0,063	0,151	0,880	-0,114	0,133
Eğitim durumu (Yüksek Lisans)	0,199	0,138	1,443	0,149	-0,072	0,469
Çalışma şekli (Sürekli gece)	-0,297	0,174	-1,713	0,087	-0,638	0,044
Çalışma şekli (Vardiya)	-0,084	0,095	-0,881	0,379	-0,270	0,103
Vardiya süresi (12 saat çalışan)	0,008	0,143	0,055	0,956	-0,273	0,288
Vardiya süresi (16 saat çalışan)	-0,058	0,062	-0,932	0,352	-0,181	0,064
Vardiya süresi (24 saat çalışan)	-0,131	0,175	-0,752	0,452	-0,474	0,212
Birimdeki hasta yatağı sayısı	-0,017	0,004	-3,754	0,000**	-0,025	-0,008
Gündüz bakılan hasta sayısı (hasta paylaşılan birimlerde)	0,049	0,015	3,310	0,001**	0,020	0,078
Gündüz çalışan hemşire sayısı	0,044	0,012	3,632	0,000**	0,020	0,067

Bağımlı değişken: BBS-A toplamı, **p<0,01

BBS-A puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisi lineer regresyon ile incelendi. Oluşturulan regresyon modeline bağımsız değişken olarak; cinsiyet, çalışılan kurum, refakatçi bakıma katılma durumu, klinikte malzemeye kolay ulaşma durumu, hasta merkezli bakım eğitimi alma, çalışılan birim, eğitim durumu, çalışma şekli, vardiya süresi, birimdeki hasta yatağı sayısı, gündüz bakılan hasta sayısı ve gündüz çalışan hemşire sayısı dahil edildi. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F=6,578$; $p<0,001$; $R^2=0,165$). Hasta merkezli bakım eğitimi alanların puanlarında bir birimlik artışın BBS-A toplam puanında 0,225 birim artışa neden olacağı, yoğun bakımda çalışanların ise 0,275 birim azalmaya neden olacağı bulundu. Birimdeki hasta yatağı

sayısındaki bir birim artışın toplam puanı 0,017 birim azalttığı, gündüz bakılan hasta sayısındaki artışın 0,049 birim ve gündüz çalışan hemşire sayısındaki artışın ise BBS A toplam puanını 0,044 birim artırdığı bulundu ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenlerin ise anlamlı etkisi bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-23).

Tablo 4-24. BBS-B Toplam Puanı Üzerine Etkili Olan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	β	Standart hata	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
					Alt limit	Üst limit
Sabit katsayı	3,732	0,167	22,359	<0,001**	3,404	4,060
Cinsiyet (Kadın)	-0,054	0,054	-1,004	0,316	-0,160	0,052
Çalışılan kurum (Özel hastane)	0,263	0,131	2,014	0,045*	0,006	0,520
Refakatçinin bakıma katılma durumu (Evet)	0,181	0,077	2,354	0,019*	0,030	0,332
Klinik malzemeye kolay ulaşma (Evet)	0,170	0,069	2,454	0,014*	0,034	0,307
Hasta merkezli bakım eğitimi alma (Evet)	0,171	0,049	3,464	0,001**	0,074	0,268
Çalışılan birim (Yoğun bakım ünitesi)	-0,217	0,095	-2,294	0,022*	-0,404	-0,031
Eğitim durumu (Ön lisans)	0,156	0,108	1,446	0,149	-0,056	0,367
Eğitim durumu (Lisans)	-0,041	0,062	-0,657	0,511	-0,162	0,081
Eğitim durumu (Yüksek Lisans)	0,150	0,135	1,107	0,269	-0,116	0,415
Çalışma şekli (Sürekli gece)	-0,310	0,170	-1,819	0,070	-0,644	0,025
Çalışma şekli (Vardiya)	-0,061	0,093	-0,653	0,514	-0,244	0,122
Vardiya süresi (12 saat çalışan)	-0,110	0,140	-0,786	0,432	-0,385	0,165
Vardiya süresi (16 saat çalışan)	-0,087	0,061	-1,425	0,155	-0,207	0,033
Vardiya süresi (24 saat çalışan)	-0,231	0,171	-1,350	0,178	-0,567	0,105
Birimdeki hasta yatağı sayısı	-0,016	0,004	-3,644	<0,001**	-0,024	-0,007
Gündüz bakılan hasta sayısı (hasta paylaşılan birimlerde)	0,041	0,015	2,805	0,005**	0,012	0,069
Gündüz çalışan hemşire sayısı	0,040	0,012	3,387	0,001**	0,017	0,063

Bağımlı değişken: BBS-B toplam puanı; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

BBS-B puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisi lineer regresyon ile incelendiğinde, kurulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F=8,187$; $p<0,001$; $R^2=0,197$). Bağımsız değişken olarak cinsiyet, çalışılan kurum, refakatçi bakıma katılma durumu, klinikte malzemeye kolay ulaşma durumu, hasta merkezli bakım eğitimi alma, çalışılan birim, eğitim durumu, çalışma şekli, vardiya

süresi, birimdeki hasta yatağı sayısı, gündüz bakılan hasta sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı yer aldı. Özel hastanelerde çalışanların puanlarında bir birimlik artışın BBS-B toplam puanında 0,263 birim, hasta refakatçisi bakıma katıldığında 0,181 birim, klinik malzemeye kolay ulaşanlarda 0,170 birim, hasta merkezli bakım eğitimi alanlarda 0,171 birim artışa neden olacağı, yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda ise 0,217 birim azaltacağı bulundu. Birimdeki hasta yatağı sayısındaki artışın BBS-B toplam puanını 0,016 birim azalttığı saptandı. Gündüz bakılan hasta sayısındaki artışın BBS-B toplam puanını 0,041 birim ve gündüz çalışan hemşire sayısındaki artışın BBS-B toplam puanını 0,040 birim puan arttırdığı belirlendi ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenlerin ise BBS-B toplam puanına anlamlı etkisi bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-24).

4.6. Bakım Kalitesi Değerlendirme Puanlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulguları

Hemşirelerin bakım kalitesi değerlendirmesi puanlarını etkileyen faktörlere ilişkin lojistik regresyon analizi yapıldı.

Tablo 4-25 Birimde Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi İçin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

	β	S.E.	p	OR (%95 CI)
Sabit	21,325	8211,070	0,998	1824775842,608 (0 - 0)
Çalışılan Kurum (Özel hastane)	0,306	0,774	0,693	1,358 (0,298 - 6,197)
Refakatçinin bakıma katılma durumu (Evet)	0,356	0,477	0,456	1,427 (0,56 - 3,633)
Klinik malzemeye kolay ulaşma (Evet)	0,473	0,264	0,073	1,605 (0,957 - 2,694)
Bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulanması (Evet)	0,143	0,260	0,582	1,154 (0,694 - 1,919)
Hasta merkezli bakım eğitimi alma (Evet)	0,169	0,213	0,429	1,184 (0,779 - 1,799)
Çalışılan birim (Acil servis)				
Çalışılan birim (Servis)	-17,344	8211,070	0,998	0 (0 - 0)
Çalışılan birim (Yoğun bakım)	-18,930	8211,070	0,998	0 (0 - 0)
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)				
Eğitim durumu (Ön lisans)	0,988	0,562	0,079	2,687 (0,893 - 8,085)
Eğitim durumu (Lisans)	-0,052	0,269	0,847	0,95 (0,561 - 1,608)
Eğitim durumu (Lisansüstü)	-0,919	0,551	0,096	0,399 (0,136 - 1,175)
Çalışma şekli (Vardiya)				
Çalışma şekli (Sürekli gündüz)	0,170	0,397	0,668	1,186 (0,544 - 2,582)
Çalışma şekli (Sürekli gece)	-0,771	0,546	0,158	0,463 (0,159 - 1,348)
Vardiya süresi (8 saat)				
Vardiya süresi (12 saat çalışan)	0,422	0,816	0,605	1,525 (0,308 - 7,544)
Vardiya süresi (16 saat çalışan)	-0,308	0,257	0,230	0,735 (0,444 - 1,216)
Vardiya süresi (24 saat çalışan)	-0,080	0,674	0,905	0,923 (0,246 - 3,458)
Aylık toplam çalışma saati	-0,382	0,109	<0,001**	0,682 (0,551 - 0,845)
Gece yardımcı personel sayısı	0,859	0,525	0,102	2,361 (0,844 - 6,601)
Gündüz yardımcı personel sayısı	-0,169	0,255	0,508	0,845 (0,513 - 1,392)
Birimdeki hasta yatağı sayısı	-0,078	0,019	<0,001**	0,925 (0,892 - 0,96)
Gece çalışan hemşire sayısı	0,078	0,077	0,309	1,081 (0,93 - 1,256)
Gündüz çalışan hemşire sayısı	0,010	0,075	0,891	1,01 (0,872 - 1,171)
HBKDÖ-4 (Hiç emin değilim)				
HBKDÖ-4 (Kısmen eminim)	-2,792	1,091	0,010*	0,061 (0,007 - 0,52)
HBKDÖ-4 (Eminim)	-2,167	1,072	0,043*	0,115 (0,014 - 0,936)
HBKDÖ-4 (Çok eminim)	-1,466	1,083	0,176	0,231 (0,028 - 1,929)
BBS-A klinik durum	0,627	0,232	0,107	1,872 (1,188 - 2,95)
BBS-A kişisel yaşam	0,018	0,164	0,913	1,018 (0,738 - 1,405)
BBS-A karar verme kontrolü	-0,351	0,252	0,163	0,704 (0,43 - 1,153)

Bağımlı Değişken: HBKDÖ-1 iyi ve mükemmel olma; D.S. oranı: 80,4; * p<0,05; **p<0,01

Birimde sunulan hemşirelik bakım kalitesi sorusu (HBKDÖ-1) için zayıf ve orta olarak yanıtlayanlar (1+2) ile iyi ve mükemmel olarak yanıtlayanlar (3+4) birleştirilip gruplandırıldı. Birimde sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması üzerine etkili olan değişkenleri belirlemek üzere regresyon modeli oluşturuldu. Oluşturulan modelde; çalışılan kurum, refakatçinin bakıma katılma durumu, klinik malzemeye kolay ulaşma, kurumun bireyselleştirilmiş bakım politikası olması, hasta merkezli bakım eğitimi alma, çalışılan birim, eğitim durumu, çalışma şekli, vardiya süresi, aylık toplam çalışma saati, gece yardımcı personel sayısı, gündüz yardımcı personel sayısı, birimdeki hasta yatağı sayısı, gece çalışan hemşire sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı, HBKDÖ-4, BBS-A klinik durum, BBS-A kişisel yaşam ve BBS-A karar verme kontrolü puan ortalaması bağımsız değişkenler olarak dahil edildi. Modele ait -2 Log olabilirlik değeri 630,147, Cox & Snell R^2 değeri 0,218 ve Nagelkerke R^2 değeri de 0,329 olarak belirlendi (Tablo 4-25).

Birimde sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması üzerine aylık toplam çalışma saatinin, birimdeki hasta yatağı sayısının ve HBKDÖ-4 (kısmen eminim ve eminim) değişkenlerinin bağımsız risk faktörü olduğu belirlendi ($p<0,05$). Birimde sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması durumunu, aylık toplam çalışma saatindeki artışın 0,682 birim, birimdeki hasta yatağı sayısındaki artışın 0,925 birim azaltacağı belirlendi. HBKDÖ-4'te hiç emin değilim ifadesi referans alındığında birimde sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması durumunu taburcu olan hastanın bakım ihtiyacını kendisinin karşılayabileceğinden kısmen emin olmanın 0,061 birim, emin olmanın 0,115 kat azaltacağı belirlendi($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenlerin anlamlı risk faktörü olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-25).

Tablo 4-26. Son Vardiyada Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi İçin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

	β	S.E.	p	OR (%95 CI)
Sabit	20,197	8383,032	0,998	591101289,793 (0 - 0)
Çalışılan Kurum (Özel hastane)	0,440	0,907	0,628	1,553 (0,263 - 9,184)
Refakatçinin bakıma katılma durumu (Evet)	0,176	0,504	0,727	1,192 (0,444 - 3,201)
Klinik malzemeye kolay ulaşma (Evet)	0,533	0,268	0,047*	1,704 (1,008 - 2,88)
Bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulanması (Evet)	0,397	0,271	0,142	1,488 (0,875 - 2,529)
Hasta merkezli bakım eğitimi alma (Evet)	0,037	0,221	0,868	1,037 (0,673 - 1,598)
Çalışılan birim (Acil servis)				
Çalışılan birim (Servis)	-18,537	8383,031	0,998	0 (0- -)
Çalışılan birim (Yoğun bakım)	-20,201	8383,031	0,998	0 (0- -)
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)				
Eğitim durumu (Ön lisans)	0,023	0,480	0,961	1,024 (0,399 - 2,623)
Eğitim durumu (Lisans)	0,150	0,274	0,584	1,162 (0,679 - 1,986)
Eğitim durumu (Lisansüstü)	-0,836	0,565	0,139	0,433 (0,143 - 1,312)
Çalışma şekli (Vardiya)				
Çalışma şekli (Sürekli gündüz)	-0,095	0,386	0,806	0,909 (0,427 - 1,938)
Çalışma şekli (Sürekli gece)	0,991	0,695	0,154	2,695 (0,691 - 10,514)
Vardiya süresi (8 saat)				
Vardiya süresi (12 saat çalışan)	-0,563	0,902	0,532	0,569 (0,097 - 3,334)
Vardiya süresi (16 saat çalışan)	0,000	0,268	0,999	1 (0,592 - 1,689)
Vardiya süresi (24 saat çalışan)	0,893	0,860	0,299	2,444 (0,453 - 13,192)
Aylık toplam çalışma saati	-0,463	0,112	<0,001**	0,629 (0,506 - 0,783)
Gece yardımcı personel sayısı	1,078	0,572	0,060	2,938 (0,957 - 9,022)
Gündüz yardımcı personel sayısı	-0,095	0,260	0,714	0,909 (0,546 - 1,513)
Birimdeki hasta yatağı sayısı	-0,087	0,019	<0,001**	0,917 (0,883 - 0,952)
Gece çalışan hemşire sayısı	0,052	0,077	0,500	1,054 (0,905 - 1,226)
Gündüz çalışan hemşire sayısı	0,074	0,079	0,350	1,077 (0,922 - 1,258)
HBKDÖ-4 (Hiç emin değilim)				
HBKDÖ-4 (Kısmen eminim)	-1,826	0,803	0,023*	0,161 (0,033 - 0,777)
HBKDÖ-4 (Eminim)	-1,154	0,777	0,137	0,315 (0,069 - 1,445)
HBKDÖ-4 (Çok eminim)	-0,207	0,794	0,795	0,813 (0,171 - 3,858)
BBS-A klinik durum	0,389	0,237	0,101	1,476 (0,927 - 2,351)
BBS-A kişisel yaşam	0,109	0,166	0,510	1,116 (0,806 - 1,545)
BBS-A karar verme kontrolü	0,092	0,252	0,716	1,096 (0,669 - 1,795)

Bağımlı Değişken: HBKDÖ-2 iyi ve mükemmel olma; D.S. oranı: 80,9; * p<0,05; **p<0,01

Birimde son vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesi sorusu (HBKÖ-2) için zayıf ve orta olarak yanıtlayanlar (1+2) ile iyi ve mükemmel olarak yanıtlayanlar (3+4)

birleştirilip gruplandırıldı. Birimde son vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması üzerine etkili olan değişkenleri belirlemek üzere regresyon modeli oluşturuldu. Oluşturulan modelde; çalışılan kurum, refakatçinin bakıma katılma durumu, klinik malzemeye kolay ulaşma, bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulamaları olması, hasta merkezli bakım eğitimi alma, çalışılan birim, eğitim durumu, çalışma şekli, vardiya süresi, aylık toplam çalışma saati, gece yardımcı personel sayısı, gündüz yardımcı personel sayısı, birimdeki hasta yatağı sayısı, gece çalışan hemşire sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı, HBKDÖ-4, BBS-A klinik durum, BBS-A kişisel yaşam ve BBS-B karar verme kontrolü puan ortalamaları bağımsız değişkenler olarak dahil edildi. Modele ait -2 Log olabilirlik değeri 609,617, Cox & Snell R^2 değeri 0,195 ve Nagelkerke R^2 değeri de 0,303 olarak belirlendi.

