



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KLİNİK HEMŞİRELERİNİN KALİTE ALGISI İLE
KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Esra ÇALIŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR

Düzce, 2022



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KLİNİK HEMŞİRELERİNİN KALİTE ALGISI İLE
KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Esra ÇALIŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR

Düzce, 2022

**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK HEMŞİRELERİNİN KALİTE ALGISI İLE KARŞILANAMAYAN
HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Esra ÇALIŞ tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim/Anasanat Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR
Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN
Düzce Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Handan ALAN
İstanbul Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 14.01.2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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.

14/01/2022

Esra ÇALIŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca ihtiyaç duyduğum her an bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli katkılarıyla çalışmalarına rehberlik eden, sabrını, bilgisini ve desteğini esirgemeyen, daima teşvik edici ve özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR'a,

Kurumlarında araştırma yapılmasına izin vererek destek olan hastane yöneticilerine ve araştırmaya katılan hemşire meslektaşlarıma,

Tez sürecim boyunca beni motive eden, bana destek veren ve hep yanımda olan değerli arkadaşım Sevilay İNAN'a,

Tez çalışmamın tüm sürecinde desteğini sonuna kadar hissettiğim canım Nisanur KULAK'a,

Tüm yaşantım boyunca benden desteğini esirgemeyen annem Kevser ÇEVİK ve babam Nadi ÇEVİK'e,

Bizi her daim gururlandıran ve gelecekte daha da gururlandıracağına inandığım kıymetlim, biricik yeğenim Denizhan Kerem TOPÇU'ya,

Yüksek lisans sürecinde sevgisi, sabrı ve anlayışı ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Özkan ÇALIŞ'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Hizmeti	6
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	7
2.2.1. Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel amacı	10
2.2.2. Sağlık hizmetlerinde kalite algısı	12
2.2.3. Sağlıkta kalite standartları.....	13
2.2.3.1. SKS'nin amacı	15
2.2.3.2. SKS'nin hedefleri.....	16
2.3. Hemşirelik bakımı.....	17
2.3.1. Hemşirelik bakım kalitesi	19
2.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı	20
2.4.1. Karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen faktörler	22
2.4.2. Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri.....	23
2.4.3. Karşılanamayan hemşirelik bakımının sonuçları	25
2.4.4. Karşılanamayan hemşirelik bakımının önlenmesi	26
2.4.5. Hemşirelikte kalite algısı ve karşılanamayan hemşirelik bakımının önemi.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	28
3.2. Araştırmanın Soruları.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.4.1. Bağımsız değişkenler	28
3.4.2. Bağımlı değişkenler	29
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.5.1. Kişisel bilgi formu.....	29

3.5.2. Sağlık çalışanları kalite algı ölçeği.....	29
3.5.3. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi ölçeği	30
3.6. Verilerin Toplanması	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	50
5.1. Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısının Tartışılması.....	50
5.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Tartışılması	57
5.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Nedenlerinin Tartışılması	60
5.4. Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı İle Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER.....	76
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	76
EK 2: Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği	77
EK 3: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği.....	80
EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	82
EK 5: Etik Kurul Onayı	83
EK 6: Araştırma Uygulama İzinleri	85
Ek 7: “Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği” İzin Yazısı	89
Ek 8: “Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği” İzin Yazısı.....	90
9. ÖZGEÇMİŞ.....	91

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI: Joint Commission International

KHB: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

KHBM: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli

NQF: Ulusal Kalite Forumu

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SS: Standart Sapma

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri.....	6
Şekil 2: Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri	11
Şekil 3: SKS Hastane Hedefleri	17
Şekil 4: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli	21



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar	33
Tablo 4.2: Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği İçin Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlikler	35
Tablo 4.3: Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi	36
Tablo 4.4: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	41
Tablo 4.5: Karşılanamayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	43
Tablo 4.6: Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi	45
Tablo 4.7: Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	48

ÖZET

KLİNİK HEMŞİRELERİNİN KALİTE ALGISI İLE KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Esra ÇALIŞ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR

Ocak 2022, 91 sayfa

Araştırma, klinik hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Düzce ilinde bulunan bir devlet hastanesi, bir özel hastane ve bir üniversite hastanesinde klinikte çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem yöntemi seçilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır (N:260). Nisan 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında Düzce ilinde bulunan üç hastanenin kliniklerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler örnekleme oluşturmuştur (n:182). Veri toplamada Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya katılan klinik hemşirelerinin kalite algı ölçeği puan ortalaması ($70,36 \pm 12,71$), alt boyutlarına göre Yönetim ve Liderlik alt boyutu ($61,36 \pm 17,75$), İnsan Kaynakları Kullanımı alt boyutu ($60,53 \pm 16,13$), Kalite Eğitimi alt boyutu ($72,73 \pm 18,82$), Ölçme ve Değerlendirme alt boyutu ($64,34 \pm 14,25$), Kurum Yararları alt boyutu ($64,95 \pm 16,07$), Çalışan Yararları alt boyutu ($74,78 \pm 13,53$) ve Hasta Yararları alt boyutu ise ($71,70 \pm 14,05$) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanlarının ortalaması ($1,67 \pm 0,66$) ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri puanlarının ortalaması ($1,68 \pm 0,74$) olarak belirlenmiştir. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları ile Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde negatif yönlü ilişki ($p:0,000$, $r:-,269$) bulunmaktadır. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri ile Yönetim ve Liderlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki ($p:0,008$, $r:,196$) bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetleri yönetiminin en önemli amacı hastaların hemşirelik bakımının karşılanması ve bu bakımın kaliteli bir şekilde sunulmasıdır. Kaliteli hemşirelik bakımının sunulmasında hemşirelerin kalite algıları yönetici hemşireler tarafından değerlendirilmeli, karşılanamayan hemşirelik bakımları belirlenerek kalite eğitimleri ile desteklenmeli ve karşılanamayan hemşirelik bakım miktarının azaltılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalite algısı, Karşılanamayan hemşirelik bakımı, Hemşire

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN THE QUALITY PERCEPTION OF CLINICAL NURSES AND THEIR NURSING CARE

Esra ÇALIŞ

Master Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor: Dr. Lecturer Member Ebru ÖZEN BEKAR

January 2022, 91 pages

The research was conducted in order to determine the relationship between the perception of quality of clinical nurses and nursing care that cannot be met. The universe of the research is composed of nurses working in a public hospital, a private hospital and a university hospital clinic located in Düzce province. In the research, it is aimed to reach the entire universe by not choosing a sampling method (N: 260). Dec April 2021-June 2021, a sample of nurses who worked in the clinics of three hospitals located in the province of Düzce and agreed to participate in the study was created (n: 182). In the data collection, the Health Workers Quality Perception Scale and the Unmet Nursing Care Requirement Scale were used. The perception of the quality of clinical nurses who participated in the study an average of points on the scale ($70,36 \pm 12,71$), according to the sub-dimensions of management and leadership sub-dimension ($61,36 \pm 17,75$), human resources, the use of lower size ($60,53 \pm 16,13$), quality education sub-size ($72,73 \pm 18,82$), measurement and evaluation sub-dimension ($64,34 \pm 14,25$), institution size, the lower the benefits ($64,95 \pm 16,07$), employee benefits sub-size ($74,78 \pm 13,53$) and the lower the benefits of patient size ($71,70 \pm 14,05$) is the conclusion reached. The mean score of Unmet Nursing Care Requirements was determined as ($1,67 \pm 0,66$) and the mean score of Reasons for Unmet Nursing Care Services was determined as ($1,68 \pm 0,74$). There is a statistically low negative relationship ($p:0,000$, $r:-,269$) between the scores of Nursing Care Requirements that cannot be met and the scores of the Health Dec Quality Perception Scale. Management and leadership nursing care services with the reasons of unmet statistically significant at a lower level there is a positive correlation ($p:0,008$, $r:,196$) between the size of the sub. The most important aim of the nursing services management is to meet the nursing care of the patients and to provide this care in a quality way. Nurses' perceptions of quality in providing quality nursing care, should be evaluated by nurse managers, unmet nursing care should be identified and supported with quality training and the amount of unmet nursing care should be reduced.

Key words: Quality perception, Missed nursing care, Nurse

1. GİRİŞ

Sağlık kuruluşları yapısı gereği birbirinden farklı çok sayıda meslek grubunun bir arada faaliyet gösterdiği organizasyonlar olup karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı zamanda toplumun en değerli varlığı insan, insanın en değerli varlığı da sağlık olduğu için sunulan hizmetin kesintisiz sağlanması ve hatalardan uzak olması gereği kaçınılmazdır. Bu sebeple sağlık kurumlarında sunulan hizmetin bütün süreçlerinde kaliteli bir şekilde üretilmesi büyük önem arz etmektedir¹. Sağlıkta kalite kavramı sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli gelişmelerin oluşmasını sağlamıştır². Kaliteli sağlık hizmeti; “*üst düzey koşulları karşılayarak, kaynakları sağlık hizmetlerine ve korunmaya en çok ihtiyaç duyanların gereksinimlerine yanıt verebilecek şekilde en etkili ve güvenli yolla düzenleyen ve bunu yaparken israftan kaçınan sağlık hizmetidir*”³. Sağlık hizmetlerindeki hizmet kalitesi, hizmeti sunanlar olarak sağlık çalışanlarının ve hizmeti alanlar olarak hasta ve hasta yakınlarının tutum ve davranışlarından etkilenmekte ve kalite algısını meydana getirmektedir⁴.

Sağlık çalışanlarının hizmet kalite algıları ve kalite standartları hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi kritik öneme sahip konuların başında gelmektedir. Sunulan hizmetin kalitesini sağlık personelinin bilinç, bilgi ve beceri düzeyleri büyük oranda etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları, hastaların ise deneyimledikleri sağlık hizmeti ve sağlık hizmetlerinden beklentileri kalite algısını oluşturmaktadır⁵. Hasta ve hasta yakınlarının algıladığı hizmet kalitesini doğrudan etkileyen unsurların başında sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanlarının algıladıkları hizmet kalitesi gelmektedir⁶. Sağlık hizmeti alanların ihtiyaçlarını karşılamak ve taleplerine cevap verebilmek için sağlık çalışanlarının kalite algıları; eğitim, gerekli cihaz-malzeme ve prosedürlerle desteklenmelidir. Çalışanların etkin ve verimli bir hizmet verebilmesi, hastaların kaliteli bir hizmet alması için sağlık kurumlarındaki kalite üst yönetimin desteği ve sağlık hizmeti sunan tüm çalışanların aktif katılımı ile başarıya ulaşabilir. Sağlık çalışanlarında, belgelenen fakat uygulamada varlığı hissedilmeyen bir kalite anlayışının hâkim olması sağlık kurumlarında kaliteyi gereksiz iş yükünden öteye götürmemekle birlikte olumsuz bir kalite algısı oluşmasına sebep olabilir⁷. Literatüre bakıldığında sağlık çalışanlarının kalite algısının olumlu yönde olduğu görülmektedir^{8,9,10}.