Birimde son vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması için klinik malzemeye kolay ulaşma, aylık toplam çalışma saati, birimdeki hasta yatağı sayısı ve HBKDÖ-4 (kısmen eminim) değişkenlerinin bağımsız risk faktörü olduğu belirlendi ($p<0,05$). Son vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması durumunu, klinik malzemeye kolay ulaşmanın 1,704 birim arttıracacağı, aylık toplam çalışma saatindeki artışın 0,629 birim azaltacağı, birimdeki hasta yatağı sayısındaki artışın 0,917 birim azaltacağı belirlendi. HBKDÖ4'te hiç emin değilim ifadesi referans alındığında son vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesinin iyi ve mükemmel olması üzerine taburcu olan hastanın bakım ihtiyacını kendisinin karşılayabileceğinden kısmen emin olmanın 0,161 birim azaltacağı belirlendi ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenlerin anlamlı risk faktörü olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-26).

Tablo 4-27. Son Bir Yılda Hastanede Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi İçin Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

	β	S.E.	p	OR (%95 CI)
Sabit	1,240	1,164	0,287	3,455 (0 - 0)
Çalışılan Kurum (Özel hastane)	-0,050	0,467	0,914	0,951 (0,381 - 2,373)
Refakatçinin bakıma katılma durumu (Evet)	0,026	0,349	0,941	1,026 (0,518 - 2,035)
Klinik malzemeye kolay ulaşma (Evet)	0,768	0,289	0,008**	2,156 (1,223 - 3,802)
Bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulanması (Evet)	0,682	0,215	0,002**	1,978 (1,298 - 3,016)
Hasta merkezli bakım eğitimi alma (Evet)	0,077	0,184	0,674	1,081 (0,753 - 1,55)
Çalışılan birim (Acil servis)				
Çalışılan birim (Servis)	-1,660	0,586	0,005**	0,19 (0,06 - 0,599)
Çalışılan birim (Yoğun bakım)	-1,888	0,674	0,005**	0,151 (0,04 - 0,567)
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)				
Eğitim durumu (Ön lisans)	-0,408	0,368	0,267	0,665 (0,323 - 1,367)
Eğitim durumu (Lisans)	-0,136	0,219	0,534	0,873 (0,568 - 1,34)
Eğitim durumu (Lisansüstü)	-0,415	0,432	0,337	0,661 (0,283 - 1,541)
Çalışma şekli (Vardiya)				
Çalışma şekli (Sürekli gündüz)	0,089	0,290	0,759	1,093 (0,619 - 1,93)
Çalışma şekli (Sürekli gece)	0,266	0,527	0,613	1,305 (0,465 - 3,664)
Vardiya süresi (8 saat)				
Vardiya süresi (12 saat çalışan)	-0,473	0,473	0,318	0,623 (0,246 - 1,576)
Vardiya süresi (16 saat çalışan)	0,008	0,221	0,973	1,008 (0,653 - 1,555)
Vardiya süresi (24 saat çalışan)	0,535	0,610	0,380	1,708 (0,517 - 5,642)
Aylık toplam çalışma saati	-0,241	0,099	0,014*	0,786 (0,648 - 0,953)
Gece yardımcı personel sayısı	-0,485	0,382	0,205	0,616 (0,291 - 1,303)
Gündüz yardımcı personel sayısı	0,308	0,214	0,151	1,36 (0,894 - 2,069)
Birimdeki hasta yatağı sayısı	-0,030	0,014	0,030*	0,971 (0,945 - 0,997)
Gece çalışan hemşire sayısı	0,103	0,063	0,105	1,108 (0,979 - 1,255)
Gündüz çalışan hemşire sayısı	-0,069	0,061	0,257	0,933 (0,828 - 1,052)
HBKDÖ-4 (Hiç emin değilim)				
HBKDÖ-4 (Kısmen eminim)	0,000	0,000	<0,001**	0 (0 - 0)
HBKDÖ-4 (Eminim)	-1,626	0,470	0,001**	0,197 (0,078 - 0,494)
HBKDÖ-4 (Çok eminim)	-0,377	0,388	0,331	0,686 (0,321 - 1,468)
BBS-A klinik durum	0,091	0,204	0,655	1,095 (0,734 - 1,634)
BBS-A kişisel yaşam	0,222	0,133	0,095	1,249 (0,962 - 1,621)
BBS-A karar verme kontrolü	0,042	0,214	0,846	1,043 (0,685 - 1,586)

Bağımlı Değişken: HBKDÖ-3 gelişmesi; D.S. oranı: 68,6; * p<0,05; **p<0,01

Hastanede son bir yılda sunulan hemşirelik bakım kalitesi sorusu (HBKDÖ-3) için gelişti olarak yanıtlayanlar (3) ile kötüleşti ve aynı kaldı olarak yanıtlayanlar (1+2) birleştirilip gruplandırıldı. Hastanede son bir yılda sunulan hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesi üzerine etkili olan değişkenleri belirlemek üzere regresyon modeli oluşturuldu. Oluşturulan modelde; çalışılan kurum, refakatçi durumu, klinik malzemeye kolay ulaşma, bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulamaları olması, hasta merkezli bakım eğitimi alma, çalışılan birim, aylık toplam çalışma saati, gündüz yardımcı personel sayısı, birimdeki hasta yatağı sayısı, gece çalışan hemşire sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı, HBKDÖ-4, BBS-A klinik durum, BBS-A kişisel yaşam ve BBS-A karar verme kontrolü puan ortalamaları bağımsız değişkenler olarak dahil edildi. Modele ait -2 Log olabilirlik değeri 878,888, Cox & Snell R^2 değeri 0,164 ve Nagelkerke R^2 değeri de 0,221 olarak belirlendi.

Hastanede son bir yılda sunulan hemşirelik bakım kalitesinin de klinik malzemeye kolay ulaşma, bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulama, çalışılan birim (servis ve yoğun bakım), birimdeki hasta yatağı sayısı ve HBKDÖ-4 (Kısmen eminim ve eminim) değişkenlerinin bağımsız risk faktörü olduğu belirlendi ($p<0,05$). Hastanede son bir yılda sunulan hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesi durumunu, klinik malzemeye kolay ulaşmanın 2,156 birim arttıracığı, bireyselleştirilmiş bakım politikası uygulanmanın 1,978 birim arttıracığı, acil serviste çalışanlar referans alındığında serviste çalışmanın 0,190 birim azaltacağı, yoğun bakımda çalışmanın 0,151 birim azaltacağı, aylık toplam çalışma saatindeki artışın 0,786 birim azaltacağı, birimdeki hasta yatağı sayısındaki artışın 0,971 birim azaltacağı belirlendi. HBKDÖ-4'den hiç emin olmayanlar referans alındığında taburcu olan hastanın bakım ihtiyacını kendisinin karşılayabileceğinden kısmen emin olmanın ve emin olmanın hastanede son bir yılda sunulan hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesi üzerine etkisinin anlamlı olarak daha düşük olacağı belirlendi ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenlerin anlamlı risk faktörü olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-27).

5. TARTIŞMA

5.1. Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algısı Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi değerlendirmesine ilişkin elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası nitelikteki sınırlı sayıdaki çalışma bulguları ile tartışıldı.

5.1.1. Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, hemşirelerin bakım kalitesine ilişkin algısı, HBKDÖ’de yer alan hemşirelerin birimde sunulan, son vardiyada sunulan, son bir yıl içinde hastanede sunulan bakım kalitesine ilişkin değerlendirmeleri ve hastaların hastaneden taburcu olduklarında kendi bakımlarını yapabileceğinden emin olmayı sorgulayan toplam dört soru üzerinden değerlendirildi.

Hemşirelerin birimde sunulan bakım kalitesi puan ortalaması ortalamanın üzerinde (orta+iyi düzeyde), son vardiyada sunulan bakım kalitesi puan ortalaması ise yüksek düzeyde (iyi+mükemmel düzeyde) saptandı. Hemşireler son bir yıl içinde hastanede sunulan bakım kalitesini ortalamanın üzerinde (aynı kaldı+gelişti) değerlendirdi. Bununla birlikte, hemşirelerin hastaların hastaneden taburcu olduklarında kendi bakımlarını yapabileceğinden orta düzeyde emin oldukları saptandı. Bakım kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde değerlendirmelerin yüzde üzerinden yapıldığı görülmektedir (Aiken ve ark., 2001; Aiken ve ark., 2002; Aiken ve ark., 2008b; Hanrahan ve Aiken, 2008; Poghosyan ve ark., 2010; Aiken ve ark., 2013; Stimpfel ve Aiken, 2013). Bu nedenle bu çalışmada da ölçek sorularına verilen yanıtlar yüzde üzerinden tartışıldı.

Bu çalışmada hemşirelerin %23,4’ünün “*genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlarsınız?*” sorusuna (HBKDÖ-1) zayıf-orta yanıtını verdiği görüldü. İspir (2020)’in yapmış olduğu çalışmada hemşireler sundukları bakım kalitesini %45,1 (zayıf+orta) olarak, bu çalışma bulgularından daha yüksek oranda değerlendirmiştir. Aiken ve ark. (2013)’nın, Avrupa’nın 12 farklı ülkesini kapsayan araştırmasında Belçika, Almanya, Yunanistan, Hollanda, Polonya, İspanya, İsveç’teki sonuçlar bu çalışma sonucundan daha yüksektir (%26-%47). Al-Hamdan ve ark. (2019)’nın çalışmasında ise hemşirelerin yarısına yakını (%45,27) birimlerindeki

bakım kalitesini orta olarak değerlendirmiştir. Diğer yandan, Aiken ve ark. (2013)'nın çalışmasında İngiltere, Finlandiya, İrlanda, Norveç, İsviçre'deki (%11-%20) sonuçlar ise bu çalışma bulgusundan daha düşük saptanmıştır. Aiken ve ark. (2002); (2008a) iki farklı yılda yaptığı araştırmalarda da bu çalışmadan daha düşük sonuçlar elde etmiştir. Stimpfel ve Aiken (2013)'in yapmış olduğu çalışmada ise, hemşirelerin %12 ile %19'u çalıştıkları birimlerde sunulan bakım kalitesini zayıf olarak değerlendirmiştir. Poghosyan ve ark. (2010)'nın, altı farklı ülkede yaptıkları çalışmada, aynı soruya zayıf+orta cevabı verenlerin oranının %9,4 ile %79,9 şeklinde değiştiği, Almanya ve Japonya'nın sonuçlarının (%30,7-%79,9) bu çalışmadan daha yüksek olduğu, ABD, Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda'daki (%9,4-%18,8) sonuçların ise bu çalışmadan daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, bu çalışmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin birimde sunulan bakım kalitesini daha olumlu olarak değerlendirdiklerini, ancak ülkelere göre bulguların değiştiğini göstermektedir.

Bakım kalitesine ilişkin “*Son çalıştığınız vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesini nasıl tanımlarsınız?*” sorusunu (HBKDÖ-2) hemşirelerin %21,1'inin zayıf+orta olarak yanıtladığı saptandı. İspir (2020)'in araştırmasında bu çalışmadan daha yüksek sonuç (%39,2) elde edilmiştir. Beş farklı ülkede bakım kalitesinin incelendiği çalışmada Aiken ve ark. (2002) Ontario, İngiltere ve İskoçya'daki sonuçlar bu çalışmadan daha düşük, diğer yandan Pennsylvania ve British Columbia'daki sonuçlar bu çalışmadan daha yüksek oranda saptanmıştır.

Bakım kalitesine ilişkin “*Genel olarak, son bir yıl içinde, hastanenizde sunulan hasta bakımının kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?*” şeklinde olan sorusunu (HBKDÖ-3) hemşirelerin %13,6'sının “kötüleştii” olarak yanıtladığı saptandı. Ulusal ve uluslararası literatürde bulunan sonuçlar bu çalışmada elde edilen sonuçtan daha yüksektir (Aiken ve ark., 2002; Hanrahan ve Aiken, 2008; Aiken ve ark., 2013; İspir, 2020). İspir (2020) Türkiye'de yapmış olduğu çalışmada kötüleşti yanıtını verenlerin oranının %30,8 olduğu, Aiken ve ark. (2002) dört farklı ülkede yaptığı çalışmada kötüleşti yanıtını verenlerin oranının %21 ile %49,8 arasında değiştiğini saptamıştır (Aiken ve ark., 2002). Hanrahan ve Aiken (2008)'nin hastanelerde verilen psikiyatrik bakımın kalitesini inceledikleri çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin %47,4'ünün diğer hemşirelerin %45'inin son bir yıl içinde bakım kalitelerinin kötüleştiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Hanrahan ve Aiken,

2008). On iki ülkenin hemşireleri üzerinde yapılan çalışmada aynı soruya kötüleşti cevabı verenlerin oranının %18 ile %43 arasında değiştiği bulunmuştur (Aiken ve ark., 2013).

Bakım kalitesine ilişkin “*Hastalarınızın hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yapabileceğinden ne kadar eminsiniz?*” şeklindeki son soruyu (HBKDÖ-4) hemşirelerin %58,7’sinin hiç emin değilim-emin değilim olarak yanıtladığı saptandı. İspir (2020)’in çalışmasında bu soruyu hiç emin değilim+emin değilim olarak yanıtlayan hemşirelerin oranı bu çalışmadan daha yüksek (%77,8) saptanmıştır. Aiken ve ark. (2001)’nin beş farklı ülkede yaptığı çalışmada, ABD’deki ve Kanada’daki sonuçlar bu çalışma sonucundan daha yüksek (%64-%70) ve İngiltere, İskoçya, Almanya’daki sonuçlar (%19-%44) bu çalışmadan daha düşük oranda saptanmıştır. Aiken ve ark. (2002), dört farklı ülkenin bazı eyaletlerinde yapmış olduğu diğer bir çalışmada da, yine aynı şekilde ABD’deki ve Kanada’daki sonuçları (%66,3-%73,2) bu çalışma sonucundan daha yüksek oranda, İngiltere ve İskoçya’daki sonuçları ise daha düşük oranda saptamıştır. Diğer bazı çalışmalarda da sonuçlar bu çalışmaya göre daha düşük oranda saptanmıştır (Aiken ve ark., 2008a; Hanrahan ve Aiken, 2008).

5.1.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hemşirelerin BBS-A ve BBS-B toplam ve alt boyut puanları ortalamanın üzerinde yüksek düzeyde bulunmuştur. Türkiye’de (Can ve Acaroğlu, 2015; Danaci ve Koç, 2019; Aydın ve Büyükbayram, 2020) ve uluslararası yapılan araştırmalar (Suhonen ve ark., 2009; Charalambous ve ark., 2012; Amaral, 2014; Can ve Acaroğlu, 2015; Rose, 2016) incelendiğinde sonuçların çalışmayı destekler nitelikte olduğu, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Türkiye’de yapılan üç farklı çalışmada (Can ve Acaroğlu, 2015; Karayurt ve ark., 2018; Danaci ve Koç, 2019), hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde yüksek iken bu çalışma ile benzer şekilde (Karayurt ve ark., 2018; Danaci ve Koç, 2019) son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algılarının genel algılarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Son vardiyadaki bireyselleştirilmiş bakımın yüksek olmasının sebebinin, hemşirelerin genel değerlendirme yaparken diğer meslektaşlarını da düşünerek değerlendirmesi, son vardiya için değerlendirme yaparken

ise kendisini düşünerek değerlendirme yapmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Ölçek Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin **cinsiyeti ile** bireyselleştirilmiş bakım algıları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın hemşirelerin puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre BBS-A toplam, klinik durum, karar verme kontrolü alt boyutları puanları ortalaması ile BBS-B toplam ve klinik durum alt boyutu puanları ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgunun aksine Suhonen ve ark. (2012) erkek hemşirelerin BBS-A ve BBS-B puanlarının kadın hemşirelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Diğer yandan, BBS-A kişisel yaşam, BBS-B kişisel yaşam ve karar verme kontrolü alt boyutları puan ortalamalarının hemşirelerin cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi. Türkiye’de (Can ve Acaroğlu, 2015; Bekmezci, 2019; Doğan ve ark., 2019; Aydın ve Büyükbayram, 2020) ve uluslararası (Suhonen, 2010; Idvall ve ark., 2012) yapılan araştırmalarda da çalışmanın bu sonucunu destekler nitelikte olduğu, BBS-A ve BBS-B puanlarının hemşirelerin cinsiyetine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Hemşirelerin cinsiyeti ile bakım kalite algıları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmadı. Uluslararası yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında çalışma ile benzer sonuçlar çıktığı bulunmuştur (Aiken ve ark., 2002; Al-Hamdan ve ark., 2019).

Hemşirelerin çalıştıkları **hastane türüne göre** ile bireyselleştirilmiş bakım algıları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, BBS-A ve BBS-B tüm alt boyutlar ve toplam puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi. Özel hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Suhonen ve ark. (2010) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının sağlık kuruluşunun hizmet basamağı ve türü ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ise hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane türüne göre karşılaştırılmasına ilişkin herhangi bir bulguya rastlanmadı. Özel hastanelerin daha kaliteli hizmet verebilmek için hasta memnuniyeti odaklı hizmet politikalarının bireyselleştirilmiş bakımı olumlu etkilediği söylenebilir.

HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının hemşirelerin çalıştıkları **hastane türü** ile karşılaştırıldığında, özel hastaneler lehine anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi ($p<0,05$). Al-Hamdan ve ark. (2019) özel hastanelerde çalışan hemşirelerin birimlerinde verilen bakım kalitesi değerlendirmesinin (HBKDÖ-1) diğer hastane gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Birimde hasta **refakatçilerinin bulunduğunu** ve **hasta refakatçilerinin bakıma katıldıklarını belirten** hemşirelerin BBS-A kişisel yaşam alt boyutu hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ve BBS-B alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının diğer hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının birimde refakatçi bulunması ve refakatçinin bakıma katılması ile karşılaştırıldığı herhangi bir çalışma sonucuna ulaşamadı. Birimde hasta **refakatçilerinin bulunduğunu** ve **hasta refakatçilerinin bakıma katıldıklarını** belirten hemşirelerin HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da anlamlı olarak farklılaştığı saptandı. Birimde refakatçinin bulunduğunu ve refakatçinin bakıma katıldığını belirten hemşirelerin puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin bakım verdikleri ortamda refakatçinin bulunmasının hemşirelerin iş yüklerinin azaldığı ve hastaların güvende olduğunu düşünmelerine yol açtığı belirtilmektedir (Duman ve ark., 2015). Sönmez ve ark. (2019), hastaların karşılanmayan hemşirelik bakımını diğer ülkelere göre daha düşük düzeyde algıladığı saptamış, Türkiye gibi hasta refakatçilerinin hastanın bakımına katıldığı ülkelerde karşılanmayan hemşirelik bakımının daha düşük düzeyde algılandığını belirtmiştir. Bu doğrultuda, hastanın yanında hasta refakatçilerinin bulunması ve refakatçilerin bakıma katılmasının hemşirelerin bakım kalitesi algılarını da olumlu etkilediği söylenebilir.

Birimde kullanılan bakım sunum yöntemlerinden hasta paylaşımı yöntemi kullananlarda BBS-A-kişisel yaşam alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Hasta paylaşımı yöntemi kullanan hemşirelerin BBS-A kişisel yaşam alt boyut puan ortalamalarının iş paylaşımı kullanan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Türkiye’de alanda kullanılan ifadeyle hasta paylaşımı yöntemi, bakım sunum yöntemlerinden vaka yönetimini tanımlamaktadır. Vaka yönetimi, hemşirelerin çalıştığı vardiyada kendine sorumluluğuna verilen hasta ya da hastaların tüm bakım

gereksinimlerini doğrudan karşılaması yöntemidir. Bu bağlamda yöntem bütüncül bir bakım sağlamakta, hemşirelik bakımında parçalanmayı önleyerek hastaya yetkin kişilerce bakım verilmesini sağlar. Hemşire hasta, hasta yakını ve diğer sağlık takım üyeleri arasındaki iletişim devamlılığını sağlamakta ve bu durum hasta memnuniyetini ve hemşireye olan güveni artırmaktadır (Türkmen ve ark., 2014). BBS-A'nın diğer alt boyutlar ve toplam puanı ile BBS-B alt boyutları ve toplam puan ortalamasının birimde kullanılan bakım sunum yöntemine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi. Hasta bakım sunum yöntemine göre de HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının da istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi.

Klinikte malzemeye kolay ulaşan hemşirelerin puan ortalamalarının, malzemeye kolay ulaşamayanlara göre daha yüksek olduğu ve klinikte malzemeye kolay ulaşan hemşirelerin BBS-A ve BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diğer hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Karayurt ve ark. (2018) üç kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumu ve görüşlerinin incelendiği araştırmada bireyselleştirilmiş bakım vermenin önündeki engellerden birinin malzeme eksikliği olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuç, bu çalışma bulgusunu desteklemektedir. Bu doğrultuda, hemşirelerin yeterli bakım malzemesi olduğunda verdikleri bakımın daha bireysel olduğunu algıladıkları söylenebilir. Hemşirelerin klinikte malzemeye kolay ulaşma durumu ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu. Özpekin (2016) kurum içinde kaliteli bakım sağlanması için hemşirelere gerekli malzeme desteğinin yapılması gerektiğini saptamıştır. Sonuç olarak bu çalışma, klinikte malzemeye kolay ulaşma durumunun hemşirelerin hem bireyselleştirilmiş bakım algısının hem de hemşirelik bakım kalitesi değerlendirmesinin anlamlı olarak daha yüksek olmasına neden olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışıkları hastanede **bireyselleştirilmiş bakım politikası olan ve hasta merkezli bakım eğitimi alan** hemşirelerin, BBS-A ve BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermelerindeki engeller arasında yetersiz eğitim almaları ve hastane yönetimi tarafından bu konuda desteklenmediklerini belirtilmiştir (Karayurt ve ark. (2018)).

Hemşirelerin çalıştıkları hastanede bireyselleştirilmiş bakım politikası olması ve hasta merkezli bakım eğitimi alma ile HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında da istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı farklılık belirlendi. WHO (2008) tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Stratejisi Rehberi'nde hasta merkezli bakımın gerekliliği ve önemine vurgu yapılmıştır. Hasta merkezli bakım, uluslararası (Amerikan Tıp Enstitüsü-IOM, Joint Commission International-JCI, vb.) ve ulusal (Sağlıkta Kalite Akreditasyonu (SHGM, 2020)) nitelikteki akreditasyon standartlarının hedefleri arasında yer almakta iken, Planetree International gibi kuruluşların spesifik olarak sağlık kuruluşlarında birey merkezli bakımın modelinin uygulanmasını ve sertifikalandırılmasını hedeflemesi (Planetree, 2020), hasta merkezli uygulamalara odaklanılmasına ve hastanelerde öncelikli bir politika haline gelmesine neden olmuştur. Bu çalışma sonucu, bireyselleştirilmiş sağlık hizmeti/bireyselleştirilmiş bakım politikasını benimsemenin yanı sıra tüm uygulamaların bu politikaya göre düzenlenmesinin ve çalışanların eğitilmesinin hemşirelerin hem bireyselleştirilmiş bakım algısının hem de hemşirelik bakım kalitesi değerlendirmesinin anlamlı olarak daha yüksek olmasına neden olduğunu ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin **görevlerine** göre, BBS-A ve BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ve HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi. Bu çalışma bulgusunun aksine Özdemir Güven (2015), sorumlu hemşirelerin BBS-A puan ortalamalarını hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek saptamıştır. Birimde verilen bakımın değerlendirilmesinde servis sorumlu hemşireleri ile hemşirelerin algıları arasında anlamlı bir farklılık olmaması beklenen bir bulgu olup, sorumlu hemşirelerin bakıma katıldıklarını veya değerlendirmenin objektif yapıldığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin **çalıştığı birime** göre bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında, serviste çalışan hemşirelerin BBS-A kişisel yaşam alt boyutu dışında diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamasının, BBS-B alt boyutlar ve toplam puan ortalamasının yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. BBS-B karar verme kontrolü alt boyutunda ise acil serviste çalışan hemşirelerin yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışma ile benzer şekilde Danaci ve Koç (2019), cerrahi

servislerinde çalışan hemşirelerin BBS-A ve BBS-B puan ortalamalarının yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin **çalıştığı birime** göre bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, acil serviste çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre HBKDÖ-1, HBKDÖ-2 puan ortalamalarının çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Acil serviste çalışan hemşirelerin HBKDÖ-3 puan ortalamalarının serviste çalışan hemşirelere göre, serviste çalışan hemşirelerin HBKDÖ-3 puan ortalamalarının yoğun bakım hemşirelerine göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Serviste ve acil serviste çalışan hemşirelerin HBKDÖ-4 puan ortalamalarının yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışmadan farklı olarak Stimpfel ve Aiken (2013), serviste çalışan hemşirelerin (%19) birimlerinde sunulan bakım kalitesini yoğun bakımda çalışan hemşirelerden (%12) daha yüksek oranda zayıf olarak değerlendirdiğini saptamıştır. Acil serviste çalışan hemşirelerin çoğunluğunu özel hastanelerde çalışan hemşirelerin oluşturduğu bu çalışmada, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları kamu hastanelerine göre daha yüksek saptandı. Özel hastanelerin acil servislerinde çalışan hemşirelerin diğer hastane acil servislerine göre daha az sayıda hastaya bakım vermeleri sonuçların daha olumlu olmasına neden olmuş olabilir.

Hemşirelerin **eğitim durumuna** göre, bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında, lisansüstü mezunu hemşirelerin BBS-A klinik durum alt boyut puan ortalamasının, lisans mezunu hemşirelere göre; BBS-A karar verme kontrolü, BBS-A toplam puan ortalaması ve BBS-B klinik-durum alt boyut puan ortalamasının lisans mezunu ve SML mezunu hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Lisansüstü hemşirelerin BBS-B klinik-durum alt boyut ve BBS-B toplam puan ortalamasının lisans mezunu ve SML mezunu hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, lisansüstü ve ön lisans mezunu hemşirelerin BBS-B karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamasının lisans mezunu hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Literatürde bu çalışma ile benzer şekilde, hemşirelerin eğitim durumunun bireyselleştirilmiş bakım vermelerini olumlu yönde etkilediğini saptayan çalışmalar mevcuttur (Avis ve ark., 1999; Walker ve ark., 1999; Briggs, 2010; Idvall ve

ark., 2012; Rose, 2016). Diğer yandan, Özdemir Güven (2015) çalışmasında eğitim durumu ile BBS-A toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptamamıştır.