Hemşirelik mesleği, sağlık hizmetlerinin sunumunda başarılı olmanın önemli belirleyicilerinden biridir¹¹. Sağlıkta kalite standartlarına bakıldığında, belirleyici olan ana uygulamaların/standartların tamamına yakınının hemşirelik hizmetleri ile direkt bağlantılı olduğu görülmektedir. Bu durumda hemşirelerin kalite anlayışları ve mevcut standartlar hakkındaki bilgi düzeyleri sağlık kuruluşlarında kalite çalışmalarının uygulanması ve hedefe ulaştırılmasında son derece önemlidir⁷.

Hemşirelik mesleğin temelinde “bakım” yer almaktadır. Bakım kavramı, hemşirenin bilgisi, becerisi ve davranışlarının oluşan ve bu konularda profesyonellik gerektiren çok boyutlu bir kavramdır¹². Yetersiz hemşire sayısı, çalışma saatlerinin uzun olması, iş çevresindeki karmaşık yapı gibi birçok faktörden, hastaların ihtiyacı olan hemşirelik bakımı yeterince karşılanamamakta ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu sağlanamamaktadır^{13,14}. Hemşirelik bakımının yetersiz verilmesi ise karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramını ortaya çıkarmıştır¹⁵. Karşılanamayan hemşirelik bakım (KHB) gereksinim kavramı ilk olarak Kalisch tarafından 2006 yılında ortaya atılmıştır¹⁶. Kalisch’e göre bu kavram, hasta için gereken hemşirelik bakımının tamamen veya kısmen ihmal edilmesi ya da ertelenmesini ifade etmektedir¹⁶. KHB gereksinimi ile ilgili ulusal literatürde sınırlı sayıda çalışma yer alırken uluslararası düzeyde daha fazla çalışma bulunmaktadır. İlaslan ve Şişman’ın (2019) çalışmasında en fazla (bazen+sıklıkla+hiçbir zaman) KHB’lerinin, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma, hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi olduğu belirlenmiştir¹⁵. Kalisch ve ark. (2012) tarafından Türkiye ve ABD karşılaştırmasının yapıldığı çalışmada Türkiye’de en fazla KHB’lerinin hasta ve hasta yakınlarına duygusal destek sağlanması, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma ve hastanın henüz yemek sıcakken beslenmesi olduğu belirlenirken ABD’de ise hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, ağız bakımı ve hastanın henüz yemek sıcakken beslenmesi olduğu ortaya çıkmıştır¹⁷.

KHB ile yapılmayan ya da geciktirilen hemşirelik bakımlarından kaynaklı hemşirelik bakım kalitesi ve bunun devamında sağlık hizmetleri kalitesi de olumsuz etkilenirken, dolaylı olarak hasta ve sağlık çalışanları tarafından algılanan hizmet kalitesi aynı doğrultuda etkilenebilmektedir¹⁸. Bu durum hasta memnuniyetine olumsuz yansımakla birlikte asıl önemli olan hasta güvenliğini tehdit etmektedir¹⁸. İhtiyaç duyulan hemşirelik bakımının karşılanmaması morbitide ve mortalite oranlarının artmasına,

hasta dūřmelerinin ve enfeksiyon oranlarının artmasına ve hastaların hastanede yatıř sūrelerinin uzamasına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda hemřirelerin iř tatminsizliđine ve iřten ayrılmalarna neden olabilmektedir¹³.

Literatūre bakıldıđında hemřirelerin kalite algısı ile KHB arasındaki iliřkinin incelendiđi herhangi bir çalıřmaya rastlanılmaması nedeniyle bu çalıřmanın önemli olduđu dūřūnūlmektedir. Hemřirelerin kalite algı dūzeylerinin KHB'larına etkisinin belirlenmesi kaliteli hemřirelik bakımının sađlanmasındaki engelleri görmek, deđerlendirmek ve iyileřtirme faaliyetleri planlamak açısından yönetici hemřirelere rehber olabileceđini dūřūndūrmektedir. Ulusal ve uluslararası dūzeyde ele alınmamıř bu konuda literatūre gūncel veriler kazandırarak farkındalık dūzeyinin arttırılacađı dūřūnūlmektedir.

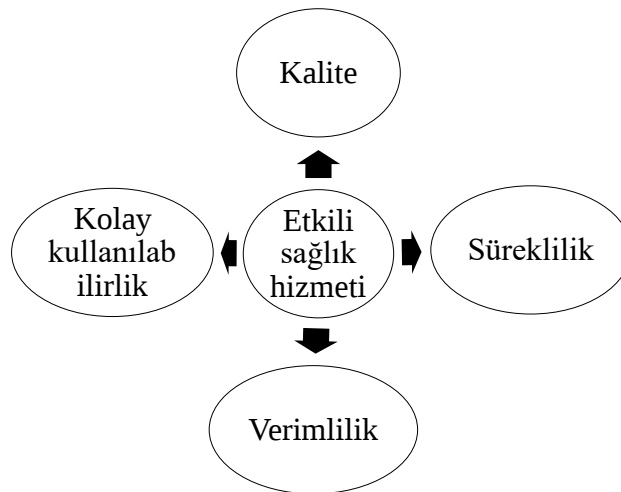
Bu doğrultuda çalışmanın amacı, Dūzce ili hastanelerinde çalışan klinik hemşirelerinin sağlık hizmeti kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişki incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmetleri insan sağlığının sürdürülmesinde temel taşlardan bir tanesidir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge’de yer alan tanıma göre sağlık hizmetleri; *"İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler"* olarak tanımlanmaktadır¹⁹. Türkiye’de 1961 yılında sağlık hizmetlerini devletin sorumluluğu altına alan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” yayımlanmış ve sağlığın geliştirilmesi, korunması, tanı ve tedavi süreçlerinin sağlanmasına ilişkin tüm tıbbi hizmetler sağlık hizmeti başlığı altında toplanmıştır²⁰.

Ülkelerin temel amaçlarından biri vatandaşına etkili, verimli, kaliteli ve zamanında sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık sisteminin temel amacı ise Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, toplumun sağlık düzeyini yükselterek sağlığın korunmasını sağlamak, toplumun ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilmek ve sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanın adil olmasıdır²¹. Ülkemizde sağlık sisteminin en önemli hedefi Sağlık Bakanlığı’na göre, toplumun ve bireylerin sağlık düzeylerini iyileştirmek, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırmak, sağlık hizmet kalitesini, verimliliğini artırmak, hasta memnuniyetini artırmak ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktır²¹. Sağlık hizmetlerinin etkin olması önemlidir. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri kalite, süreklilik, verimlilik ve kolay ulaşılabilirlik olarak özetlenebilir (Şekil 1)²².



Şekil 1. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri²²

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite kavramı olarak; bir hizmet ya da ürünün belirli bir isteği uygun duruma getirilmesini sağlayan oluşumdur²³. Kalite *kontrolü uygulamak ise; ekonomik, kullanışlı ve tüketici memnuniyeti sağlayan kaliteli ürün tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmet sunmaktır.*” şeklinde tanımlanmıştır²⁴. Kalite kavramının temel unsurları aslında örgüt kültürünü oluşturan ilke ve prensiplerdir. Bunları;

- Müşteri odaklılık,
- Sürekli iyileştirme,
- Süreçlerin denetimi ve yönetimi,
- Tam katılım anlayışı olarak sıralayabiliriz⁸.

Kalite kavramının tartışmasız en önemli uygulama alanı sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin çok fazla ve farklı tanımları bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite; *“sağlık hizmeti sürecinin tüm bölümlerindeki kazançlar ve kayıplar dengesi hesaplandıktan sonra, hastanın iyilik halinin en üst seviyeye çıkarması için beklenen hizmet”* olarak tanımlanmıştır^{25,26}. Diğer bir tanımda sağlık hizmetlerinde kalite; ameliyat olacak bir hastanın ameliyat için bekleme süresinin kısaltılması, acil servise gelen hastaların gerçek acil vakalar olması, klinik uygulamalarda standardizasyon sağlanarak farklılıkların azaltılması, bilimsel veriler ışığında uygulama yapılması ve en ileri teknolojiye yararlanılması, hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin belli bir düzeyde olması olarak kabul edilmektedir²⁷. Bir diğer ifadeyle, teknolojik gelişmeler ve bilgiler ışığında verilen bakımın hastalardan istenen olumlu sonuçları artırma, olumsuz sonuçları ise azaltma derecesi sağlık bakım hizmetlerinin kalitesidir. Hastaların ihtiyaçları kendine özgü olmakla birlikte bu ihtiyaçların tam olarak karşılanması bakımın kalitesini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesi hastanın yaşam kalitesindeki düzelmeye ilgilidir. Sağlık kurumu, sağlık personelleri ve sağlık hizmeti sunumu sırasındaki bazı faktörler de hasta bakımının kalitesini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda hasta bakımının kalitesi sunulan hizmetin kalitesine, sunulan hizmetin kalitesi de personelin kalitesine bağlıdır²⁸.

Donabedian (1988) sağlık hizmetlerinde kaliteyi; yapı, süreç ve sonuç çerçevesinde ele almıştır. Bunu açıklarken doğru sonuçlar elde edebilmek için doğru süreçlerin, doğru süreçlerin olması için de iyi bir yapının olması gerektiğini belirtmiştir. Yapı

değişkenleri içerisinde yer alan hastane özellikleri (maddi kaynaklar, teknoloji, insan kaynakları vb.), süreç değişkeni (tanı, tedavi vb.) olarak KHB gereksinimine yol açarak sonuç değişkeni olan personel ve hasta çıktısını etkilemektedir. Sonuç değişkeni içerisinde yer alan personel çıktıları iş doyumu, çalışan memnuniyeti ya da kurumdan ayrılma vb. sayılırken, hasta çıktıları olarak da morbidite ve mortalite oranları, hasta düşmeleri vb. sayılabilir^{15,29}.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının milattan önceki yıllara giden çok eski bir tarihi vardır. Hipokrat'ın mesleki davranış kuralları, Mısır papirüslerindeki tıbbi uygulama standartlarına ilişkin belgeler, Chou hanedanının doktor olabilmek için önce bir sınavdan geçilmesini istemesi ile doktorlara hastaların sonuçlarına göre ödeme yapılmasının belirlenmesi, İran'da tıbbi uygulama yapmak isteyenlerin sınava tabi tutulması sağlık hizmetlerinde kalite kavramının milattan önceki örnekleri olarak belirtilmektedir^{28,30}. 19. yy'da Florence Nightingale'in İngiltere'de sağlık hizmetlerinde iyileştirmeyi sağlamak için geliştirdiği sistemin, sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişim sürecinde önemli bir yere sahip olduğu ifade edilmektedir³¹. 1970'li yıllarda ABD'de hatalı tedaviler sonrası şikâyetlerin artması ve bu şikâyetlere ilişkin davaların açılması sağlık hizmetlerindeki kalitenin önemini göstermiş, sürekli iyileştirme anlayışının yerleşmesine yol açmıştır³¹. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma süreci başlamış ve tüm ülkeler sağlıkta yeni arayışlar içerisine girmeye başlamıştır. Bu anlayışla sağlık hizmet sunumundaki yetersizlik ve doğuracağı ciddi sonuçlar kalite kavramının sağlık hizmetlerindeki önemini arttırmıştır¹.

Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları ile ilgili gelişmelere Uluslararası düzeyde bakacak olursak 1951 yılında ABD'de birkaç kuruluşun bir araya gelmesiyle "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" adı ile ilk akreditasyon kurumu kurulmuştur. Sağlık hizmetlerindeki teknolojik gelişmeler ve yenilikler sonucunda bu kurumun adı "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)" olarak değiştirilmiştir. JCAHO' nun geliştirmiş olduğu standartlar ve iyi uygulama örnekleri başka ülkeler tarafından da fark edilerek ABD haricindeki ülkelerle de paylaşılmaya başlanmıştır. Bu nedenle ABD dışındaki diğer ülkelerde de standartların daha yaygın kullanılması amacıyla 1998 yılında Joint Commission International (JCI) örgütü kurulmuştur. JCI halen akreditasyon çalışmalarını JCAHO' nun bir alt kuruluşu olarak kâr amacı gütmekten devam ettirmektedir. JCI' nın temel amacı tüm dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini geliştirmektir²⁶. Sağlık

Bakanlığı ile JCI arasında 2001 yılında iş birliği yapılarak;

- Ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması,
- Standartları geliştirme,
- Kalite ölçme ve izleme sistemlerinin geliştirilmesi,
- Denetleyicilerin eğitilmesi,
- Veri tabanı oluşturulması için gayret gösterileceği taahhüt edilmiştir²⁶.

Dünyada uygulanan kalite sistemleri incelendiğinde her ülkenin kendine özgü bir kalite sistemi olduğu görülmektedir. Kalite uygulamaları konusunda geliştirilen programlar tamamen ya da kısmen devlet tarafından olmakla birlikte bazen de devletten bağımsız kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir². Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına ilişkin çalışmaların çoğunlukla ulusal akreditasyon sistemleri ile birlikte yürütülmekte olduğu görülmektedir³². Çünkü her ülkenin sağlık sistemlerinin beklentileri, ihtiyaçları ve öncelikleri farklı olduğu görülürken uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite ve akreditasyon sistemi kurmasına sebep olmuştur³². Türkiye’de akreditasyon çalışmalarına ilk olarak özel sektörde başlanmıştır. 1999 yılında 23866 sayılı kanunla Türk Akreditasyon Kurumu kurularak görev ve yetkileri belirlenmiştir. Bu kurumun hastane akreditasyon çalışmalarına fazla katkısı olmamakla birlikte özel sektörde başlayan hastane akreditasyon çalışmaları Üniversite Hastaneleri ve daha sonra Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneleri kapsamıştır⁹.

Türkiye’de “sağlıkta kalite” kavramı Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sağlık kuruluşlarının gündemine hızlı bir giriş yapmıştır. Aynı hızla yine kısa bir sürede önemli denebilecek düzeyde kazanımların elde edilmesine ve sağlık hizmet sunumunda belirgin düzeyde gelişmelerin oluşmasına da imkan sağlamıştır. Ülke çapında sağlıkta kalite kavramıyla birlikte ciddi bir farkındalık oluşturulmakla beraber bilgi birikimi de artırılmıştır².

2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi yürürlüğe girmiştir. Toplam kalite yönetimi anlayışı ile sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenilir, verimli, süreklilik arz eden ve ekip çalışması içinde yürütülmesi amaçlanmıştır. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı” kurularak sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının başarılı

olması için kurum kültürünün oluşturulması sağlanmıştır. 2012 yılında ise yeni yapılanma sürecinde Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı'nın varlığı sona ermiş ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 10 Ocak 2020 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge doğrultusunda isim değişikliği yapılarak “Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı” olarak değiştirilmiştir^{2,30}.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'ne ilişkin çalışmalar 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında gerçekleştirilmektedir³³. 10 Temmuz 2018 tarihli 1 no'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355. maddesinin h bendinde “Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulanmasını sağlamak” görevi gereğince Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamındaki tüm çalışmalar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca yürütülmektedir. Daire başkanlığının çalışmaları içerisinde sağlık personelinin de kalite çalışmaları içerisine dahil edecek adımlar atması ve personelin bu çalışmaları benimsemesi başarılı olmada oldukça önemli bir unsurdur^{2,30}.

Sağlık hizmetlerinde kaliteye ihtiyaç gün geçtikçe daha da artmakta ve önem kazanmaya devam etmektedir. Bunun nedenlerini sıralayacak olursak;

- Sağlık hizmetini talep edenlerin eğitim düzeylerinin yükselmesine bağlı kaliteli sağlık hizmeti talebinin giderek artması,
- Sağlık hizmetlerindeki kalite düzeyinin kurumlar arasında farklılık göstermesi,
- Gelişen teknoloji,
- Alınan sağlık hizmetinin kalitesinin sorgulanması,
- Sağlık hizmetine ödenen ücrete göre alınan hizmetin yeterli olup olmadığı endişesi sayılabilir³⁴.

2.2.1. Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel amacı

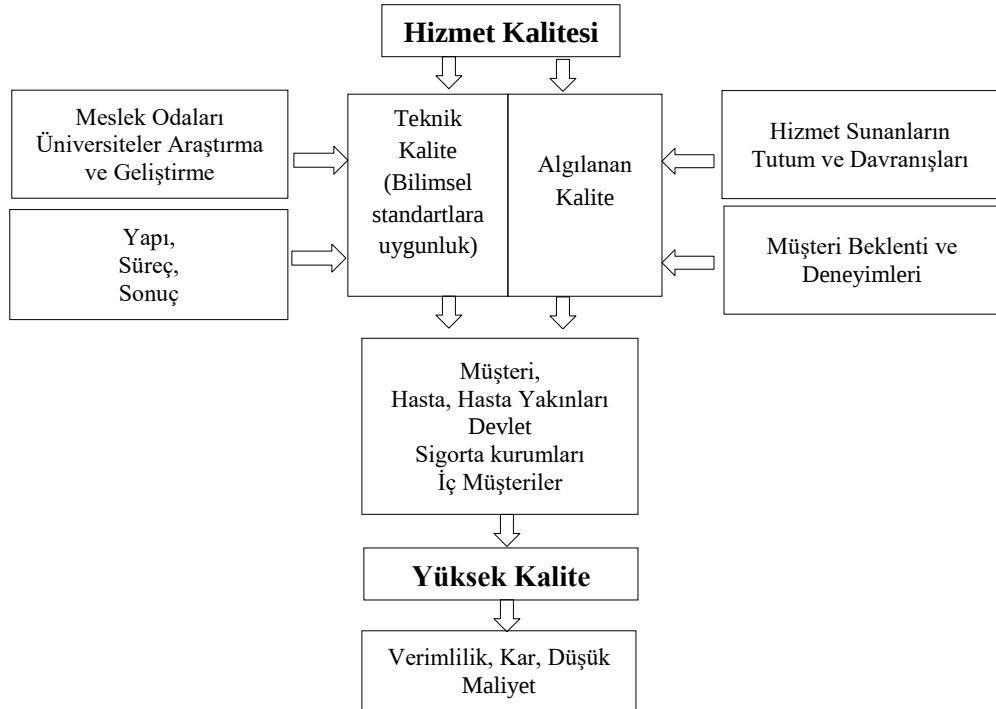
Sağlık hizmetlerinin kalitesi, bu hizmetlere ayrılan kaynakların ve sunulan sağlık hizmetinin önceden belirlenmiş standartlara ne kadar uyulduğunun da dikkate alınmasını gerektirir. Aslında sağlık hizmetlerinde kalitenin temel amacı yararlılığı artırırken maliyeti düşürmektir. Bu açıdan bakıldığında kaliteli sağlık hizmeti sunumu

diyebilmek için;

- Yönetim ve organizasyon yapısının güçlü olması,
- İş planlamasının yapılması,
- Kalite çalışmalarında üst yönetimin liderliği,
- Personel niteliği, personelin sürekli eğitimlerle güçlendirilmesi,
- Tüm çalışanların, sunulan sağlık hizmetinin ve dolayısıyla sağlık ekibinin bir parçası olduğunu bilmesi ve benimsemesi gerekir^{9,35}.

Sağlık hizmetlerinde tüm bu unsurlar birbiriyle bağlantılı olup, bu unsurlardan birinin eksik olması hizmeti sekteye uğratmaktadır³⁵. Toplumun kalite beklentisinin artması, sağlık hizmeti sunumundaki yetersizlikler ve tıbbi hataların hayati sonuçları, sağlık hizmetlerinde kalite kavramını daha da önemli hale getirmiştir⁹. Bu bağlamda sağlık kurumlarından hizmet alanların beklentilerinin karşılanması, tanı ve tedavi hizmetlerine güvenilirlik, tam donanımlı bir hastane ortamı, iletişime açık ve güler yüzlü sağlık çalışanları, hasta ve çalışanların güvenliğinin sağlanması gibi faktörler sağlıkta kalitenin temel öğeleri olarak değerlendirilmektedir³⁶.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicilerini Kavuncubaşı ve Yıldırım (2018) Şekil 2’de görüldüğü gibi açıklamıştır⁵.



Şekil 2. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri⁵

Kaliteli sağlık hizmetlerinin faydalarını sıralayacak olursak; sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürebilir, insana saygıyı ve insan haklarını geliştirebilir, hasta ve çalışan memnuniyeti arttırabilir, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması katkı yapabilir ve dolayısıyla ulaşılan en iyi sağlık düzeyine katkıda bulunabilir. Kalite politikası ve stratejisinin iyi geliştirilmesi sonucunda, iyileştirme önündeki engeller azalır ve daha fazla kaliteli hizmet gerçekleştirmeye katkı sađlanır³³. Bu nedenlerle hastanelerde kalite kültürünün oluşturulması önemlidir. Sağlık hizmetlerinde kalite kültürünün oluşması için gerekli ilkeler;

- Hasta ve çalışanların taleplerinin karşılanması,
- Sorunların tekrar etmemesi için kalıcı çözümler üretilmesi
- Hataların tespit edilmesi, sıfır hataya ulaşılanması,
- Çalışanların yeteneklerinden faydalanarak, hizmet sürecine katılımının sağlanması,
- Sürekli bir gelişimin sağlanması,
- Bireysel çalışma yerine ekip çalışmasının benimsenmesi
- Hizmetlerin ölçülebilir olması olarak sıralanmaktadır³⁷.

2.2.2. Sağlık hizmetlerinde kalite algısı

Sağlıkta kalite, yönetici desteği ve çalışanların aktif katılımıyla başarıya ulaşabilir⁷. Sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları, hastaların ise deneyimledikleri sağlık hizmeti ve sağlık hizmetlerinden beklentileri kalite algısını oluşturmaktadır⁵. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde sağlık hizmetleri için genelde hasta ve hasta yakınlarının algıladığı hizmet kalitesi anlaşılmaktadır. Hasta memnuniyeti, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini belirlemede ve algılamada önemli bir ölçüttür. Hastaların memnuniyeti hastaya yeteri kadar vakit ayırma, bekletilmeme, yeterli bilgilendirme, güler yüzlülük ve sağlık personeline güven duyma ile sađlanmaktadır³⁸. Algılanan kalite ile beklenen kalite arasındaki fark ise kalite düzeyinin düşük ya da yüksek olarak belirlenmesini sađlar³⁹. Beklenen hizmet kalitesi, hizmet alıcıların istekleri, hizmetin almadan önceki öngörüler iken algılanan hizmet kalitesi ise, hizmeti almadan önceki beklentileri ile hizmeti aldıktan sonraki deneyimlerinin kıyaslanmasıdır.