Hemşirelerin **eğitim durumuna** göre bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ön lisans mezunu hemşirelerin HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-2 puan ortalamasının lisans mezunu hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Aksine literatürde, hemşirelerin eğitim düzeyi artıkça hasta mortalite oranının düştüğü belirlenmiştir (Aiken ve ark., 2008b; Aiken, Cimiotti, ve ark., 2012). Bu sonuç, hemşirelerin artan eğitim düzeylerine göre kaliteli bakım beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin **çalışma şekline** göre bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin BBS-A klinik durum, BBS-A karar verme kontrolü alt boyutları ve BBS-A toplam puan ortalamalarının sürekli gece çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, sürekli gündüz ve vardiyalı çalışanların BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sürekli gece çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Danaci ve Koç (2019) çalışmasında sadece gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hemşirelerin **çalışma şekline** göre bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında da, sürekli gündüz çalışanların HBKDÖ-1 puan ortalamasının sürekli gece çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Vardiyalı çalışmanın fiziksel ve psikolojik sağlık açısından olumsuz etkilere neden olabileceği ve hemşirelerin sağladığı bakımın kalitesini olumsuz etkileyebileceği bilinmektedir. Özellikle gece vardiyasında çalışmak yorgunluk, dikkat ve algının azalmasına ve karar verme güçlüğüne neden olabilir (Altunkan, 2009; Ertem ve ark., 2009; Türkmen ve ark., 2014). Bu doğrultuda elde edilen sonuç, sürekli gece vardiyasında çalışmanın hemşirelerin hem bireyselleştirilmiş bakım algısının hem de bakım kalitesi değerlendirmelerinin düşük olmasına neden olduğunu göstermektedir. Bu çalışma sonucunun aksine Özdemir Güven (2015) yapmış olduğu araştırmada BBS-A puan ortalamaları ile çalışma şekli arasında anlamlı farklılık saptamamıştır.

Hemşirelerin **vardiya süresine** göre bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 8 saat ve 12 saat vardiya ile çalışanların BBS-A klinik durum alt boyut puan ortalamalarının 16 saatlik vardiya ile çalışanlara göre;12 saatlik vardiya ile

çalışanların BBS-A kişisel yaşam alt boyut puan ortalamasının 8 saat ve 16 saat vardiya ile çalışanlara göre; 12 saatlik vardiya ile çalışanların BBS-A karar verme kontrolü alt boyut ve BBS-A toplam puanının 8, 16, 24 saatlik vardiya ile çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. On iki saatlik vardiya ile çalışanların BBS-B tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasının 8 ve 16 saatlik vardiya ile çalışanlardan ve 8 saatlik vardiya ile çalışanların da 16 saatlik vardiya ile çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Bekmezci (2019) çalışmasında sürekli gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. On iki saatlik vardiyada çalışanların bireyselleştirilmiş bakım algısının diğer vardiyalara göre anlamlı olarak daha yüksek olması, bireyselleştirilmiş bakım algısı daha yüksek olan özel hastanede çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun bu vardiya sistemi ile çalışmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin vardiya süresine göre bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 12 saat vardiya ile çalışan hemşirelerin HBKDÖ-1 puan ortalamasının 8 saat ve 24 saat çalışanlara göre ve 8 saat çalışan hemşirelerin puan ortalamasının ise 16 saat çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. On iki saat çalışan hemşirelerin HBKDÖ-2 puan ortalamasının 16 saatlik vardiya ile çalışanlara göre; HBKDÖ-4 puan ortalamasının ise 8 saat çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Sekiz saat çalışanların HBKDÖ-4 puan ortalamasının da 16 saat çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Stimpfel ve Aiken (2013) bu çalışma ile benzer şekilde çalışma saati arttıkça bakım kalite değerlendirmesinin olumsuz yönde etkilendiğini belirlemiştir.

Hemşirelerin **doğrudan hasta bakım süresine** göre bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, BBS-A ve BBS-B alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Karayurt ve ark. (2018) hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarının bireyselleştirilmiş bakıma engel teşkil ettiği belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin doğrudan hasta bakımdan yanı sıra telefona yanıt verme, ilaç-malzeme temin etme, birim giriş-çıkışlarını kontrol etme gibi dolaylı bakım uygulamalarına daha fazla zaman ayırdıkları bulunmuştur (Mousavifar ve Nazari, 2008; Türkmen ve Uslu, 2011). Dolaylı bakım süresinin artmasının hemşirenin hastaya ayıracağı zamanı azaltacağı, bu nedenle bireyselleştirilmiş

bakım algıları ve bakım kalitesi değerlendirmelerini olumsuz etkileyebilir. Elde edilen bu sonucun nedenleri ileri araştırmalar ile araştırılabilir.

Hemşirelerin **toplam çalışma saatine** göre, bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 241 saat ve üzeri çalışanların BBS-A kişisel yaşam alt boyut puan ortalamalarının 161-180 saat arasında çalışanlara göre; 181-200 saat ve üzeri çalışanların BBS-A karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamalarının 161-180 saat arasında çalışanlara göre; 181-200 saat ve üzeri çalışanların BBS-A toplam puan ortalamasının 161-180 saat arasında çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışma sonucundan farklı olarak Özdemir Güven (2015) araştırmasında aylık nöbet sayısı ile bireyselleştirilmiş bakım arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Bekmezci (2019)'nin araştırmasında da haftada 40 saat ile 40 saat üzeri çalışanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hemşirelerin toplam çalışma saatine göre bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 160-220 saat arası çalışanların HBKDÖ-1, HBKDÖ-2 ve HBKDÖ-3 puan ortalamalarının 241 saat ve üzeri çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Stimpfel ve Aiken (2013) bu çalışma ile benzer nitelikte çalışma saati arttıkça bakım kalite algısının olumsuz yönde etkilendiğini saptamıştır.

Birimdeki **gece yardımcı personel sayısına** göre hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiç yardımcı personeli bulunmayan birimlerde çalışan hemşirelerin BBS-A ve BBS-B alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının 1 veya 2 personel bulunduran alanlarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte, **gündüz yardımcı personel sayısına** göre ise 1 yardımcı personeli bulunan birimlerde çalışan hemşirelerin BBS-A ve BBS-B alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının 2 veya 3 personel bulunduran alanlarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalıştıkları alanda bulunan gece yardımcı personel sayısına göre bakım kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 1 yardımcı personeli bulunan birimlerde çalışan hemşirelerin HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-3 puan ortalamasının 2 yardımcı personeli bulunan birimlerde çalışan hemşirelere göre; hiç yardımcı personeli bulunmayan alanlarda çalışan hemşirelerin HBKDÖ-4 puan ortalamasının 1 veya 2 personel bulunduran alanlarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte, **gündüz yardımcı personel sayısına göre** ise 1 yardımcı personeli bulunan birimlerde çalışan

hemşirelerin HBKDÖ-1, HBKDÖ-2, HBKDÖ-3 ve HBKDÖ-4 puan ortalamalarının 2 veya 3 personel bulunduran birimlerde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Bu bulgu beklenenin aksine birimde çalışan yardımcı personel sayısının artması ile hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algısının azaldığını göstermektedir. Bu sonuç, hemşirelerin hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde daha az dışarıdan yardım aldığı anda yaptıkları bakımın kalitesinin daha yüksek ve bakımı daha fazla bireyselleştirdikleri şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu bulgunun nedenleri ileri araştırmalar ile incelenebilir.

5.3. Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin birimde genel olarak verdikleri ve son vardiyada verilen bireyselleştirilmiş bakım düzeyine ilişkin algıyı sorgulayan BBS-A toplam ölçek puanı ile BBS-B toplam ölçek puanı arasında beklendik şekilde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon bulundu. Birimde genel olarak verilen (HBKDÖ-1) ve son vardiyada verilen bakım kalitesi (HBKDÖ-2) puanı arasında da beklendik şekilde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon bulundu. Birimde genel olarak verilen bakım kalitesi (HBKDÖ-1) ile hastanede son bir yıl içinde verilen bakım kalitesi (HBKDÖ-3) arasında zayıf düzeyde, son vardiyada verilen bakım kalitesi (HBKDÖ-2) ile hastanede son bir yıl içinde verilen bakım kalitesi (HBKDÖ-3) arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptandı. Birimde genel olarak verilen (HBKDÖ-1), son vardiyada verilen (HBKDÖ-2) ve hastanede son bir yılda verilen bakım kalitesi (HBKDÖ-3) ile hastaların taburcu olduktan sonra (HBKDÖ-4) kendi bakımlarını yapabileceklerinden emin olma arasında zayıf düzeyde anlamlı korelasyon saptandı. Yapılan çalışmalarda bakım kalitesi değerlendirmesi soruları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sonucuna ulaşamadı.

Hemşirelerin verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algısı puan ortalamaları ile birimde verilen hemşirelik bakım kalitesi sorularına ilişkin puan ortalamaları arasında çok zayıf ve zayıf düzeyde anlamlı korelasyon saptandı. Literatürde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı ile bakım kalitesi değerlendirmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırma sonucuna ulaşamadı. Bu bulgu, hemşirelerin verdikleri bakımın bireyselleştirilme düzeyini sorgulayan bireyselleştirilmiş bakım algısının,

hemşirelerin kaliteli bakım verdiğine ilişkin değerlendirmesiyle zayıf düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

5.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulgularının Tartışılması

Hemşirelerin genel bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modelin anlamlı olduğu ve modeli oluşturan (BBS A toplam puanı ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin BBS A toplam puanının %16,5'ini açıkladığını belirlendi. Modelde, hasta merkezli bakım eğitimi alma, yoğun bakım ünitesinde çalışma (negatif), birimdeki hasta yatağı sayısı (negatif), hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı ve gündüz çalışan hemşire sayısının BBS A toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulundu. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin anlamlı etkisi bulunmadı. Hemşirelerin genel bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörleri ileri analiz ile inceleyen araştırma sonucuna ulaşamadı. Modelin açıklayıcılık katsayısı düşük düzeyde olup hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen başka faktörlerin de olduğunu göstermektedir.

Modelde bağımsız değişkenlerden hasta merkezli bakım eğitimi almanın BBS-A puanı üzerinde pozitif etkisi olduğu belirlendi. Karayurt ve ark. (2018) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermedeki engelleri arasında yetersiz eğitim almaları ve bireyselleştirilmiş bakım ile ilgili iyi eğitim modeli ve müfredatın olmamasını ifade ettiklerini belirlenmiştir. Oysa ki hemşirelik eğitiminde hemşireliğin doğasında var olan hastanın gereksinimlerine yönelik bakımın planlanması ve hastanın bakıma katılmasına ilişkin eğitim verilmektedir. Ancak bu çalışmada kurumsal nitelikte hasta merkezli bakım eğitimi kastedilmiştir. Yukarıda da tartışıldığı gibi, hasta merkezli bakımdan birey odaklı bakıma evrilen kavramın dünya genelinde önemi giderek artmaktadır. 1978 yılında bir hasta tarafından kurulan Planetree, bir akreditasyon kuruluşu olarak sağlık bakım hizmeti veren kurumları birey odaklı bakım konusunda eğitim vererek akredite etmektedir. Kuruluşa dünya genelinde akreditasyon başvurusu yapan kurum sayısının 700'ü bulunduğu ve aralarında Türkiye'den bir hastanenin de olduğu belirtilmiştir (Planetree, 2020).

Modelde yoğun bakım ünitesinde çalışmanın BBS-A puanı üzerinde negatif etkisi olduğu belirlendi. Yoğun bakımda yatan hastaların genel sağlık durumlarının kritik

olması ve bilinç durumları nedeniyle kendi bakımları ile ilgili kararlara katılım düzeylerinin düşük olması hemşirelerin bu konuda inisiyatif kullanarak hastaların bakımları ile ilgili kararlarda hastaya daha az tercih hakkı sunduklarını düşündürmüş olabilir. Diğer yandan Türkiye’de, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53) gereğince 3 hastaya bir hemşire olacak şekilde bir bakım hizmeti verilmektedir. Kramer ve ark. (2011), yoğun bakım ünitelerinde yapmış olduğu çalışmada, bir hemşireye iki ve daha az hasta verilmesi halinde hemşirelerde iş doyumunun arttığı, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetinin azaldığını saptamıştır. Bu doğrultuda ayrıca, bakım gereksinimi fazla olan hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin iş yükleri nedeniyle bireyselleştirilmiş bakım algısının daha düşük olabileceği de söylenebilir. Nitekim, birimdeki hasta yatağı sayısının da BBS-A puanı üzerinde negatif etkisi olduğu belirlendi. Hasta sayısının artması, hemşirelerde bakımın bireyselleştirilme düzeyinin azalacağı düşüncesine yol açabilir. Buna karşın, gündüz bakılan hasta sayısının BBS-A puanı üzerinde beklenenin aksine anlamlı ve pozitif etkisi olduğu belirlendi. Yalnızca hasta paylaşımı yapılan birimlerde hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısı belirlenebildiği için analize yalnızca hasta paylaşımı yapılan birimlerdeki veriler dahil edilmiştir. Bu bulgu, ileri araştırmalar ile yeniden incelenmelidir. Bununla birlikte, gündüz çalışan hemşire sayısının modelde anlamlı pozitif etkisi bulundu. ABD’nin Kaliforniya eyaletinde hemşire/hasta oranı ilgili yasal düzenleme sonrası yapılan bir araştırmada hasta başına düşen hemşire sayısı arttığında hastaların düşme oranının azaldığı ve basınç yaralarının görülme sıklığında azalma olduğu belirlenmiştir (Burnes Bolton ve ark., 2007). Bu bulgu, hemşirelerin daha fazla sayıda hastaya bakım vermesinin hemşirenin iş yükünü arttırdığı ve bu nedenle bireyselleştirilmiş bakım algısının daha düşük olabileceği de söylenebilir.

Hemşirelerin son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modelin anlamlı olduğu ve modeli oluşturan (BBS-B toplam puanı ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin BBS-B toplam puanının %19,7’sini açıkladığı belirlendi. Modelde, özel hastanede çalışma, refakatçinin bakıma katılması, klinik malzemeye kolay ulaşma, hasta merkezli bakım eğitimi alma, hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı, yoğun bakım ünitesinde çalışma (negatif), birimdeki hasta yatağı sayısının (negatif) BBS-B toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptandı. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin anlamlı etkisi saptanmadı.

Modelin açıklayıcılık katsayısının düşük düzeyde olması hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen başka faktörlerin de olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin genel bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörleri ileri analizle inceleyen araştıran sonucuna ulaşamadı.

Modelde, BBS-A üzerine anlamlı etkisi belirlenen değişkenlerden hasta merkezli bakım eğitimi alma, hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı ve gündüz çalışan hemşire sayısının BBS-B puanı üzerinde pozitif etkisi olduğu ayrıca yine aynı şekilde yoğun bakım ünitesinde çalışma, birimdeki hasta yatağı sayısının BBS-B puanı üzerinde negatif etkisi olduğu belirlendi. Bu bağımsız değişkenler için hemşirelerin genel olarak birimde ve son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakımın aynı etkide çıkması sonuçların birbiri ile tutarlı olduğunu düşündürmektedir.

Modelde bağımsız değişkenlerden özel hastanede çalışmanın BBS-B puanı üzerinde pozitif etkisi olduğu belirlendi. Literatürde doğrudan çalışılan hastane türü (özel-kamu hastanesi vb.) karşılaştırması yapan araştırmaya rastlanmadı. Diğer yandan, Suhonen ve ark. (2010) birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşu ve üniversite hastanesinin de arasında olduğu araştırmasında hemşirelerin verilen bireyselleştirilmiş bakım düzeyi algılarının sağlık kuruluşunun türü ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmanın yapıldığı özel hastanelerin hasta merkezli bakımı hedefleyen birçok kuruluş tarafından akredite olması, ayrıca spesifik olarak hasta odaklı bakıma yönelik akreditasyon faaliyetlerinin olması bu sonucun çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Modelde ayrıca refakatçinin bakıma katılmasının BBS-B puanı üzerinde pozitif etkisi olduğu belirlendi. Bu bulgu, hemşirelerin hastaların yanında refakatçinin olmasının refakatçi aracılığıyla hastanın tercihleri hakkında daha fazla bilgi edindikleri ve hasta hakkındaki kararlara refakatçinin de dahil edilmesiyle verdikleri bakımı daha çok bireyselleştirdiklerini düşündükleri söylenebilir. Yukarıda da tartışıldığı gibi, regresyon modelinde de refakatçiyi bakıma katmanın BBS üzerinde olumlu etkisinin saptanması (yalnızca BBS-B için), hasta yanında refakatçinin bulunmasının hemşirelerin bakım sonuçları algısı üzerinde olumlu etkiye neden olduğunu belirten literatürü (Duman ve ark., 2015; Sönmez ve ark., 2019) desteklemektedir.

Modelde bağımsız değişkenlerden klinik malzemeye kolay ulaşmanın BBS-B puanı üzerinde pozitif etkisi olduğu belirlendi. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım

vermelerinin önündeki engellerden birisi malzeme eksikliği olarak belirlenmiş olup (Karayurt ve ark., 2018) bu engelin, örgütsel düzeyde yapılacak bir düzenleme ile giderilebileceği öngörülmektedir. Bu nedenle, hastanelerde hemşirelerin ihtiyaç duyduğu, bakımın bireyselleştirilmesine engel teşkil eden bakım malzemelerinin ne olduğu ve bakım malzemelerine ulaşma düzeyi vb. özelliklerin kurum yönetimleri tarafından belirlenmesi ve ileri araştırmalar ile araştırılması önerilebilir.

5.5. Hemşirelerin Bakım Kalite Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Bulgularının Tartışılması

Hemşirelerin genel olarak birimlerinde verdikleri bakım kalitesi değerlendirmesini etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modelin anlamlı olduğu ve modeli oluşturan (HBKDÖ-1 ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin HBKDÖ-1 puanının %21,8'ini açıkladığı belirlendi. Modelde, aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif) ve hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını yapabileceğinden (HBKDÖ-4) hiç emin olmayanlar referans alındığında kısmen emin olmanın ya da emin olmanın (negatif) birimde verilen bakım kalitesi değerlendirmesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptandı. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmadı. Hemşirelerin genel olarak bakım kalitesi algısını etkileyen faktörleri ileri analizle inceleyen araştırma sonucuna ulaşılamadı. Modelin açıklayıcılık katsayısı düşük düzeyde olup hemşirelerin bakım kalite algısının modeli oluşturan değişkenler dışındaki değişkenlerden de etkilendiğini göstermektedir.

Modelde, aylık toplam çalışma saatinin HBKDÖ-1 puanı üzerinde negatif etkisi olduğu belirlendi. Stimpfel ve Aiken (2013) bu çalışma ile benzer nitelikte çalışma saati arttıkça bakım kalite algısının olumsuz yönde etkilendiğini saptamıştır. ILO (1977) hemşirelerin çalışma saatlerine ilişkin önerisinde haftalık 40 saatin, günlük ise 8 saatin aşılması gerektiğini belirtmektedir. Uzun saatler çalışmanın bireylerde nörofizyolojik bozukluklara (uykusuzluk, dikkat dağınıklığı, odaklanamama, yorgunluk vb.) neden olduğu bilinmektedir (Yavaşcağlu ve ark., 2007). Bu doğrultuda çalışma saatindeki artışın hemşirelerin bakım kalitesi algılarını olumsuz etkilemesinin beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir.

Modelde, hasta yatağı sayısındaki artışın HBKDÖ-1 puanı üzerinde negatif etkisi olduğu belirlendi. Hasta sayısındaki artış hemşirenin her bir hastaya ayıracağı zamanın azalmasına yol açacağı için hemşirelerin bakım kalitesi algısının azalmasına yol açabilir. Nitekim, Aiken ve ark. (2010), ABD’de hemşire/hasta oranının düzenlenmesine yönelik yapılan yasal düzenleme sonrasında bakım kalitesinin arttığı ve hasta ölüm oranlarında azalma olduğunu saptamıştır.

Bununla birlikte modelde hastaların taburcu olduklarında bakımlarını kendilerinin devam ettirebileceğinden emin olma (HBKDÖ-4) sorusuna hiç emin değilim cevabını verenler referans alındığında kısmen eminim ve eminim cevabını verenlerin HBKDÖ-1 puanının anlamlı olarak azaldığı belirlendi. Hastaların taburculuğa hazır oluşlarının incelendiği çalışmalarda, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim durumu ve eşlik eden hastalıklar gibi birçok faktörün etkili olduğu bildirilmektedir (Coşkun ve Akbayrak, 2001; Lau ve ark., 2016). Ayrıca hastaların taburculuğa hazır olma algıları ile sağlık bakım hizmeti verenlerin hastanın taburculuğa hazır olma durumu değerlendirmeleri farklı olabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin genellikle hastaların taburculuk için hazır olduğuna inandığı ancak hastaların bu konuda aynı fikirde olmayabildikleri de belirtilmektedir (Weiss ve ark., 2006; Weiss ve ark., 2007; Howard-Anderson ve ark., 2014). Bu çalışmada hastaların taburcu olmaya hazır oluşlarının kendileri tarafından değerlendirilmemiş olması, bununla birlikte taburculuğa hazır oluşu etkileyen faktörlerin incelenmemiş olması taburculuğa hazır olduğuna emin olma durumunun hemşirelerin bakım kalitesi ile ilgili algılarını negatif etkilemesine neden olmuş olabilir. Hemşirelerin bildiriimi ile değerlendirilen ve beklenenin aksi yönünde olan bu çalışma bulgusunun nedeni ileri araştırmalar ile incelenmelidir.

Hemşirelerin son vardiyada verdikleri bakım kalitesi değerlendirmesini etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modelin anlamlı olduğu ve modeli oluşturan (HBKDÖ-2 ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin HBKDÖ-2 puanının %19,5’ini açıkladığı belirlendi. Modelde, aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif) ve hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını yapabileceğinden (HBKDÖ-4) hiç emin olmayanlar referans alındığında kısmen emin olmanın (negatif) ve klinikte malzemeye kolay ulaşmanın birimde son vardiyada verilen bakım kalitesi değerlendirmesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptandı. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin anlamlı etkisi bulunmadı. Modelin

açıklayıcılık katsayısı düşük düzeyde olup son vardiyada verilen bakım kalitesi algısının modeli oluşturan değişkenler dışındaki değişkenlerden de etkilendiğini göstermektedir. Bu bulguyu tartışmak için de konu ile ilgili daha önce yapılmış araştırma sonucuna ulaşamadı.

Modelde, genel bakım kalite algısı (HBKDÖ-1) üzerine anlamlı etkisi belirlenen değişkenlerden olan hasta yatağı sayısı, aylık toplam çalışma saati, hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını yapabileceğinden (HBKDÖ-4) kısmen emin olma değişkenlerinin HBKDÖ-2 puanı üzerinde de negatif etkisi olduğu belirlendi. Ölçeğin birinci sorusunda genel olarak bakım kalitesini değerlendirilirken hemşireler birimde çalışan diğer meslektaşlarını da dahil ederek, ölçeğin ikinci sorusunda ise son vardiyadaki bakım kalitesini değerlendirirken çoğunlukla kendisini düşünerek değerlendirme yapmış olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-2 sorularını etkileyen bu değişkenlerin aynı olması sonuçların tutarlı olduğunu düşündürmektedir.

Modelde, klinikte malzemeye kolay ulaşmanın HBKDÖ-2 puanı üzerinde anlamlı pozitif etkisi olduğu belirlendi. Özpekin (2016) kurum içinde kaliteli bakım sağlanmasının şartları arasında hasta bakımı için hemşirelere yeterli ve gerekli malzeme desteğinin sağlanması olduğunu saptamıştır. Bu bulgu, hemşirelerin bakım için gereksinim duyduğu malzemelerin ve bu malzemelere neden ulaşamadığının belirlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin son bir yılda hastanelerinde sunulan hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesini etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modelin anlamlı olduğu ve modeli oluşturan (HBKDÖ-3 ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin HBKDÖ-3 puanının %16,4'ini açıkladığı belirlendi. Modelde, aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif), acil serviste çalışanlar referans alındığında serviste ve yoğun bakımda çalışmanın (negatif) ve hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını yapabileceğinden (HBKDÖ-4) hiç emin olmayanlar referans alındığında kısmen emin olmanın ve emin olmanın (negatif) ve klinikte malzemeye kolay ulaşmanın ve bireyselleştirilmiş bakım politikası olmasının son bir yılda hastanede sunulan bakım kalitesi algısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulundu. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin ise anlamlı etkisi saptanmadı. Bu modelin de açıklayıcılık katsayısı düşük düzeyde olup bu sonuç hemşirelerin bakım kalite algısını etkileyen başka

faktörlerin de olduğunu göstermektedir. Bu bulguyu tartışmak için de konu ile ilişkili daha önce yapılmış araştırma sonucuna ulaşılamadı.

Modelde, HBKDÖ-1 ve HBKDÖ-2 üzerinde anlamlı etkisi belirlenen değişkenlerden hasta yatağı sayısı ve aylık toplam çalışma saatinin HBKDÖ-3 puanı üzerinde de negatif etkisi olduğu belirlendi. Hastalara sunulan bakım kalitesinin durumunu ve gelişimini değerlendiren bu bağımsız değişkenlerin benzer şekilde anlamlı etkisi sonuçların tutarlılığını desteklemektedir. Hasta yatağı sayısının ve aylık toplam çalışma saatinin artması hemşirelerin hastanede sunulan hemşirelik bakım kalitesi algısını olumsuz etkilemektedir. Nitekim, yapılan araştırmalarda hemşire başına düşen hasta sayısının artması durumunda hemşirelerin iş yükünün artacağı ve bakım kalitesinin olumsuz etkileneceği (Gurses ve ark., 2009b) ayrıca çalışma saatinin artmasıyla da bakım kalitesinin olumsuz yönde etkileneceği saptanmıştır (Stimpfel ve Aiken, 2013). Bu çalışmada elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir.

Modelde, acil serviste çalışanlar referans alındığında serviste ve yoğun bakımda çalışmanın HBKDÖ-3 puanı üzerinde negatif etkisi olduğu belirlendi. Bu bulguya ilişkin olarak daha önce yapılmış araştırma sonucuna ulaşılamadı. Acil servislere göre daha ileri bakım gerektiren servis ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kalite beklentilerinin daha yüksek olabileceği bu nedenle sunulan hizmetin kalitesini daha düşük değerlendirdikleri söylenebilir.

Modelde, klinikte malzemeye kolay ulaşmanın HBKDÖ-3 puanı üzerinde pozitif etkisi olduğu belirlendi. Özellikle sağlık sektöründe hemşirelik bakım için gerekli malzemelerin tedarik edilmesi ve kolay ulaşılması bakım kalitesinin gelişimine katkı sağlamaktadır (Özpekin, 2016). Bu çalışma bulgusu klinikte malzemeye kolay ulaşabilmenin hem bireyselleştirilmiş bakım algısı hem de bakım kalite algısını etkilediğini ortaya koymaktadır. Kaliteli hizmet sunumunda özellikle çalışanların daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak olanakların kurum tarafından sağlanması beklenmektedir (Kavak, 2018). Kurumun bu politikayı izlemesi gelişime açık olduğunun ve kaliteli hizmet sunumuna önem verdiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle bakım malzemelerine kolay ulaşan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı hem de bakım kalite algısını pozitif yönde etkilemesi beklenen bir bulgudur.

Modelde, hastanenin bireyselleştirilmiş bakım politikasına sahip olmasının HBKDÖ-3 puanı üzerinde anlamlı pozitif etkisi olduğu belirlendi. Hastanede bireyselleştirilmiş bakım politikasının belirlenmiş olmasının birincil amacı verilen hizmetin kalitesini artırmaktır. Hizmet kalitesini ilerletmek isteyen hastaneler akreditasyon kurumlarınca periyodik olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda kurumun güçlü, zayıf ve gelişime açık yönleri belirlenmektedir. Böylece kurumlar zayıf ve gelişime açık olan yönlerinde iyileştirme çalışmaları yaparak kurumlarında verilen hizmetin gelişmesini sağlamaktadır (Cengiz, 2018). Bu doğrultuda, hemşirelik bakımını geliştirmeye yönelik politika izleyen hastanelerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi değerlendirmelerinin de olumlu olmasının beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılarının çalışma özellikleri ile olan ilişkisini ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algısı üzerinde bireysel ve çalışma özelliklerinin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Bu çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edildi:

- Hemşirelerin genel ve son vardiyadaki bireyselleştirilmiş bakım algısı toplam ve alt boyut puanlarının ortalamasının üzerinde yüksek düzeyde bulundu.
- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının; cinsiyetlerine, çalıştıkları hastane türüne, refakatçinin bakıma katılması durumuna, bakım malzemesine kolay ulaşma durumuna, çalıştıkları hastanedeki bireyselleştirilmiş bakım politikasına, bireyselleştirilmiş bakıma yönelik eğitim almalarına, çalıştıkları birime, eğitim düzeylerine, çalışma şekillerine, aylık ve günlük çalışma sürelerine, kliniklerindeki yardımcı personel sayısına göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi. Bu çalışmada; kadınların, özel hastanede çalışanların, bakım malzemesine kolay ulaşanların, çalıştıkları kliniklerde hastanın refakatçisini bakıma katanların, çalıştıkları kurumda özel bireyselleştirilmiş bakım politikası olan ve bireyselleştirilmiş bakıma yönelik eğitim alanların bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu saptandı. Bunun yanı sıra, serviste çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksek olduğu, lisansüstü mezunu olan hemşirelerin diğerlerine göre genel olarak daha yüksek algıya sahip olduğu, gündüz çalışan hemşirelerin gece çalışanlara göre algılarının daha yüksek olduğu, 12 saatlik vardiya ile çalışan hemşirelerin diğer vardiyalarda çalışan hemşirelere göre algılarının daha yüksek olduğu, genel olarak ayda 160-180 saat arası çalışanların diğerlerine göre algılarının daha yüksek düzeyde olduğu, yardımcı personel sayısının daha az bulunduğu kliniklerde çalışan hemşirelerin diğerlerine göre bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu bulundu.
- Hemşirelerin genel olarak birimde sunulan bakım kalitesini ortalamasının üzerinde (orta+iyi düzeyde), son vardiyada sunulan bakım kalitesini ise yüksek düzeyde (iyi+mükemmel düzeyde) değerlendirdiği saptandı. Hemşireler son bir yıl içinde hastanede sunulan bakım kalitesini ise ortalamasının üzerinde (aynı kaldı+gelişti) değerlendirdi. Bununla birlikte, hemşirelerin hastaların hastaneden taburcu

olduklarında kendi bakımlarını yapabileceğinden orta düzeyde emin oldukları saptandı.