Hasta ve hasta yakınlarının algıladığı hizmet kalitesini doğrudan etkileyen unsurların başında sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanlarının algıladıkları hizmet kalitesi gelmektedir⁶. Biçer ve ark.'nın (2019) yapmış olduğu meta analiz çalışmasında sağlık

kurumlarında hizmet kalite algısının beklentileri karşılamadığı, hizmet kalite algısının orta düzeyde düşük olduğu, algılanan kalitenin beklenen kaliteden daha düşük olduğu belirlenmiştir⁴⁰. Kore’de hastaların ve hemşirelerin hemşirelik hizmetlerine yönelik kalite algısını ölçmeye yönelik yapılan bir çalışmanın sonucunda; hemşirelerin sunulan hizmetlerden beklenti ve kurum performansı algılarının hastalarinkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir⁴¹.

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunu hemşirelik hizmetleri oluşturmaktadır. Hemşirelerin hastalarla olan olumlu iletişimi, gösterdiği nezaket, anlayış ile mesleki tutumları, bilgi ve becerilerini kullanma şekilleri hasta ile hemşire arasında uyumun sağlanmasında önemli rol oynamaktadır⁴². Hemşirelik hizmetlerine ilişkin kalite standartları, hemşirelik sürecinin gözden geçirilmesi ve hemşirelik bakımının sonuçlarının değerlendirilmesi açısından temel oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetlerine ilişkin standartların oluşturulması için öncelikle sorunların tespit edilmesi ve sonuca ulaşmak için yapılması gerekenler tespit edilmelidir. Standartların belirlenmesinden sonra hemşireler tarafından kalitenin önemi anlaşılmalı, verdikleri bakım hizmetini değerlendirebilmelidir⁴³. Hemşirelik hizmetlerine ilişkin kalite ölçütleri Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Ulusal Kalite Forumu (NQF) tarafından; basınç ülserleri, hasta düşmeleri, kateter enfeksiyonları, ağrı yönetimi, hasta memnuniyeti, iletişim ve bakım saatleri olarak sıralanmıştır. Bu kriterlere ilişkin göstergeler sunulan hemşirelik hizmetlerinin kalitesini belirlemektedir⁴³. Sağlık hizmetlerinde kalitenin düzeyini belirlemek, iyileşme ve gelişmeleri görebilmek için ölçüm yapmak gereklidir. Bu ölçüm için hasta ve çalışan memnuniyet anketleri ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri kullanılmaktadır⁴⁰. Hemşirelik bakımının kalite çalışmalarına etkisinin büyük olduğu bilinmekle birlikte diğer sağlık çalışanlarının kalite çalışmaları konusundaki bilgi düzeyi, kalite standartlarını ne kadar benimsediği ve uyguladığının da bilinmesi gerekir³⁹.

2.2.3. Sağlıkta kalite standartları

Sağlık, ister toplumsal düzeyde isterse bireysel düzeyde olsun herkes için en önemli konuların başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yapısı da bu öneme istinaden sürekli bir gelişim, yenilenme ve değişim içerisindedir. Bu değişim sürecinin yönetilerek hataların önlenmesi için de kalite standartları bir gerekliliktir. Kalite standartları, ölçme, değerlendirme ve sürekli bir iyileştirme faaliyetleri ile sağlık kurumlarının gelişimini destekler^{1,2}.

Sağlık hizmetlerinin etkin, verimli, kalite standartlarına uygun sunulabilmesi ve kalite yönetimine ilişkin çalışmaların organize edilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde kalite koordinatörlüğü kurularak kalite çalışmalarına başlanmıştır. Bu çalışmaların en başında sağlık hizmetlerine ulaşımı, hastanelerin altyapısını, hizmet süreçlerini, hasta ve çalışanların memnuniyetini ölçen bir denetim yapısının oluşturulması gelmektedir². Öyle ki sağlık hizmetlerinin kalitesinin sunulması, değerlendirilmesi, ölçülmesi ve yönetilebilmesi için de bazı kriterlere sahip olması gerekmektedir. Bu kriterler ise sağlıkta kalite standartları adıyla anılmaktadır⁸. Sağlıkta Kalite Standartları; sağlık hizmeti sunumunun bütün aşamalarında kaliteyi değerlendirerek kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için sağlık çalışanlarına rehberlik görevi yapmayı amaçlayan bir araçtır².

Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) yönelik çalışmalar ülkemizde ilk olarak 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile başlamıştır³³. Sağlıkta dönüşüm programının sekiz ana bileşeninden biri olan “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite” ilkesinin ön plana çıktığı program kapsamında kalite standartları hazırlanmış ve SKS seti adı ile kalite değerlendirme süreçlerinde kullanılmak üzere yayınlanmıştır. SKS setleri, sağlık hizmetlerinin belirlenen ilkeler ve standartlar esas alınarak ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sağlıkta kalite standartlarının çıkış noktası ülkemizin ihtiyaçları ve koşulları olmakla birlikte alanında uzman kişiler tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar ile DSÖ hedefleri esas alınarak hazırlanmıştır³³. SKS’nin öncelikli amacı Türkiye’de sağlık hizmeti sunan tüm kurumlarda standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmaktır. Devamında SKS, ulaşılabilir en üst kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir².

Sağlık kurumlarında kamu, özel ve üniversite ayrımı yapmadan standardizasyon sağlamak, ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla 2011 yılında 621 kriter ile “Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane” yayınlanmıştır². SKS Hastane seti 2016 yılında 5 boyut (Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetler, Gösterge Yönetimi), 39 bölüm, 557 standart, 1.100 değerlendirme ölçütü ile kullanıma sunulmuştur. Son olarak 2020 yılına gelindiğinde SKS-Hastane (Sürüm 6) adı ile 5 boyut, 46 bölüm, 523 standart ve 1.599 değerlendirme ölçütü ile bugünkü son halini almıştır^{9,33}.

SKS-Hastane Seti hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Bu sebeple bölüm bazlı hazırlanmış olan standartlar, hizmet sunum süreçlerine göre

boyutlandırmıştır. Her bir bölümün amacı, hedefi, standardı ve değerlendirme ölçütü SKS-Hastane seti içerisinde açıklanmıştır. Her bölümün standartları bölüme ilişkin süreçler esas alınarak hazırlanmıştır ve bölümün amaç ve hedeflerinin karşılanmasını içermektedir. Bölümlerin bağlı bulunduğu boyutlar 5 grupta kategorize edilmiştir³³. Bunlar;

- **Kurumsal Hizmetler Boyutu:** bu boyut altında yer alan standartlar kurumun bütün alanlarında uygulanması gereken standartlardır. Sağlık kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesini sağlayan standartlar bulunur. Amaç tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim sistemi anlayışı geliştirmektir.
- **Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu:** Hasta güvenliği ve memnuniyeti ile çalışan güvenliği ve memnuniyetini sağlamak bu boyut altında yer alan standartların hedefidir. Hizmetlere hasta ve çalışan açısından bakmayı amaçlayan standartlar ve bölümler bu boyut altında yer almaktadır.
- **Sağlık Hizmetleri Boyutu:** Tıbbi hizmet süreçlerinin SKS hedefleri doğrultusunda sağlanması amacıyla oluşturulan standartların yer aldığı bölümlerden oluşan boyuttur. Acil Servis, Ameliyathane, Hasta Bakımı, Yoğun Bakım Ünitesi, Laboratuvarlar, Radyasyon Güvenliği gibi birçok bölüm bu boyut altında bulunmaktadır.
- **Destek Hizmetleri Boyutu:** Tıbbi hizmet süreçlerini sağlamaya yönelik gerekli alt yapının oluşturulması için hazırlanan standartların yer aldığı boyuttur. Hastanenin teknik alt yapısı ile hasta ve çalışanlar için daha güvenilir, daha kolay ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunumunu sağlayan standartlar bulunur.
- **Gösterge Yönetimi Boyutu:** Hizmet sunumuna ilişkin süreçlerin izlenmesi ve kalite iyileştirme çalışmalarının yapılması için gerekli verilerin alınmasını sağlayan bölümden oluşur. Bu boyut altında SKS göstergeleri yer almaktadır. Amaç, sunulan hizmetleri ölçmek, değerlendirmek ve iyileştirmektir³³.

2.2.3.1. SKS'nin amacı

- Sağlık hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması,
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması,
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması,
- Verimlilik ve klinik etkinliğin sağlanmasıdır³³.

Sağlık hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması: Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalite kültürünün gelişmesinde önemli bir role sahip olan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setleri bu amaç doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumu için fiziki koşulların iyileştirilmesi, insan gücü faktörü ve teknolojik kapasitenin artırılması ile standartların uygulanması ve uygulanma düzeyinin değerlendirilmesi bir bütünsellik arz etmektedir³³.

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması: Güvenlik kavramı hastalar ve çalışanlar açısından birçok hedefi içinde bulundurduğundan hasta ve çalışan güvenliği bir arada ele alınması gereken bir konudur. SKS'nin hasta güvenliği açısından hedefleri; ilaç güvenliğinin, cerrahi güvenliğin, radyasyon güvenliğinin, tıbbi cihaz güvenliğinin, transfüzyon güvenliğinin, tesis güvenliğinin, laboratuvar güvenliğinin, bilgi güvenliğinin sağlanması gibi sayılabilir. SKS'nin çalışan güvenliği açısından hedefleri olarak; risklerin ortadan kaldırılması ya da minimize edilmesi, sağlık taramalarının düzenli yapılması, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, enfeksiyonların önlenmesi, tehlikeli maddelere maruziyetin önlenmesi, çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi gibi birçok faktör sayılabilir².

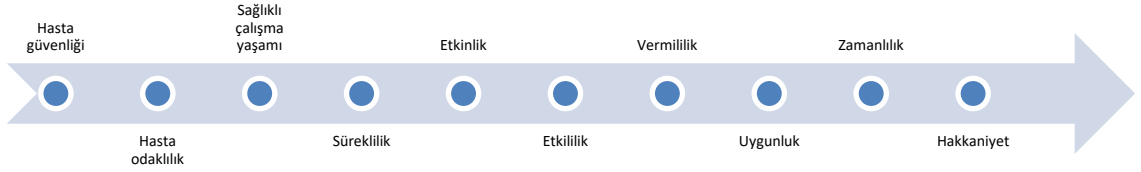
Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması: Sağlık kurumlarında kalite çalışmalarının sonucu, hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesi ile anlaşılabilir. SKS uygulamaları hasta ve çalışan memnuniyeti üzerinde olumlu etkiye sahiptir².