- Hemşirelerin bakım kalitesi algılarının; çalıştıkları hastane türüne, refakatçinin bakıma katılma durumuna, bakım malzemesine kolay ulaşma durumuna, çalıştıkları hastanedeki bireyselleştirilmiş bakım politikasına, bireyselleştirilmiş bakıma yönelik eğitim almalarına, çalıştıkları birime, eğitim düzeylerine, çalışma şekillerine, aylık ve günlük çalışma sürelerine, kliniklerindeki yardımcı personel sayısına göre anlamlı olarak farklılaştığı saptandı. Bu çalışmada; özel hastanede çalışanların, bakım malzemesine kolay ulaşanların, çalıştıkları kliniklerde hastanın refakatçisini bakıma katanların, çalıştıkları hastanede bireyselleştirilmiş bakım politikası olan ve bireyselleştirilmiş bakıma yönelik eğitim alanların bakım kalite algılarının diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Acil serviste çalışan hemşirelerin bakım kalite algısının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu, ön lisans diplomasına sahip hemşirelerin diğer hemşirelere göre bakım kalitesi algısının daha yüksek olduğu, gündüz çalışan hemşirelerin gece çalışanlara göre birimlerindeki bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu, günlük çalışma saati arttıkça hemşirelerin bakım kalitesi algılarının azaldığı, bir aydaki çalışma saati arttıkça kalite algılarının azaldığı ve yardımcı personel sayısının daha az olduğu kliniklerde çalışan hemşirelerin kalite algılarının daha yüksek olduğu bulundu.
- Bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algısı puanları arasında genel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.
- Hemşirelerin genel olarak verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modeli oluşturan (BBS-A toplam puanı ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin BBS-A toplam puanının %16,5'ini açıkladığını belirlendi. Modelde, hasta merkezli bakım eğitimi alma, yoğun bakım ünitesinde çalışma (negatif), birimdeki hasta yatağı sayısı (negatif), hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı ve gündüz çalışan hemşire sayısının istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulundu.
- Hemşirelerin son vardiyada verdikleri bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modeli oluşturan (BBS-B toplam puanı ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin BBS-B toplam puanının %19,7'sini açıkladığı belirlendi. Modelde, özel hastanede çalışma, hastanın

refakatçisini bakıma katma, klinik malzemeye kolay ulaşma, hasta merkezli bakım eğitimi alma, hasta paylaşımı yapılan birimlerde gündüz bakılan hasta sayısı, gündüz çalışan hemşire sayısı, yoğun bakım ünitesinde çalışma (negatif) ve birimdeki hasta yatağı sayısının (negatif) istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptandı.

- Hemşirelerin birimlerinde genel olarak verdikleri bakım kalitesi algısını etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modeli oluşturan (HBKDÖ-1 ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin HBKDÖ-1 puanının %21,8'ini açıkladığı belirlendi. Modelde; aylık toplam çalışma saati (negatif) ve hasta yatağı sayısının (negatif) birimde verilen bakım kalitesine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı.
- Hemşirelerin son vardiyada verdikleri bakım kalitesi algısını etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modeli oluşturan (HBKDÖ-2 ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin HBKDÖ-2 puanının %19,5'ini açıkladığı saptandı. Modelde; aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif) ve klinikte malzemeye kolay ulaşmanın istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulundu.
- Hemşirelerin son bir yılda hastanelerinde verilen hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesine ilişkin algıyı etkileyen faktörler bir regresyon modeli ile incelendiğinde, modeli oluşturan (HBKDÖ-3 ile anlamlı ilişkili olan) bağımsız değişkenlerin HBKDÖ-3 puanının %16,4'ini açıkladığı belirlendi. Modelde; aylık toplam çalışma saati (negatif), hasta yatağı sayısı (negatif), acil serviste çalışanlar referans alındığında serviste ve yoğun bakımda çalışmanın (negatif), klinikte malzemeye kolay ulaşmanın ve hastanenin bireyselleştirilmiş bakım politikası olmasının istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulundu.

Bu çalışma bulguları, son yıllarda önemi giderek artan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarına ve bakım kalitesi algısı/değerlendirmesi düzeyine ve bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesinin hemşirelik çalışma ortamındaki hangi özelliklerden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçların, hemşirelik hizmeti yöneticilerine ve kurum kalite yöneticilerine yol gösterici olacağı ve ayrıca literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile bakımın daha çok bireyselleştirilmesi ile hemşirelik bakım kalitesinin artacağına ilişkin karar vericilerde, kurum yöneticilerinde, hemşire yöneticiler ve hemşirelerde farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonuçlarının, kliniklerde hemşire çalışma

ortamlarını daha iyi hale getirecek uygulamalar konusunda kaynak oluşturmaları beklenmektedir. Araştırma konusu ile ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle ülkemiz hemşirelik literatürüne kaynak olması ve yeni yapılacak araştırmalara yön vermesi bu çalışmanın beklenen diğer yararları arasında yer almaktadır. Yine, hemşirelerin kurumda sürekliliğinin sağlanması, kurum ve hasta çıktılarında daha kaliteli, istendik sonuçlara ulaşmada; olumlu hemşire çalışma ortamı oluşturma ve sürdürmede yöneticilere yol göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Bu doğrultuda aşağıda belirtilen önerilerin dikkate alınması önerilmektedir:

Örgütsel düzeyde

- Tüm özel ve kamu hastanelerinin/sağlık kurumlarının birey odaklı bireyselleştirilmiş bakım politikasını benimsemesi ve önceliklendirmesi, birey odaklı bakımı kurum kültürü haline getirmeleri ve birey odaklı bakıma özel akreditasyon programlarına başvurması,
- Tüm sağlık çalışanlarına kurumsal nitelikte birey odaklı bakıma ilişkin eğitimlerin verilmesi,
- Yüksek eğitilmiş ve yeterli sayıda hemşire istihdamı sağlanması ve sürdürülmesi,
- Hemşirelerin çalışma saatlerindeki düzenlemelerin uluslararası standartlar doğrultusunda yapılması,
- Hastanelerde hemşirelerin ihtiyaç duyduğu, bakımın bireyselleştirilmesine engel teşkil eden bakım malzemelerinin ne olduğu ve bakım malzemelerine ulaşma düzeyi vb. özelliklerin belirlenmesi ve karşılanması önerilmektedir.

Gelecek araştırmalarda

- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algısının farklı ve daha geniş örneklemelerde incelenmesi,
- Hemşirelerin çalışma özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite değerlendirmelerine ilişkin uluslararası karşılaştırmalar yapılması,
- Bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite değerlendirmesinin hastaların bildirimi ile belirlenmesi,

- Doğrudan hasta bakım süresi ile bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve farklı örneklerde karşılaştırılması,
- Farklı bakım sunum yöntemlerinin bakım kalitesi ve bireyselleştirilmiş bakım algısı ile ilişkisinin incelenmesi,
- Bakımın bireyselleştirilmesini engelleyen özelliklerin ve nedenlerinin belirlenmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Acaroglu, R., Suhonen, R., Sendir, M., ve Kaya, H. (2010). Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. *Journal of clinical nursing*, **20(1-2)**, 136-145.
- Acaroğlu, R., ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi*, **20(1)**, 10-16.
- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., ve Sosyal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyetine Etkisi. *İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi*, **15(59)**, 61-67.
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., ve Neff, D. F. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *J Nurs Adm*, **42(10 Suppl)**, S10.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., ve Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook*, **50(5)**, 187-194.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., ve Cheney, T. (2008a). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*, **38(5)**, 223.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., ve Cheney, T. (2008b). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, **38(5)**, 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., ve Cheney, T. (2008c). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*, **38(5)**, 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H. ve ark. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, **20(3)**, 43-53.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. ve ark. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Journal of Bmj*, **344**, e1717.

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., ve Consortium, R. c. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*, **50**(2), 143-153.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A. ve ark. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health services research*, **45**(4), 904-921.
- Al-Hamdan, Z., Smadi, E., Ahmad, M., Bawadi, H., ve Mitchell, A. M. (2019). Relationship Between Control Over Nursing Practice and Job Satisfaction and Quality of Patient Care. *J Nurs Care Qual*, **34**(3), E1-E6.
- Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A., ve Şerifi, B. (2005). AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **4**(2), 55-65.
- Alloubani, A., Akhu-Zaheya, L., Abdelhafiz, I. M., ve Almatari, M. (2019). Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *Int J Health Care Qual Assur*, **32**(6), 1022-1033. doi:10.1108/ijhcqa-06-2018-0138
- Alshehry, A. S., Alquwez, N., Almazan, J., Namis, I. M., ve Cruz, J. P. (2019). Influence of workplace incivility on the quality of nursing care. *Journal of clinical nursing*. doi:10.1111/jocn.15051
- Altuncan, H. (2009). *Hemşirelik hizmeti sunan sağlık personelinde malpraktis: Konya örneği*. (Yüksek Lisans Tezi Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi
- Amaral, A. F. S. (2014). Translation and validation of the individualized care scale. *International Journal of Caring Sciences*, **7**(1), 90.
- ANA, A. N. A. (2014). Healthy work environment. 05.01.2020 Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/>
- Anita, K., ve Durna, Z. (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, **28**(2), 16-23.
- AONE. (2003). Board of Directors: Policy Statement on Mandated Staffing Ratios. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/mandated-staffing-ratios.pdf>
- Arslan-Özkan, İ., ve Okumuş, H. (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Turkish Journal of Research Development in Nursing*, **14**(2).

- Avis, M., Jackson, J. G., Cox, K., ve Miskella, C. (1999). Evaluation of a project providing community palliative care support to nursing homes. *Health social care in the community*, **7(1)**, 32-38.
- Aydın, L. Z., ve Büyükbayram, Z. (2020). Hemşirelerin Mesleki Tutumlarına Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, **12(2)**, 198-206.
- Balsanelli, A. P., ve Cunha, I. C. K. O. (2014). The work environment and leadership in nursing: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **48(5)**, 938-943.
- Barutçu, E., ve Serinkan, C. (2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tukenmislik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Arastırma. *Ege Academic Review*, **8(2)**, 541-561.
- Baumann, A. (2007). *International Council Of Nurses(ICN) Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care* Retrieved from Cenevre:
- Beaver, K., Craven, O., Witham, G., Tomlinson, M., Susnerwala, S., Jones, D.ve ark. (2007). Patient participation in decision making: views of health professionals caring for people with colorectal cancer. *Journal of clinical nursing*, **16(4)**, 725-733.
- Bekmezci, E. (2019). *Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları*. (Yüksek Lisans Tezi), Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Bertakis, K. D., ve Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, **24(3)**, 229-239.
- Bilazer, F. N., Konca, G. E., Uğur, S., Uçak, H., Erdemir, F., ve Çıtak, E. (2008). Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. *Türk Hemşireler Derneği Yayınları*, **2**, 1-52.
- Briggs, I. o. J. (2010). Evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes. *Best Practice: Evidence-Based Information Sheets For Health Professionals*, **14(11)**, 1-4.
- Brunette, M. J., Smith, M. J., ve Punnett, L. (2011). Perceptions of working and living conditions among industrial male and female workers in Perú. *Journal of Work*, **38(3)**, 211-223.

- Burnes Bolton, L., Aydin, C. E., Donaldson, N., Storer Brown, D., Sandhu, M., Fridman, M.ve ark. (2007). Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre-and postregulation. *Policy, Politics, Nursing Practice*, **8(4)**, 238-250.
- Büber, R., ve Başer, H. (2012). Sağlık işletmelerinde müşteri memnuniyeti: vakıf üniversitesi hastanesinde bir uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, **4(1)**, 265-274.
- Can, Ş., ve Acaroğlu, R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **23(1)**, 32-40.
- Caspar, S., Le, A., ve McGilton, K. S. (2017). The Responsive Leadership Intervention: Improving leadership and individualized care in long-term care. *Geriatr Nurs*, **38(6)**, 559-566. doi:10.1016/j.gerinurse.2017.04.004
- Castaneda, G. A., ve Scanlan, J. M. (2014). *Job satisfaction in nursing: A concept analysis*. Paper presented at the Nursing forum.
- Cengiz, C. (2018). Sağlık hizmetlerinde akreditasyon programları ve TÜSKA. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, **1(1)**, 21-26.
- Chappell, N. L., Reid, R. C., ve Gish, J. A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, **6(4)**, 527-547.
- Charalambous, A., Chappell, N. L., Katajisto, J., ve Suhonen, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. *Journal of Geriatric Nursing*, **33(1)**, 17-27. doi:10.1016/j.gerinurse.2011.10.001
- Copanitsanou, P., Fotos, N., ve Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, **26(3)**, 172-176. doi:10.12968/bjon.2017.26.3.172
- Coşkun, H., ve Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **68**.
- Culha, Y., ve Acaroglu, R. (2019). The relationship amongst student nurses' values, emotional intelligence and individualised care perceptions. *Journal of Nursing ethics*, **26(7-8)**, 2373-2383.