Verimlilik ve klinik etkinliğin sağlanması: Amaç, doğru hizmetin, doğru zamanda, en az maliyetle gerçekleştirilmesidir. Örneğin; doğru taraf cerrahisinin yapılması bir etkinlik ise, komplikasyonsuz gerçekleşen bir işlemde etkililiktir. Etkinlik ve etkililik maliyetlerin azaltılmasına da katkı sağlayacağı için verimliliğe de etki etmektedir. Örneğin; düşme önlemlerinin alınmadığı bir sağlık kuruluşunda hasta düşmeleri daha fazla gerçekleşecek ve bu durum maliyetleri arttıracaktır².

2.2.3.2. SKS'nin hedefleri

Sağlıkta kalite standartlarının ana hedefi; hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak ile hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamaktır. Sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için; etkin, etkili, verimli, sağlık çalışanları için güvenli bir çalışma ortamının sağlandığı, hasta güvenliğinin sağlandığı,

hakkaniyetli, hasta odaklı, uygun, kabul edilebilir bir zaman aralığı içinde ve süreklilik arz etmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından belirlenen 10 hedef üzerine inşa edilmiş ve Şekil 3’de gösterilmiştir. Hedeflerin bir bütün olarak ele alınmasından hareketle, sağlıklı bir çalışma ortamının olmadığı bir sağlık kurumunda hasta odaklı olma hedefinin gerçekleştirilmesi mümkün değildir³³.



Şekil 3. SKS Hastane Hedefleri³³

Bu hedeflere ulaşmak için; kalite yönetim sisteminin kurulması ve ölçüm kültürünün yerleştirilmesi gerekmektedir. Hedeflerin gerçekleşmesi durumunda gerçek bir başarıya ulaşılmakta olup, bu başarının ortaya çıkması için sağlık hizmetleri yöneticilerinin SKS’yi benimseyerek sağlık kurumlarındaki tüm kademelerde SKS çerçevesinde iyi bir yapılanma kurması önemlidir³³. Sağlıkta kalite standartlarına sadece puan olarak bakmak yerine standartların davranışa dönüştürülmesi durumunda önem kazanmaya başlayacaktır. Bunun gerçekleşmesi için SKS’nin kurumlarda süreklilik arz etmesi gerekmektedir. Bu sürekliliği sağlamak için de eğitimler, kongreler ve değerlendirmelerle kalite bilincinin oluşturulması, sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda sağlık çalışanlarının SKS’yi önemsemesini sağlayacak ve belirlenen hedeflere odaklanılarak hizmetler gerçekleştirilecektir².

2.3. Hemşirelik bakımı

Hemşirelik mesleğinin uğraş alanı insan olması sebebiyle bu mesleğin temelinde “bakım” yer almaktadır. Bakım tabi ki yalnızca hemşirelik mesleğine özgü değildir, ancak hemşirelik için özgündür⁴⁴. Hemşirelik bakımı, insanların yaşamlarının belirli bir döneminde ihtiyaç duyduğu ya da duyacağı bir hizmettir⁴⁵. Literatürde hemşirelik bakımı “hemşirenin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden mevcut ya da olası sağlık problemlerine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya, değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye

getirmeye yönelik kurduğu ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğudur” şeklinde tanımlanmıştır⁴⁶.

Wal (2005) hemşirelik bakımının mesleki bir eylem olmasını altı başlıkta toplamıştır;

- Bakım yalnızca geniş zaman eylemi değil, farklı boyutları olan (etik, ahlaki, dini) bir kavramdır.
- Bilgi, beceri ve deneyimi içinde barındıran iyi ve doğru olanı yapmaktır.
- Etik bir davranış şeklidir.
- Bir bilimdir ve teknik bir yöntemdir.
- Mesleki süreçte memnuniyeti artıran bir eylemdir.
- Tedaviye eşlik edici ve hızlandırıcı bir özelliğı vardır⁴⁷.

Hemşirelik bakımının tanımı ve özelliklerine bakıldığında birçok ögeyi içinde bulundurduğu görölmektedir. Hemşirelik bakımında birinin başka birine bakım vermesi söz konusu olduğundan iletişim ön planda yer almaktadır. Bakım verici rolündeki kişinin bakımı alan kişi hakkında bazı bilgilere sahip olması gerekmektedir ve bakım verirken hasta ile sürekli iletişim halinde olup bakımın sorumluluğunu üstlenerek hastanın yararı için en iyisini yapmalıdır⁴⁶. Hemşireler genellikle bakımı; hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, tedavisinin yapılması, vücut bakımının yapılması, güvenliğin sağlanması, hastalar arasında öncelik sıralaması yapılması ve hastaların bütüncül olarak yaklaşılması olarak tanımlamışlardır⁴⁸. Bakım sürecinde hemşire empati kurması, dokunması, dinlemesi, beden dilini kullanması, hastayı bilgilendirmesi ile hastanın iyileşme sürecini hızlandırabilir⁷. Tüm bu bilgiler doğrultusunda profesyonel anlamda bakım verme rolünü üstlenmiş meslek grubu olan hemşirelerin iyi bir bakım verebilmesi için; sabırlı olması, empati kurabilmesi, tarafsız olması, öfkesini kontrol edebilmesi, bakım verirken yargılayıcı olmaması, hastanın özerkliğine saygı duyması, bakımı sadece işi olduğu için değil isteyerek ve hastaya yardım ettiğine inanarak yapmış olması, değişime açık olması, sorumluluk alması gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir⁴⁶.

Çalışanlarda, belgelenmiş olan fakat uygulamada varlığı hissedilmeyen bir kalite anlayışının hâkim olması sağlık kuruluşunda kaliteyi gereksiz iş yükünden öteye götüremez⁷.

2.3.1. Hemşirelik bakım kalitesi

Hemşirelik bakımı, hastanın bilgilendirilmesi, karşılanamayan gereksinimlerinin karşılanması, destek olunması ve baş etme konusunda yardım edilmesini içerir. Hemşire tarafından hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini anlamak hastaya verilecek olan hemşirelik bakımının kalitesini etkiler. Bakımın kalitesi hasta ile hemşire arasındaki ilişkiye ve hemşirelik bakım sürecine bağlıdır⁴⁵. Hemşirelik süreci, bireyin bakım ihtiyacının tanımlanması ve bireye özgü standardize edilmiş bir bakım verilmesinden oluşur. Aynı zamanda hemşirelik süreci hemşirelik bakımının temelidir⁴⁹. Hemşirelik bakımı hastaya özgüdür ve her hastanın ihtiyacı olan hemşirelik bakımı farklı olabilir⁵⁰. Hemşirelik bakımı ve uygulamalarının içeriği hastanın sağlığının devamlılığını sağlayarak gerekli bakımda istenilen sonuca ulaştıracak standartlardan oluşmaktadır. İstenilen sonuca ulaşabilmek ve sorunları tespit edebilmek için de birey ve sağlığı hakkında bilgi edinmek gerekmektedir. Burada önemli olan bireyin beklentisinin ne olduğunu bilmektir. Sunulan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki fark ise hizmetin kalitesini oluşturur⁴². Hemşirelik bakımının kalitesi hemşireden ve hizmet sunulan bireyden kaynaklanan çevresel, kişisel ve sosyal birçok faktörden etkilenir. Tüm bu faktörlerin bir araya gelmesi sonucunda sunulan hemşirelik bakımının kalitesi ölçülür ve değerlendirilir⁴².

Hemşirelik bakımında kalitenin temelleri 1960'lı yıllarda ABD'de hemşirelik standartlarının oluşturulmasıyla başlamıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından tüm hemşirelerin yararlanabileceği ölçülebilir, ulaşılabilir ve değerlendirilebilir standartlar oluşturularak sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi hedeflenmiştir^{43,51}. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) bakımın kalitesini; hastaya verilmesi gereken en iyi hemşirelik bakımını sağlamak için yapılan aktiviteler olarak tanımlamıştır^{43,51}.

Hemşirelik bakımının kalitesi değerlendirilirken iki yöntem kullanılır. Birincisi bakım standartlarının değerlendirilerek bu standartlara göre uygulamanın ölçülmesi ve kontrol edilmesi iken diğeri hasta memnuniyetidir⁴². Hemşirelik mesleği, sağlık sektörü içerisinde en fazla üyeye sahip bir meslek grubu olduğu için hemşireler sağlık hizmeti sunumunda başarının ve kaliteli hizmet sunumunun önemli belirleyicilerindendir⁹. Kaliteli bir hemşirelik bakımı almak her hastanın hakkı olmakla birlikte her hemşirenin de sorumluluğudur. Bu nedenle kaliteli bir sağlık hizmeti demek, aynı zamanda kaliteli

hemşirelik bakımı demektir¹⁵. Bazı durumlarda ihtiyaç duyulan hemşirelik bakımı uygulanamamakta ve bu durum hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir⁸. Hemşireler zamanlarının %90'nını hastalara bakım vererek geçirmektedirler. Bu nedenle sağlık kuruluşunda kalite belgesinin alınmasında ve sürdürülmesinde, hemşirelik bakımının etkileri daha fazla olmaktadır¹⁰.

Hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta güvenliğini sağlanması yönetici hemşireler için önemli bir sorundur⁵². Çünkü hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hasta memnuniyet düzeyleri ile orantılıdır. Bakım kalitesi ne kadar iyi olursa hasta memnuniyeti de o kadar yüksek çıkar. Bu nedenle hasta memnuniyet ölçümleri sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesinin belirlenmesinde önemli bir geri bildirim sağlar. Hastaların hastanede geçirdikleri süre içerisinde hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet tüm sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti ifade eder⁴². Gül ve Dinç' in (2018) hastaların hemşirelik bakımından beklentilerini incelediği çalışmasında, hastaların yarıdan fazlasının bakım sırasında hemşirelerin güler yüzlü olması gerektiğini, yarıya yakınının ise hemşirelerin hastalara karşı daha ilgili olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerden, iyi niyetli, hoşgörülü, daha insancıl ve duyarlı olmaları, mesleki bilgi ve becerilerini kullanmaları, hastanın ihtiyacı olan tedavi ve hemşirelik bakımını zamanında ve eksiksiz yapmalarını bekledikleri belirlenmiştir⁶.

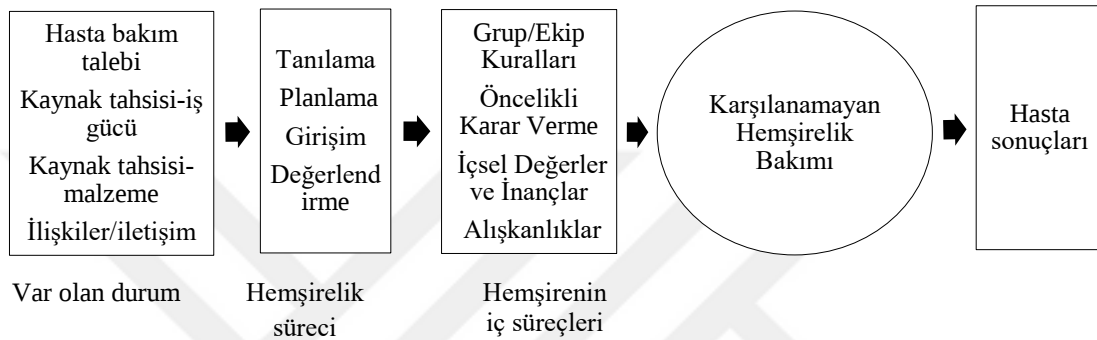
Hemşirelik bakımının kalitesi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler hemşirelerden ve hastalardan kaynaklanabilecek çevresel ve kişisel faktörler olabilir. Hastalara ilişkin faktörleri; hastanın yaşı, ekonomik durumu, bilgi düzeyi ve destek sistemleri olarak sıralamak mümkünken, hemşirelere ilişkin faktörleri de; iletişim, hastaya ayırdığı zaman, empati kurması, teknik becerisi olarak sayabiliriz⁵³. Hemşireler hastalara kaliteli bakım verdiklerini hissettiklerinde işlerinden memnuniyeti daha fazla olmakla birlikte bunun tam tersi olması da mümkündür. Yani hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sağlayamadıkları durumda iş tatminsizliği ortaya çıkabilir⁵⁴. Kalisch ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin sundukları bakımın hasta üzerindeki olumlu etkilerini görmeleri iş tatminini arttırdığı belirlenmiştir⁵⁴.