- Çakır, A. (2008). *Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi*. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi,
- Çınar, İ. (2019). Hemşirelik ve Sağlık Ekonomisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **4(2)**, 69-75.
- Çoban, G. İ., ve Kaşıkçı, M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **16(63)**, 165-171.
- Danaci, E., ve Koç, Z. (2019). The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses. *Journal of Nursing ethics*, **27(1)**, 301-315.
- DeCola, P., ve Riggins, P. (2010). Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*, **57(3)**, 335-342.
- Demirtaş, Ü., Öztürk, G., ve Özden, A. (2014). Askeri Sağlık Hizmetleri Tarihi ile İlgili Bir Araştırma: Kırım Savaşı ve Florence Nightingale. *A Historical Survey of Military Health Services: The Crimean War and Florence Nigtingale.*, **13(1)**, 1-6. doi:10.5455/pmb 1-1379188835
- Devebakan, N., ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **5(1)**, 38-54.
- Doğan, P., Tarhan, M., ve Kürklü, A. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle Ahlaki Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **16(2)**, 119-124.
- Donmez, Y. C., ve Ozbayir, T. (2011). Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *J Clin Nurs*, **20(1-2)**, 166-174. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03314.x
- Duman, Z. Ç., İnan, F. Ş., Moursel, G., ve Çakar, H. (2015). Psikiyatri Kliniğinde Refakatçi Uygulamasına Yönelik Hasta Yakınlarının ve Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, **6(2)**.
- Elayan, R. M., ve Ahmad, M. M. (2017). Assessment of the quality of nursing care from perspectives of nurses who experienced hospitalization as patients. *J Nurs Care Qual*, **32(4)**, 369-374.
- Ertem, G., Oksel, E., ve Akbıyık, A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, **1(84)**, 1-10.

- Ertem, G., ve Sevil, Ü. (2007). Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **4(2)**, 1-12.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Geiger-Brown, J., ve Lipscomb, J. (2010). Annual Review of Nursing Research Nursing Workforce Issues. In C. E. Kasper (Ed.), *The Health Care Work Enviroment And Adverse Health and Safety Consequences for Nurses* (Vol. 28, pp. 191-231): Springer Publisher.
- Grondahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., ve Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, **9(4)**, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2018-023108
- Gurses, A. P., Carayon, P., ve Wall, M. (2009a). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health services research*, **44(2p1)**, 422-443.
- Gurses, A. P., Carayon, P., ve Wall, M. (2009b). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health services research*, **44(2p1)**, 422-443.
- Hanrahan, N. P., ve Aiken, L. H. (2008). Psychiatric nurse reports on the quality of psychiatric care in general hospitals. *Quality Management in Health Care*, **17(3)**, 210.
- Howard-Anderson, J., Lonowski, S., Vangala, S., Tseng, C.-h., Busuttil, A., ve Afsarmanesh, N. (2014). Readmissions in the era of patient engagement. *JAMA internal medicine*, **174(11)**, 1870-1872.
- ICN. (2020). *Nurses: A Voice To Lead Nursing The World To Health*. Retrieved from https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/03/IND_Toolkit_120320.pdf:
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroglu, R., Luz, M. D., Efstathiou, G.ve ark. (2012). Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *J Nurs Scholarsh*, **44(3)**, 284-293. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01463.x
- ILO. (1977). Nursing Personnel Convention, 1977 (No. 149). *International Labour Organization*. 17.07.2020 Retrieved from

https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149

- İspir, Ö. (2020). *Hemşirelerin Güçlendirme Algıları ve Uygulamalar Üzerinde Kontrolleri: Hemşire ve Hasta Sonuçları*. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Janakiraman, R., Parish, J. T., ve Berry, L. L. (2011). The effect of the work and physical environment on hospital nurses' perceptions and attitudes: Service quality and commitment. *Quality Management Journal*, **18(4)**, 36-49.
- Karaca, A. (2015). *Hemşirelik bakım kalitesi memnuniyet ölçeği uyarlaması: örnek bir çalışma*. (Doktora Tezi), İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karayurt, Ö., Ursavaş, F. E., ve İşeri, Ö. (2018). Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **9(2)**, 163-169.
- Kavak, D. G. (2018). Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü (TÜSKA) sağlıkta akreditasyon standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, **1(1)**, 14-20.
- Kennedy, G. D., Tevis, S. E., ve Kent, K. C. (2014). Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Ann Surg*, **260(4)**, 592-598; discussion 598-600. doi:10.1097/sla.0000000000000932
- Kocaman, G., Yürümezoğlu, H. A., Uncu, S., Türkmen, E., Göktepe, N., ve İntepeler, Ş. S. (2018). Türkiye’de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **15(1)**, 30-38.
- Kousoulou, M., Suhonen, R., ve Charalambous, A. (2019). Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *Eur J Oncol Nurs*, **41**, 33-40. doi:10.1016/j.ejon.2019.05.011
- Köberich, S., ve Farin, E. (2015). A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care. *Nursing inquiry*, **22(2)**, 106-120.
- Kramer, M., Maguire, P., ve Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *J Nurs Manag*, **19(1)**, 5-17.

- Kurşun, Ş., ve Kanan, N. (2012). Bakım davranışları ölçeği-24'ün türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15(4)**, 229-235.
- Labrague, L. J., de Los Santos, J., Tsaras, K., Galabay, J. R., Falguera, C. C., Rosales, R. A.ve ark. (2019). The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events, and perceived quality of care: a cross-sectional study. *J Nurs Manag.* doi:10.1111/jonm.12894
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing health*, **25(3)**, 176-188.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C., ve Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*, **20(3)**, 220-230.
- Lau, D., Padwal, R. S., Majumdar, S. R., Pederson, J. L., Belga, S., Kahlon, S.ve ark. (2016). Patient-reported discharge readiness and 30-day risk of readmission or death: a prospective cohort study. *The American journal of medicine*, **129(1)**, 89-95.
- Leininger, M. M. (1988). *Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality* (Vol. 1). Wayne State University, Detroit: Nursing Science Quarterly.
- Li, X. Q. (2019). Effects of high-quality nursing care on psychological outcomes in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)*, **98(41)**, 1-4. doi:10.1097/md.00000000000017351
- Lucero, R. J., Lake, E. T., ve Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of clinical nursing*, **19(15-16)**, 2185-2195.
- McGirr, M., ve Bakker, D. (2000). Shaping positive work environments for nurses: the contributions of nurses at various organizational levels. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, **13(1)**, 7-14.
- McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M.ve ark. (2016). Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Med Care*, **54(1)**, 74-80. doi:10.1097/mlr.0000000000000456

- Mlinar, S. (2010). First- and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nursing ethics*, **17**(4), 491-500. doi:10.1177/0969733010364903
- Mohanan, K., Kaur, S., Das, K., ve Bhalla, A. (2010). Patient satisfaction regarding nursing care at Emergency Outpatient Department in a Tertiary care Hospital. *J Ment Heal Hum Behav*, **15**(1), 54-58.
- Mousavifar, S., ve Nazari, A. (2008). *Measurement of direct and indirect nursing care times among inpatients in different wards of hospital in Iran-Semman*. . Paper presented at the International Nursing Management Conference, Antalya.
- OECD. (2017). *OECD Guidelines on Measuring the Quality of the Working Environment*. In OECD (Ed.), (pp. 216). Retrieved from <https://books.google.com.tr/books?id=OWWQDwAAQBAJ> doi:<https://dx.doi.org/10.1787/9789264278240-en>
- Özdemir Güven, N. (2015). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A. B. D., İstanbul.
- Özpekin, Ö. G. (2016). Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, **8**(4), 277-287.
- Papastavrou, E., Acaroglu, R., Sendir, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E.ve ark. (2015). The relationship between individualized care and the practice environment: an international study. *Int J Nurs Stud*, **52**(1), 121-133. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008
- Papatya, G., Papatya, N., ve Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti: iki özel hastanede karşılaştırmalı bir araştırma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2**(1), 87-108.
- Parlar, S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **7**(6), 547-554.
- Planetree, I. (2020, 10 Temmuz). About Planetree International. 10/07/20 Retrieved from <https://www.planetree.org/who-we-are>
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., ve Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in nursing health*

33(4), 288-298.

Radwin, L., ve health. (2000). Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in nursing health*

23(3), 179-190.

Radwin, L. E., ve Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Council of Nurses*, **49(1)**, 54-63.

Rose, P. M. (2016). Individualized Care in the Radiation Oncology Setting From the Patients' and Nurses' Perspectives. *Cancer Nurs*, **39(5)**, 411-422. doi:10.1097/ncc.0000000000000332

Rose, P. M. (2018). Patients' characteristics informing practice: improving individualized nursing care in the radiation oncology setting. *Support Care Cancer*, **26(10)**, 3609-3618. doi:10.1007/s00520-018-4210-5

SHGM. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane* (6.0 ed. Vol. 1). Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Shirey, M. R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American journal of critical care*, **15(3)**, 256-267.

Sönmez, B., İspir, Ö., Türkmen, B., Duygulu, S., ve Yıldırım, A. (2019). The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. *J Nurs Manag*, **00**, 1-9.

Stimpfel, A. W., ve Aiken, L. H. (2013). Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care. *J Nurs Care Qual*, **28(2)**, 122.

Suhonen, R. (2010). Clinical ethics and challenges to individualized care. *Nurs Ethics*, **17(5)**, 541-542. doi:10.1177/0969733010373999

Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E. ve ark. (2012). Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *Journal of clinical nursing*, **21(7-8)**, 1155-1167. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03833.x

Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Valimaki, M., ve Leino-Kilpi, H. (2009). Individualized care scale - nurse version: a Finnish validation study. *J Eval Clin Pract*, **16(1)**, 145-154. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01168.x

Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Valimaki, M., ve Leino-Kilpi, H. (2010). Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, **66(5)**, 1035-1046. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05256.x

- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., ve Valimaki, M. (2005). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **11**(1), 7-20. doi:10.1111/j.1365-2753.2003.00481.x
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., da Luz, M. D. A.ve ark. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, **67**(9), 1895-1907.
- Suhonen, R., Schmidt, L. A., ve Radwin, L. (2007). Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, **59**(1), 77-85. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04282.x
- Suhonen, R., Valimaki, M., ve Katajisto, J. (2000). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *Journal of clinical nursing*, **9**(2), 218-227.
- Suhonen, R., Valimaki, M., ve Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, **50**(3), 283-292. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x
- Suhonen, R., Välimäki, M., ve Leino-Kilpi, H. (2002). "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective—a review of the literature. *Int J Nurs Stud*, **39**(6), 645-654.
- Suhonen, R., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H., ve Katajisto, J. (2004). Testing the individualized care model. *Scand Journal of Caring Sci*, **18**(1), 27-36.
- Şengül, Ş. (2013). Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **14**(2), 69-75.
- Taşlıyan, M., ve Akyüz, M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **2010**(2), 61-66.
- Topcu, I., Türkmen, E., Badır, A., Göktepe, N., Miral, M., Albayrak, S.ve ark. (2016). Relationship between nurses' practice environments and nursing outcomes in Turkey. *International Nursing Review*, **63**(2), 242-249.
- Tuğut, N., ve Gölbaşı, Z. (2013). Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **10**(2), 38-44.

- Türkmen, E. (2015). Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2(3)**, 69-80.
- Türkmen, E., Badır, A., Balcı, S., ve Akkuş-Topçu, S. (2011). "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" nin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Turkish Journal of Research Development in Nursing*, **13(3)**.
- Türkmen, E., ve Uslu, A. (2011). Özel bir hastanede hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **19(2)**, 60-67.
- Türkmen, E. E., Baykal, Ü. T., Ulusoy, H., Türkkan, N. Ü., Seren, A. K. H., Duygulu, S.ve ark. (2014). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi* (Ü. T. Baykal ve E. E. Türkmen Eds. Vol. 1). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Uğur, E., ve Abaan, S. (2008). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **28(3)**, 297-310.
- Vollers, D., Hill, E., Roberts, C., Dambaugh, L., ve Brenner, Z. R. (2009). AACN's healthy work environment standards and an empowering nurse advancement system. *Critical Care Nurse*, **29(6)**, 20-27.
- Walker, L., Porter, M., Gruman, C., ve Michalski, M. (1999). Developing Individualized Care in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing*, **25(3)**, 30-35.
- Weiner, S. J. (2004). Contextualizing medical decisions to individualize care. *Journal of General Internal Medicine*, **19(3)**, 281-285.
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S.ve ark. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, **21(1)**, 31-42.
- Weiss, M. E., Ryan, P., Lokken, L., ve Nursing, N. (2006). Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic*, **35(1)**, 34-45.
- White, E. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., ve McHugh, M. D. (2019). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatric Nursing*. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.08.007

- WHO. (2006). The World Health Report, Working Together For Health. 07.11 Retrieved from http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
- WHO. (2008). Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. 6.1 Appendix 1: Glossary of health service and system quality definitions 17.07.2020 Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications/2008/guidance-on-developing-quality-and-safety-strategies-with-a-health-system-approach>
- WHO. (2019). What is Quality of Care and why is it important? 01.03.2020 Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- Yavaşcağlu, B., Aydın, B., Karataş, E. G., Kaya, F. N., Özcan, B., ve Kırılı, S. (2007). Anestezi asistanlarında nöbetin bilişsel işlevler ve ruhsal durum üzerine etkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **33(2)**, 75-79.
- Yılmaz, S., ve Kandemir, V. (2019). Yaşlı Bakım Sektöründe Hemşirelerin Motivasyon Düzeyine Etki Eden Faktörler. In (Vol. 14, pp. 241-254).
- Zhao, I., Bogossian, F., ve Turner, C. (2010). Shift work and work related injuries among health care workers: A systematic review. *The Australian Nursing Journal of Advanced*, **27(3)**, 62.

FORMLAR

EK-1 GONULLU BILGILENDİRME FORMU

Araştırmacının Beyanı

Bu araştırma, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılarının çalışma özellikleri ile olan ilişkisinin belirlenmesi amacıyla Hem. İbrahim Kavaslar tarafından planlanmıştır.

Araştırmanın verileri, 3 değerlendirme ölçeğini içeren anket formu ile toplanacaktır. Araştırmaya ve görüşmeye katılım gönüllük ilkesi doğrultusunda yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışında bırakılabiliyorsunuz. Anket formuna isim yazılması istenmeyecek verdiğiniz bilgiler araştırma dışında kullanılmayacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırmanın herhangi bir aşamasında gerekli gördüğünüz takdirde; herhangi bir saatte, araştırmacılar Hem. İbrahim KAVASLAR' a +90 [REDACTED] numaralı telefonu arayabilirsiniz.

Katılımcının Beyanı

Hem. İbrahim Kavaslar tarafından 2 özel ve 2 Eğitim Araştırma Hastanesi' nde Mayıs 2019 ile Aralık 2019 ayları arasında kurumlarda çalışan tahmini 1410 hemşire ile yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çalışma hayatımda veya koşullarında herhangi bir değişiklik yapmayacağını ve çalışma ortamındaki ilişkilerimi olumsuz yönde etkilemeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gnllnin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Hem. İbrahim KAVASLAR / İmzası/ Tarih

Gerekliorsa olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Gerekliorsa yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

EK-2 VERİ TOPLAMA FORMU

**Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Ve Bakım Kalitesi Algıları İle
Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki**

Değerli Meslektaşlarım,

Bu anket formu, kamu ve özel hastanelerde çalışmakta olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algıları ile çalışma özellikleri arasındaki ilişki değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Ankette isim kullanılmayacak olup, elde edilen veriler yalnızca bu bilimsel nitelikli çalışmada kullanılacaktır. Anketin doldurulması konusundaki hassasiyetiniz çalışma açısından büyük önem arz etmektedir.