2.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

KHB kavramı ilk olarak Kalisch tarafından 2006 yılında ortaya konulmuştur. Kalisch'e göre bu kavram, hasta için gereken hemşirelik bakımının tamamen veya kısmen ihmal edilmesi ya da ertelenmesini ifade etmektedir⁵⁵. KHB, bir problemin (malzeme ya da

zaman yetersizliği), bir sürecin (öncelikli bakım için karar verme) ve bir sonucun (tamamlanmayan bakım) üç uçlu bir olgu olarak değerlendirilmesini gerektirir⁵⁶.

Kalisch ve ark. (2009) tarafından geliştirilen KHB modeline göre var olan durum (hasta bakım talebi, kaynak tahsisi-iş gücü ve malzeme, ilişkiler/iletişim), hemşirelik süreci (tanılama, planlama, girişim ve değerlendirme) ve hemşirenin iç süreçleri (grup/ekip kuralları, öncelikli karar verme, içsel değerler ve inançlar, alışkanlıklar) KHB'na neden olmakta, KHB'da olumsuz hasta sonuçlarına neden olmaktadır¹³.



Şekil 4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli¹³

Jones ve ark.nın (2015) yaptıkları bir literatür taraması sonuçlarına göre; hemşirelerin çalışma ortamlarının KHB'nda bireysel hemşirelik özelliklerinden daha güçlü etkisi olduğu ortaya çıkmıştır⁵⁶. Kalisch ve ark.'nın 2012 yılında ülkemizde yapmış oldukları bir çalışmada acil servis hemşirelerinin ABD'deki hemşirelere kıyasla hemşirelik bakımını daha fazla uyguladıkları bildirilmiştir¹⁷. Kalisch ve Willams'ın 2009 yılında klinik bazında yaptıkları çalışmada ise nefroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin KHB'nın diğer tüm kliniklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir⁵². Yine kliniklere göre Friese ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada onkoloji kliniklerinde KHB'nın diğer kliniklere göre daha az olduğu belirlenmiştir⁵⁷. Kalisch ve ark. nın (2012) KHB'nın düzeyi ve nedenleri bakımından magnet ve magnet olmayan hastanelerde farklılık olup olmadığını inceledikleri çalışmada magnet hastanelerde KHB'nın daha az olduğu sonucuna varılmıştır⁵⁸.

Kalisch 2006 yılında yaptığı çalışmada KHB olarak 9 hemşirelik bakım uygulaması tanımlamıştır. Bunlar; mobilizasyon, hastayı hareket ettirme, yetersiz besleme, yetersiz hasta eğitimi, taburculuk planlamasının yetersizliği, yetersiz duygusal destek, yetersiz hijyen (ağız bakımı, vücut bakımı vb.), aldığı çıkardığı takibinin yetersiz yapılması ve yetersiz gözlem olarak belirlenmiştir⁵⁹. Amerika'da MISSCARE Survey ölçeği

kullanılarak 10 hastanede çalışan hemşirelerle yapılan araştırma sonuçları da en sık (sıklıkla+hiçbir zaman) yapıldığı bildirilen KHB'larının %32,7'sinin hareket ettirme/yürüme, %31,8'inin düzenlenen bakım konferanslarına katılma ve %25,5'inin ağız bakımı olduğu belirlenmiştir⁵⁰. Konuyla ilgili yapılan diğer araştırmalarda da en sık KHB olarak %84 hastanın hareket ettirilmesi, %83 uygulanan ilaçların etkilerinin izlenmesi, %82 pozisyon değiştirme ve yine %82 ağız bakım uygulamalarının sıklıkla ortaya çıkan KHB olarak bildirilmiştir. Ayrıca Wegman'ın (2011) çalışmasında Pazartesi günleri hemşirelik bakımını kaçırma oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir^{60,61}.

Hemşirelerin KHB'nı nasıl algıladıklarının yanı sıra hastaların nasıl algıladıkları da önemli olmaktadır. Kalisch ve ark. (2012) çalışmasında KHB'nın hastalar tarafından nasıl algılandığını belirlemeye yönelik yaptıkları araştırmada hemşirelere göre; ağız ve vücut bakımı, ağrı tedavisini tamamen karşılanamamış hemşirelik bakımı, yaşam bulgularının takibi, el hijyeni ve hasta eğitimlerini kısmen karşılanamamış hemşirelik bakımı, damar yolunun bakımı, hastanın bakım sonrası değerlendirilmesi ise tamamlanmayan hemşirelik bakımı olarak belirtilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların ve hemşirelerin KHB olarak belirttikleri durumların benzer olduğu ortaya çıkmaktadır^{58,62}.

2.4.1. Karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen faktörler

Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışmalarını etkileyen faktörleri şu şekilde sıralamıştır;

- Hastalığın ciddiyeti
- Hastanede yatış süresi
- Çalışma saatlerinin değişkenliği
- Yetersiz hemşire sayısı
- Hasta devir hızının artması
- Yöneticilerin sürekli değişmesi
- Çalışma saatlerinin uzun olması
- Yeni bilgi üretiminin hızlı olması
- İş çevresindeki karmaşık yapı^{13,14}.

Bu faktörler bakım sürecinde hemşirelerin hata yapmasına neden olacak durumları etkileyerek bakımın gecikmesi ya da ihmal edilmesine sebep olabilmektedir¹⁸. Yapılan

alışmalar incelendiğinde; çalışma koşulları, çalışma biçimleri, hastanelerin fiziki ortamı, yapılan/yapılamayan için özelliği, personele ait özellikler, iş deneyimi, ekip çalışması, personel sayısı, iş yükü, yönetim biçiminin KHB nı etkileyen nedenler arasında olduğu grlmektedir¹⁸.

KHB'nı etkileyen faktörler arasında yer alan iş yükü; hasta başına düşen hemşire sayısının az olması durumunda hastanın ihtiyaı olan hemşirelik bakımı tam olarak karşılanamadığında ortaya çıkmaktadır. Yine hastane olarak ihtiyaın altında hemşire istihdamının sağlanması da KHB na sebep olabilmektedir. Hemşirelerin hastaya harcadığı zamanın azalması durumunda hasta güvenliği ihlallerinin arttığı, olumsuz hasta sonuçları ile karşılaşılabileceği grlmektedir¹⁸.

Çalışanların unvanı, çalışma süreleri ve iş deneyimi ile KHB arasında ilişki bulunmaktadır. Bununla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Kalisch ve ark. (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin hemşire yardımcılarına göre daha az KHB na sebep olduğu, KHB algılarının ise aynı hasta ve aynı müdahalede farklı olduğunu ortaya çıkar mıştır. Gece vardiyasında çalışan hemşireler gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre daha az bakım kaçırdıklarını bildirmiştir. İş deneyimine göre bakıldığında ise deneyim arttı KHB'nın da arttığı belirlenmiřtir⁶³.

Ekip çalışmasının hasta bakım kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gibi KHB üzerinde de etkileri önemlidir. Öyle ki araştırmalara göre ekip çalışması arttı KHB nın azaldığı belirlenmiştir. Kalisch ve Lee (2010) tarafından yapılan çalışmada ekip çalışmasının iyi olduğu birimlerde KHB nın %11 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ekip uyumu ile KHB arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiřtir⁵⁵.

2.4.2. Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri

KHB kavramı birçok kavramla benzerlik göstermekle birlikte aslında farklılıkları bulunan kavramlardır. Bunlar içerisinde; bitirilmemiş bakım, yerine getirilmeyen bakım, karşılanmamış bakım gibi kavramlar aslında farklılık arz etmektedir. KHB kavramının bu kavramlardan farkı; mevcut durumun nitel araştırmalarla değil, hasta sonuçlarına yönelik kavramlaştırılması, kavram analizinin test edilmesi, belirli dönemde meydana gelen ihmal ya da ertelemeler yerine düzenli ya da sürekli olan ihmal ya da ertelemelerin incelenmesi, geliştirilen lĞin sadece ihmal ya da ertelemeyi belirlemek yerine nedenleri de ortaya çıkar masıdır¹⁸. KHB'nın nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %73' girişimsel ve temel bakım, %71'i planlama,

%44'ü değerlendirme ile ilgili karşılanamayan bakım olduğunu bildirmişlerdir⁵². Kalisch ve arkadaşlarının geliştirdikleri KHB Gereksinimi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizini yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %44'ünün tanılama sürecinde, %70'inin üzerindeki ise uygulama, planlama ve temel bakım sürecinde hemşirelik bakımının karşılanmadığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %85'i işgücü kaynağını KHB'nin nedeni olarak göstermişlerdir⁶⁰. Kalisch ve ark. nın (2011) başka bir çalışmasında ise; 10 hastane içerisinde KHB nedenleri olarak ilk 3 sırada %93,1 ile yetersiz iş gücü kaynağı, %89,6 ile maddi kaynaklar ve %81,7 iletişim olduğu belirlenmiştir. İş gücü kaynağının alt ölçeğinde hasta sayısındaki beklenmeyen artış, maddi kaynaklar alt ölçeğinde ise ilaçların bulunamaması en fazla KHB nedeni olarak belirtilmiştir⁵⁰.

Kalisch 2006 yılında yapmış olduğu bir çalışmada süreklilik arz eden, tekrarlayıcı, acil ya da acil olmayan durumlarla ilgili her türlü ihmali KHB olarak değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda, KHB'na sebep olarak sağlık personeli sayısının az olması, hemşirelik bakımı ve girişimleri için gereken sürenin az olması, mevcut personelin etkin kullanılmaması, "bu benim işim değil" sendromu, uygun olmayan yetkilerin verilmesi, ihmali alışkanlık haline getirme ve inkar olmak üzere yedi başlık belirlenmiştir^{18,59}.

Misscare survey ölçeği ile yapılmış çalışmalar KHB'nin nedenlerini sağlık çalışanı, malzeme ve iletişim olmak üzere 3 başlıkta toplamışlardır¹⁸. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da diğer çalışmalarla aynı olarak hemşireler KHB nedenleri olarak; yetersiz kaynak (malzeme, ekipman vb.), yetersiz istihdam ve yetersiz iletişim ya da ekip çalışmasını bildirmişlerdir^{17,18}.

Türkiye'de KHB gereksinimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakla beraber Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin çalışıldığı bir çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda KHB gereksiniminin Türkiye'de Amerika'ya göre daha düşük seviyede olduğu fakat nedenleri açısından bakıldığında daha fazla nedenin ortaya çıktığı belirlenmiştir^{17,18}. Aynı çalışmada Türkiye'de Amerika'ya kıyasla KHB gereksiniminin daha düşük olma sebebinin Türkiye'de aile bireyleri ve akrabaların hastanedeyken refakatçi olarak hastanın yanında kalması ve temel hemşirelik bakımının birçoğunu karşılamaları olarak belirtilmiştir¹⁷. Türk hemşirelerin ihmal hatalarını bildirmekten korkuyor olmaları da Amerika'ya göre KHB'nin daha düşük olmasına sebep olabilmektedir¹⁷. KHB gereksinimi nedenlerinin ortaya konularak problemlerin tespiti ve düzeltici çalışmalar

sağlık hizmetlerindeki kalitenin artmasına ve aynı zamanda hasta güvenliğinin sağlanmasına katkı sağlayacaktır¹⁵.

Yürün'ün (2015) çalışmasında hemşirelerin %47'sinin hastalara bakım için yeterli zaman ayırdıklarını, %41'i kısmen zaman ayırdıklarını, %12'si ise hasta bakımı için yeterli zaman ayıramadıklarını bildirmiştir. Aynı çalışmada yeterli zaman ayıramama sebebi olarak da %49,02'si personel yetersizliği nedeniyle, %25,49'u iş yoğunluğu nedeniyle, %22,5'inin ise hasta ve hasta yakınlarının isteklerinin fazla olması nedeniyle yeterli zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir⁶⁴. Karadağ ve Taşçı'nın (2005) çalışmasına göre, hemşirelerin %68,8'i çalışma koşullarının, %32,3'ü iletişim sorunlarının, %14'ü görevi olmayan uygulamaların hasta bakımını etkilediğini ifade etmişlerdir⁶⁵.

Karadağ ve Taşçı'nın (2005) hemşirelerin verdikleri hemşirelik bakımının incelendiği çalışmada, hemşirelerin genellikle hekimin order ettiği tedaviyi ve vital bulguların takibi gibi rutin hemşirelik uygulamalarını yaptıkları, bakım uygulamalarını yapmakta sorun yaşadıkları ya da hemşirelik işlevi olarak görmedikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin yoğun bakım ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha az bireysel hijyen uygulamaları yaptıkları belirlenmiştir. Dahili kliniklerde daha çok yaşlı ve kronik hastalığı olan hastalar yatmakta olup, bu hastaların daha fazla bireysel hijyen uygulamasına ihtiyacı olmasına rağmen hemşirelerin hijyen uygulamalarını bu kliniklerde daha az uygulama sebebi olarak hastaların birçoğunun yanında refakatçisi olması ve hemşireler tarafından da hijyen uygulamalarının çoğunlukla refakatçilere bırakılmasından kaynaklı dahili kliniklerde bireysel hijyen uygulamasının az yapıldığı sonucuna varıldığı düşünülmüştür. Klinik bazında incelendiğinde bireysel hijyen uygulamalarının çoğunlukla cerrahi kliniklerinde uygulandığı, yoğun bakımlarda ise solunum, sindirim ve vücut mekaniğine yönelik bakım uygulamalarının daha fazla yapıldığı belirlenmiştir⁶⁵.

2.4.3. Karşılanamayan hemşirelik bakımının sonuçları

KHB'nın sonuçları hastalar ve hemşireler üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. KHB'na istinaden yapılmayan ya da ihmal edilen hemşirelik bakımından kaynaklanan olumsuz hasta sonuçları; yetersiz ambulasyon sebebiyle malnütrisyon, malnütrisyon sebebiyle yatış süresinde uzama, tıbbi bakım ihtiyacının artması, hasta bakım kalitesinde düşme ve hastane masraflarında artış sayılabilmektedir⁶⁰. Kalisch'in hangi

hemşirelik bakımlarının kaçırıldığını inceleyen 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin tamamı tüm hemşirelik bakımlarını sağlayamadıklarını ve bunun için yüksek düzeyde pişmanlık, suçluluk ve hayal kırıklığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir⁵⁹.

KHB sadece hasta güvenliği ihlallerine neden olmamakla beraber hemşireler içinde olumsuz etkilere neden olduğu görülmüştür. KHB'nı gizlemek hemşireler için yoğun bir stres yaşamalarına sebep olurken düşük benlik saygısına da neden olmakta, gizlemek için de ayrıca bir enerji harcamalarına yol açmaktadır^{13,18}. Kalisch 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada KHB'na ilişkin hemşirelerin yaklaşım ve algılarını incelemiş ve sonucunda hemşirelerin bazen üzüntü, öfke, endişe ve hayal kırıklığı şeklinde tepki gösterirken az bir grubunda umursamaz tepkiler verdiklerini belirlemiştir¹³. Yapılan çalışmalar hemşirelerin aslında kaçırdıkları bakımın farkında olduklarını ancak sorulmadıkça bu durumu kabul etmediklerini göstermektedir⁶⁶. KHB'nın yüksek olduğu birimlerde çalışan hemşirelerde görevden ayrılma düşüncelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. KHB az olduğu birimlerde çalışan hemşirelerde ise iş doyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir^{18,54,67}.

2.4.4. Karşılanamayan hemşirelik bakımının önlenmesi

Olumsuz hasta ve hemşire sonuçlarının önlenmesi açısından KHB çözümü gereken ciddi bir problem olarak görülmektedir. Hemşireler çoğunlukla KHB'nı gizledikleri için bu konu çok fazla açığa çıkmamaktadır. İlk olarak yapılması gereken bunu açığa çıkararak tartışılabilir bir hale getirmek ve çözüm üretmek gerekir. Açığa çıkarmanın önemli noktası ise cezalandırıcı olmaktan kaçınmaktır. Hemşirelerin KHB dile getirdiğinde cezalandırılacağı düşüncesi sır olarak kalmasına neden olacak ve KHB'nı önleyecek çözümler üretilmeyecektir. Hemşireler yaptıkları bakımın kalitesinden kendileri sorumludur ve yapmadıkları ya da ihmal ettikleri bakımı da kendileri ifade edebilmelidir. KHB'nın önlenmesi için hemşireler tarafından raporlandırılması önemlidir. Hemşireler bu konu ile ilgili bildirim yapmaları konusunda cesaretli olunmalı, destek sağlanmalı, raporlandırmaya ilişkin bildirim mekanizmaları kurulmalı, bildirim yapanları cezalandırmak yerine ödüllendirerek raporlamaya teşvik edilmeli, yapılan bildirimler ayrıntılı analiz edilmeli, ekip çalışması geliştirilmelidir^{18,66}. Ayrıca yetersiz malzeme ve ekipman, yetersiz istihdam, çalışma süresi, hastanın yetersiz değerlendirilmesinden vb. kaynaklanan KHB'ları da araştırılarak gerekli iyileştirici faaliyetler planlanmalıdır⁷.

2.4.5. Hemşirelikte kalite algısı ve karşılanamayan hemşirelik bakımının önemi

Hemşirelik mesleği, sağlık sektörü içerisinde en fazla üyeye sahip bir meslek grubu olduğu için hemşireler sağlık hizmeti sunumunda başarının ve kaliteli hizmet sunumunun önemli belirleyicilerindendir⁹. Hemşirelik bakımının kalitesi hemşireden ve hizmet sunulan bireyden kaynaklanan çevresel, kişisel ve sosyal birçok faktörden etkilenir. Tüm bu faktörlerin bir araya gelmesi sonucunda sunulan hemşirelik bakımının kalitesi ölçülür ve değerlendirilir⁴². Sunulan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki fark ise kalite algısını oluşturur⁴². Hemşirelik bakımının kalitesini olumsuz etkileyen unsurlardan birisi bazı hemşirelik bakımlarının karşılanamamasıdır. Yönetici hemşireler tarafından yapılması gereken KHB ve nedenlerini açığa çıkararak tartışılabilir bir hale getirmek ve çözüm üretmektir. Açığa çıkarmanın önemli noktası ise cezalandırıcı olmaktan kaçınmaktır. Hemşireler bu konu ile ilgili bildirim yapmaları konusunda cesaretli olunmalı, destek sağlanmalı, raporlandırmaya ilişkin bildirim mekanizmaları kurulmalı, yapılan bildirimler ayrıntılı analiz edilmelidir^{18,66}.

Hemşirelerin kalite algı düzeyleri ile KHB arasındaki ilişkinin belirlenmesi, sunulan hemşirelik bakımlarındaki iyileştirmeye açık alanların belirlenmesinde yönetici hemşireler için rehberlik edebilir. Yönetici hemşirelerin kurumsal hedeflerini belirledikleri birim bazlı hemşire planlaması, yeni hemşire istihdamının belirlenmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, malzeme ve cihaz ihtiyacının tespiti, çalışan motivasyonu için gerekli çalışmalar ve hemşirelerin bakıma ilişkin eğitim ihtiyaçları gibi yönetsel faaliyetlerde hemşirelerin kalite algıları, KHB'ları ve nedenlerini bilmeleri önemlidir [13,14,18,52](#).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma klinik hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakım düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda;

- Klinik hemşirelerinin kalite algısı nasıldır?
- Klinik hemşirelerinin kalite algısını etkileyen demografik faktörler nelerdir?
- Karşılanamayan hemşirelik bakım uygulamaları nelerdir?
- Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri nelerdir?
- Karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen demografik faktörler nelerdir?
- Klinik hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Düzce ilinde bulunan bir devlet hastanesi, bir özel hastane ve bir üniversite hastanesinde kliniklerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Acil servis, ameliyathane ve yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşireler bakımdaki farklılıklar nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiş olup dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan (N:260) ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler örnekleme (n:182) oluşturmuştur. Araştırma örneklemini devlet hastanesi kliniklerinde çalışan 106 hemşirenin 94'ü (%88,7), özel hastanenin kliniklerinde çalışan 31 hemşirenin 27'si (%87,1) ve üniversite hastanesinde çalışan 123 hemşirenin 61'i (%49,6) oluşturmuştur. Çalışmada evrenin %70'ine ulaşılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde pandemi sürecinin getirdiği hasta sayısındaki beklenmedik artış ve iş yükünün artması nedeniyle evrenin tamamına ulaşmakta güçlük yaşanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma

süresi, çalışma şekli, çalışılan birim, hemşire sayısı yeterliliğini algılama ve kalite ile ilgili eğitim alıp almama durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.4.2. Bağımlı değişkenler

Kalite algısı ve karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın nicel verileri için “Kişisel Bilgi Formu” (EK 1), “Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği” (EK 2) ve “Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği” (EK 3) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren on bir adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. Sağlık çalışanları kalite algı ölçeği

“Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği” (EK 2), Bayer ve Baykal tarafından 2017 yılında geliştirilmiş 70 maddeden oluşan bir ölçektir. Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeğinin “Yönetim ve Liderlik”, “İnsan Kaynakları Kullanımı” “Kalite Eğitimi” “Ölçme ve değerlendirme” ve “Kalite Uygulamalarının Yararları” olmak üzere beş boyutu bulunmaktadır. Kalite Uygulamalarının Yararları boyutu Çalışan Yararları, Hasta Yararları ve Kurum Yararları alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek Likert tipi beş basamaklı olup, ifadeler; “kesinlikle katılmıyorum (1) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) arasında değer almaktadır. Ölçeğin puanlandırılmasında; ölçek toplam ve alt boyutları için puanlama yaklaşımı benimsenmiştir. Ölçek toplamda en düşük 20 en yüksek 100 puan üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan toplam puanların düşük olması bireyin kalite algısının olumsuz olduğunu gösterirken, yüksek olması ise kalite algısının olumlu olduğunu belirtmektedir. Bayer ve Baykal’ın (2017) yapmış olduğu çalışmada, ölçek toplamının Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach Alpha katsayısı 0,97 olarak saptanmıştır^{9,39}.