Desteğiniz ile araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Hem. İbrahim Kavanlar
IÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim A.B.D Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM I: TANIYICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
3. Çalıştığınız Kurum
4. Göreviniz
5. Çalıştığınız Birim
6. Çalıştığınız Birimin Adı
7. Hemşirelikte Eğitim Durumunuz
8. Görev Yaptığınız Birimde Çalışma Yılı:
9. Çalışmakta Olduğunuz Kurumdaki Çalışma Yılı:
10. Meslekte Toplam Çalışma Yılı:
11. Çalışma Şekliniz: ☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Vardiya (Gece- gündüz dönüşümlü)
12. ÇOĞUNLUKLA çalıştığınız vardiyanın süresi: ☐ 8 saat ☐ 12 saat ☐ 16 saat ☐ 24 saat ☐ Diğer....
13. Çalıştığınız Birimdeki Yatan Hasta Yatağı Sayısı:
14. Hasta yakını/refakatçi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Hasta yakını/refakatçi bakıma yardımcı/dahil oluyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Bir vardiyada bireysel olarak baktığınız ORTALAMA hasta sayısı: > Gece ... > Gündüz ...
17. Bir Vardiyada SİZ DAHİL kaç hemşire çalışıyor? (ortalama sayı olarak belirtiniz): > Gece ... > Gündüz ...
18. Bir vardiyada zamanınızın yüzde kaçını DOĞRUDAN HASTA BAKIMI için harcıyorsunuz?
☐ %25'den az ☐ %26-50 ☐ %51-75 ☐ %76-100 ☐ Doğrudan hasta bakımı vermiyorum
19. Vardiya süresince hastaların ilaç tedavisi dışında bakım gereksinimlerini karşılamak için yeterli zamanınız oluyor mu?
☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır
20. Genel Olarak Aylık Toplam Çalışma Saatiniz:
☐ 160 saat ve altı ☐ 161-180 saat ☐ 181-200 saat ☐ 201-220 saat ☐ 221-240 saat ☐ 241 saat ve üzeri
21. Birimizde Hasta Bakımında Uygulanılan Yöntem: ☐ İş Paylaşımı ☐ Hasta Paylaşımı ☐ Diğer.....
22. Çalıştığınız vardiyadaki yardımcı personel sayısı? > Gece ... > Gündüz ...
23. Çalıştığınız klinikteki bakım malzemelerine kolaylıkla ulaşabiliyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
24. Hastanenizde hasta merkezli/ bireyselleştirilmiş bakıma yönelik hizmet politikası ve uygulamaları var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
25. Daha önce hasta merkezli/ bireyselleştirilmiş bakıma yönelik eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Bölüm II: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu

Aşağıdaki ifadeler hemşirelik bakımında hastalara yardım etme biçiminiz ile ilgilidir. Bu ifadeler sizin genelde sunduğunuz hemşirelik bakımı ile ne ölçüde uyuyor? Lütfen görüşünüzü en iyi tanımlayan seçeneği daire içine alınız.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A03	Hastalara kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm	1	2	3	4	5
A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	1	2	3	4	5
A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm	1	2	3	4	5
A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.	1	2	3	4	5
A10	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A11	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım	1	2	3	4	5
A12	Hastalara kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım	1	2	3	4	5
A13	Hastalara, hastalık /sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım	1	2	3	4	5
A14	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim	1	2	3	4	5
A15	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim	1	2	3	4	5
A16	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm	1	2	3	4	5
A17	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım	1	2	3	4	5

Bölüm III: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire Versiyonu

Aşağıdaki ifadeler en son çalıştığınız vardiyada hastalara sunduğunuz bakımla ilgilidir. Lütfen görüşünüzü en iyi tanımlayan seçeneği daire içine alınız.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
B01	Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B02	Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B03	Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler	1	2	3	4	5
B04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B05	Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B07	Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B08	Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn: iş, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
B09	Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B10	Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
B11	Hastaların istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar	1	2	3	4	5
B12	Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum	1	2	3	4	5
B13	Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim	1	2	3	4	5
B14	Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B15	Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar	1	2	3	4	5
B16	Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B17	Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular	1	2	3	4	5

Bölüm IV: HEMŞİRELERİN BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlarsınız? ☐ Mükemmel ☐ İyi ☐ Orta ☐ Zayıf
2. Son çalıştığınız vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesini nasıl tanımlarsınız? ☐ Mükemmel ☐ İyi ☐ Orta ☐ Zayıf
3. Genel olarak, son bir yıl içinde, hastanenizde sunulan hasta bakımının kalitesini nasıl değerlendirirsiniz: ☐ Gelişti ☐ Aynı Kaldı ☐ Kötüleşti
4. Hastalarınızın hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yapabileceğinden ne kadar eminsiniz? ☐ Çok Eminim ☐ Eminim ☐ Kısmen Eminim ☐ Hiç Emin Değilim



ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 17/04/2019-60593



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi
İbrahim KAVASLAR'ın etik
kurul kararı A-09

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 08.04.2019 tarih, 13022260-300-55086 sayılı yazı

Enstitünüz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında görevli **Dr.Öğretim Üyesi Betül SÖNMEZ'in** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi İbrahim KAVASLAR'ın** yürütücülüğünde **"Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki "** başlıklı Yüksek Lisans Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **16 Nisan 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup,etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Muhlis Cem AR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKVE4SLP>

	Karar No: A- 09	Tarih: 16 NİSAN 2019
KARAR BİLGİLERİ	Dr.Öğr.Üyesi Betül SÖNMEZ'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğr. İbrahim KAVASLAR'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mutlu NİYAZOĞLU	İç Hastalıkları End./Metb./Diabet	Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

KURUM İZİNLERİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : İbrahim KAVASLAR'ın Tez Çalışması

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 02/05/2019 tarihli ve 71211201-31601 sayılı yazısı.
b) 16/05/2019 tarihli ve 80929729-604.01.01-14690 sayılı yazınız.
c) 18/06/2019 tarihli ve 45793301-604.01.01-10815 sayılı yazınız.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi İbrahim KAVASLAR'ın "Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalite Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi sayılı uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Dağıtım:

T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : İbrahim KAVASLAR'ın Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü 34320 Avcılar/İstanbul)

İlgi : a) 02/05/2019 tarihli ve 71211201-31 601 sayılı yazınız.
b) 16/05/2019 tarihli ve 80929729-604.01.01-14690 sayılı yazısı.
c) 18/06/2019 tarihli ve 45793301-604.01.01-10815 sayılı yazısı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi İbrahim KAVASLAR'ın "Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalite Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını, Gaziosmanpaşa EAH ve Kanuni Sultan Süleyman EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanelerin ilgi sayılı yazılarına istinaden uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın sonrasında bir nüshasını elektronik ortamda ve döküman halinde Müdürlüğümüze verilmesi ve konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDUR
20.1.6.2019

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan



T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

Sayı : ASM-EK-18 / 102
Konu : Çalışma İzni Hk.

27.03.2019

İLGİLİ MAKAMA,

Yürütücülüğünü İbrahim Kavaslar'ın yaptığı "Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalite algıları ile çalışma özellikleri arasındaki ilişki" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.
ASM Hastane Etik Kurulu

Başkan
Prof Dr Salih Türkoğlu

Üyeler

Prof Dr Ayşen Yücel

Prof Dr Hüseyin Baloğlu

Uzm Dr Resmiye Beşikçi

Prof Dr Cemil Uygur

ACIBADEM

İstanbul, 13.3.2019

İlgili Makama;

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim A.B.D Yüksek Lisans öğrencisi olan sayın İbrahim Kavaslar'ın bitirme tezi olan "Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki" başlıklı araştırmasının Etik Kurul onayı alındıktan sonra veri toplama aşamasında Acibadem Üniversitesi Atakent Hastanesi'nde yürütülmesi uygun bulunmuştur.

Saygılarımla



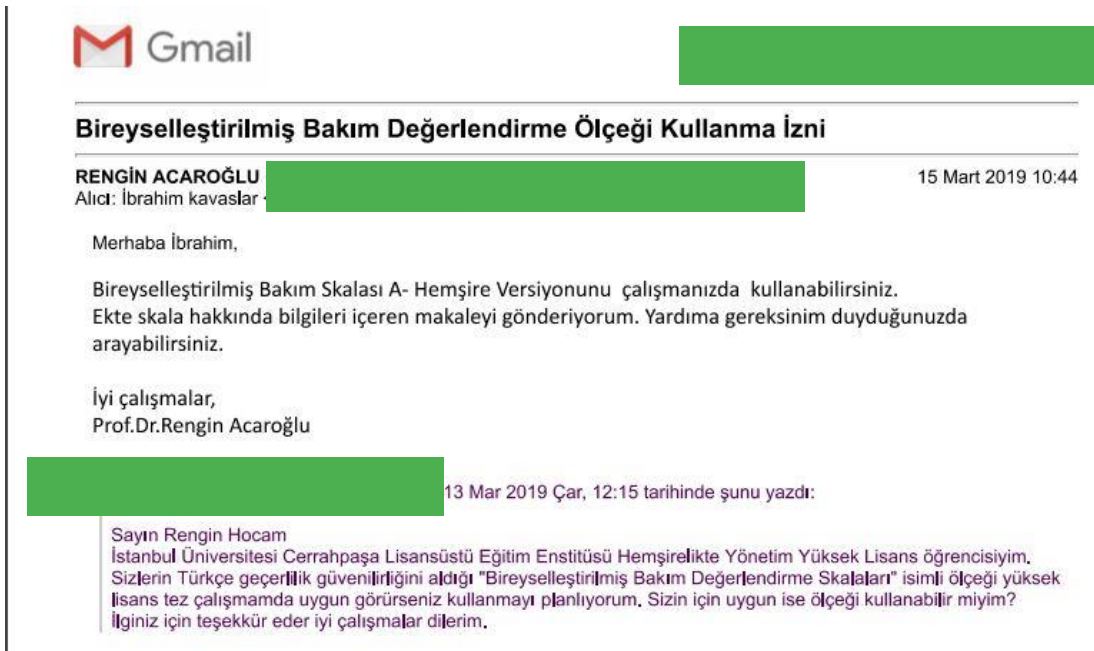
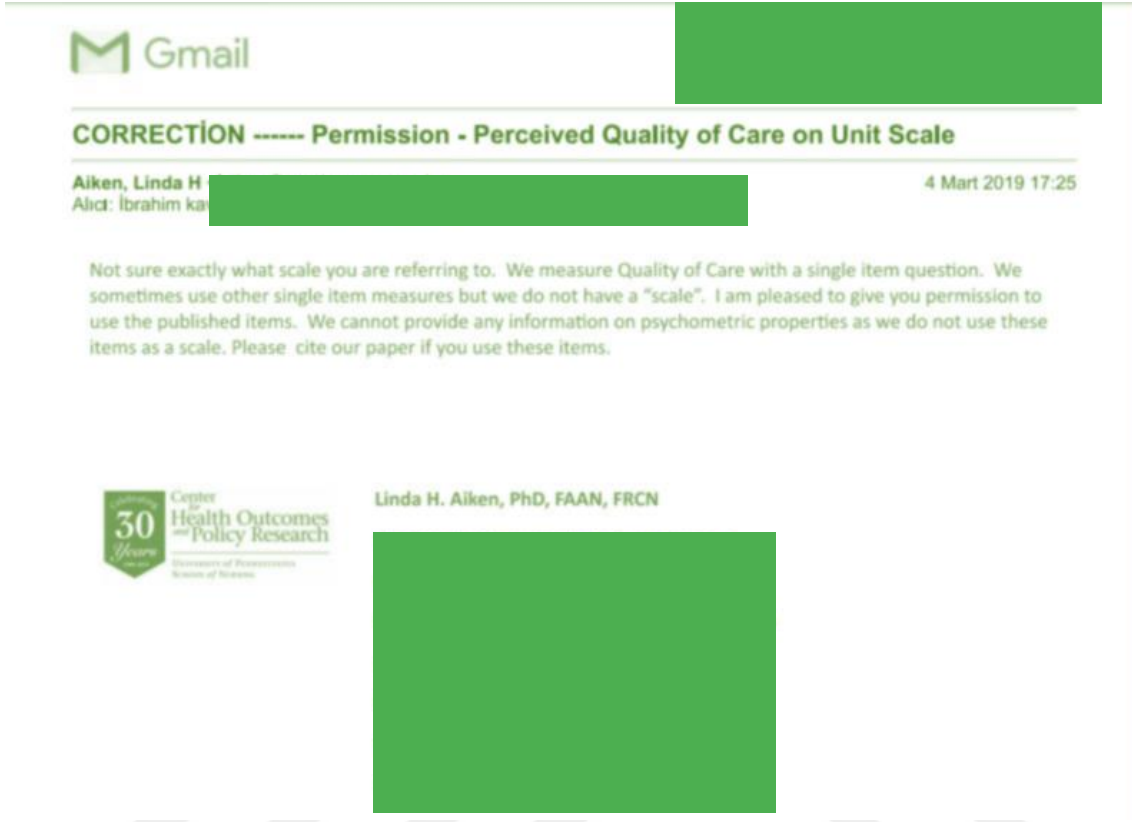
Prof. Dr. Ayşe Korkmaz Toygar



Başhekim/Mesul Müdür

Acibadem Üniversitesi Atakent Hastanesi

PATENT HAKKI



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM VE BAKIM KALİTESİ ALGILARI İLE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 8	% 4	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
3	www.acibadem.dergisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
4	journals.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İbrahim	Soyadı	Kavaslar
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu	T.C	TC Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	-	-
Yük.Lis.	-	-
Lisans	Ege Üniversitesi	2017
Lise	Ali Akkanat Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Düzce Üniversitesi	2020-HALEN
2.	Hemşire	Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Has.	2018-2020
3.	Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	2017-2018
4.	Hasta Bakım Teknisyeni	Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	2015-2016
5.	Tıbbi Sekreter	Kemer Medikal Anadolu Hastanesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YDS/YÖKDİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	Orta	67	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70	73	75
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	iyi
Endnote	iyi
Adobe Photoshop	orta

Yayınlari/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- Baysan Arabacı, L , Taş, G , Kavaslar, İ , Dikmen, M , Teke, C . "Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Kişilerarası Duyarlılıkları ile Facebook Bağımlılıkları Arasındaki İlişki". Bağımlılık Dergisi 18 (2017): 69-79

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kişisel Gelişim, Futbol, Bilgisayar Yazılımı/Donanımı