3.5.3. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi ölçeği

“Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği” (EK 3), hemşirelerin hem karşılanamayan bakım gereksinimlerinin miktarını hem de nedenleri hakkındaki değerlendirmelerini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğin ilk kısmında hemşirelerden karşılanamayan bakım gereksinimlerinin miktarı; (1) Nadiren verilmiyor, (2) Bazen verilmiyor, (3) Sıklıkla verilmiyor, (4) Hiçbir zaman verilmiyor, (5) Uygun değil seçenekleri arasında değişen beşli likert tipi ölçek kullanarak; ikinci kısmında ise karşılanamayan bakım gereksinimlerinin nedenlerini (1) Önemli bir neden, (2) Orta düzeyde bir neden, (3) Küçük bir neden, (4) Bakımın verilmemesi için bir neden değil seçenekleri arasında değişen dördümlü likert tipi ölçek kısmını kullanarak görüşlerini belirtmeleri istenmektedir. Ölçeğin İngilizce versiyonunun psikometrik uygunluk testi Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach α katsayısı: 0,87 ve test-tekrar test geçerliliği $r:0.88$ ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Ölçek Türkçe’ye 2012 yılında Terzioğlu ve Duygulu tarafından çevrilmiş ve psikometrik uygunluğu test edilmiştir. Ölçeğin ilk bölümünün Cronbach α değeri 0,93, test-tekrar test katsayısı 0,95 ($p<0.001$) olarak; ölçeğin ikinci bölümünün Cronbach α değeri 0,80 ve test-tekrar test katsayısı 0,667 ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde, incelenen olayın miktarının veya sıklığının artıp azaldığını ifade eden, katılımcıların ulaşacağı herhangi bir puan aralığı bulunmamaktadır. Ölçeğin A bölümünde puan artışı KHB gereksiniminin miktarının arttığını gösterirken, B bölümündeki puan artışı KHB gereksiniminin nedenlerinin önem derecesini göstermektedir. Verilen cevaplara göre katılımcıların KHB konusunda algıladıkları sıklık miktarı ve nedenleri ortaya koyulmaktadır¹⁷. Bu çalışma için ölçeğin ilk bölümünün Cronbach α değeri 0,96, ikinci bölümünün Cronbach α değeri 0,95 bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler toplanmaya başlanmadan önce araştırmacı tarafından katılımcılara çalışmanın amacı ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onam alınarak gerçekleştirilmiştir (EK-4). Araştırmanın verileri, Nisan 2021/ Haziran 2021 tarihlerinde çalışmaya katılmayı kabul eden klinik hemşirelerine üç ayrı (Kişisel bilgi formu, Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği, Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği) veri toplama aracı kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere dinlenme saatleri içinde veri toplama araçları

uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler IBM SPSS Statistics 26 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve değişkenlerin normal dağıldıkları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

Bağımsız iki sayısal değişken arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklara Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklara ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile bakılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın kaynaklandığı grup Tukey çoklu karşılaştırma testiyle tespit edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinden yorumlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ile (19.10.2020 tarih ve 2020/52 sayılı) (EK 5) izin alınmıştır. Çalışma öncesinde Düzce ilinde evrene dahil edilen Özel Hastane, Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi yönetimleri ve Düzce İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 6) yazılı izin alınmıştır. Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği'ni kullanabilmek için Sayın Nükhet BAYER'den (EK 7), Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği'ni kullanabilmek için Sayın Füsun TERZİOĞLU'ndan (EK 8) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hemşirelerden bilgilerin gizli tutulacağı ve başka amaçla kullanılmayacağı açıklaması yapılarak yazılı ve sözel onamları alınmıştır. Yapılan araştırmada; Helsinki Bildirgesine uygun olarak 'Bilgilendirilmiş Onam İlkesi', 'Gönüllülük İlkesi' ve 'Gizliliğin Korunması İlkesi' ne yer verilerek etik ilkeler sağlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, çalışmanın evreni olan Düzce ilinde bir devlet hastanesi, bir özel hastane ve bir üniversite hastanesinin kliniklerinde çalışan tüm hemşireler ile sınırlıdır ve genellenemez. Kliniklerde yaşanan yoğunluk, pandemi sürecinin getirdiği sorunlar, veri

toplanması için uygun zaman oluşturulamaması, hemşirelerin nöbet izninde, yıllık izinde, ücretsiz izinde ya da doğum izninde olmaları sebebiyle evrenin tamamına ulaşmakta güçlük yaşanmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar

	(n=182)	Sayı	Yüzde
Çalışılan Hastane			
Üniversite Hastanesi		61	33,5
Devlet Hastanesi		94	51,7
Özel Hastane		27	14,8
Meslekte Çalışma Süresi (Ort.±S.S.=10,44±8,27)			
5 Yıldan Az		61	33,5
5-10 Yıl		40	22,0
10 Yıldan Fazla-15 Yıl		30	16,5
15 Yıldan Fazla		51	28,0
Birimde Çalışma Süresi (Ort.±S.S.=3,49±5,19)			
1 Yıldan Az		62	34,1
1-5 Yıl		89	48,9
5 Yıldan Fazla		31	17,0
Yaş (Ort.±S.S.=32,82±8,15)			
21-30 Yaş		82	45,0
31-40 Yaş		58	31,9
41 Yaş ve Üzeri		42	23,1
Cinsiyet			
Kadın		165	90,7
Erkek		17	9,3
Medeni Durum			
Evli		109	59,9
Bekar		73	40,1
Eğitim Durumu			
Lise		28	15,4
Ön Lisans		33	18,1
Lisans		110	60,4
Yüksek Lisans		11	6,1
Çalışma Şekli			
Vardiyalı		135	74,2
Gündüz Mesaisi		47	25,8
Çalışılan Birim			
Dahili Birimler		95	52,2
Cerrahi Birimler		87	47,8
Hemşire Sayısı Yeterliliğini Algılama			
Yeterli		62	34,1
Yeterli Değil		120	65,9
Daha Önce Kalite Eğitimi Alma Durumu			
Aldım		144	79,1
Almadım		38	20,9

Ort.:Ortalama S.S.:Standart Sapma

Tablo 4.1 incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin %33,5'i Üniversite Hastanesinde görev yapmakta iken %51,6'sı Devlet Hastanesinde ve %14,8'i ise Özel Hastanede görev yapmaktadır. %33,5'inin meslekte çalışma süresi 5 yıldan az iken %22'sinin 5-10 yıl aralığında, %16,5'inin 10 yıldan fazla-15 yıl aralığında ve %28'inin ise 15 yıldan fazladır. Ayrıca kişilerin meslekte çalışma süresi ortalaması ve standart sapması $10,44 \pm 8,27$ yıldır. %34,1'inin birimde çalışma süresi 1 yıldan az iken %48,9'unun 1-5 yıl ve %17'sinin ise 5 yıldan fazladır. Ayrıca kişilerin birimde çalışma süresi ortalaması ve standart sapması $3,49 \pm 5,19$ yıldır. %45,1'i 21-30 yaş grubunda iken %31,9'u 31-40 ve %23,1'i ise 41 ve üzeri yaş grubundadır. Ayrıca kişilerin yaş ortalaması ve standart sapması ise $32,82 \pm 8,15$ yaştır. %90,7'si kadın, %59,9'u evli, %60,4'ü lisans mezunudur. %74,2'sinin çalışma şekli vardiyalı iken %25,8'inin gündüz mesaisidir. %52,2'si dahili birimlerde çalışmakta iken %47,8'i cerrahi birimlerde çalışmaktadır. %34,1'i hemşire sayısını yeterli algılamakta iken %65,9'u yetersiz algılamaktadır. %79,1'i daha önce kalite eğitimi almış iken %20,9'u daha önce kalite eğitimi almamıştır.

Tablo 4.2. Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği İçin Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlikler

	Ortalama	Standart Sapma	Min-Mak	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)
Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği	70,36	12,71	22,96-100	70	0,971
Yönetim ve Liderlik	61,36	17,75	20-100	12	0,955
İnsan Kaynakları Kullanımı	60,53	16,13	20-100	14	0,923
Kalite Eğitimi	72,73	18,82	20-100	6	0,953
Ölçme ve Değerlendirme	64,34	14,25	20-100	6	0,780
KUY-Kurum Yararları	64,95	16,07	30-100	10	0,916
KUY- Çalışan Yararları	74,78	13,53	20-100	8	0,860
KUY- Hasta Yararları	71,70	14,05	20-100	14	0,952
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	1,67	0,66	1-4	26	0,960
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	1,68	0,74	1-4	17	0,957

KUY: Kalite Uygulamalarının Yararları

Tablo 4.2 incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması $70,36 \pm 12,71$ iken Yönetim ve Liderlik alt boyutunun $61,36 \pm 17,75$, İnsan Kaynakları Kullanımı alt boyutunun $60,53 \pm 16,13$, Kalite Eğitimi alt boyutunun $72,73 \pm 18,82$, Ölçme ve Değerlendirme alt boyutunun $64,34 \pm 14,25$, Kurum Yararları alt boyutunun $64,95 \pm 16,07$, Çalışan Yararları alt boyutunun $74,78 \pm 13,53$ ve Hasta Yararları alt boyutunun ise $71,70 \pm 14,05$ 'tir.

KHB Gereksinimleri puanlarının ortalaması ve standart sapması $1,67 \pm 0,66$ ve KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanların ortalaması ve standart sapması ise $1,68 \pm 0,74$ 'tür.

70 maddeden oluşan Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği yüksek derecede güvenilir (0,97). Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeğinin 7 alt boyutunun güvenilirlik katsayılarının 0,78-0,95 aralığında ve yüksek olduğu görülmüştür.

26 maddeden oluşan KHB Gereksinimleri alt boyutunun güvenilirlik katsayısı 0,960 ve 17 maddeden oluşan KHB Hizmetlerinin Nedenleri alt boyutunun güvenilirlik katsayısı ise 0,95'dir. Bu iki alt boyutunun güvenilirliklerinin de yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

	Yönetim ve Liderlik	İnsan Kaynakları Kullanımı	Kalite Eğitimi	Ölçme ve Değerlendirme	Kurum Yararları	Çalışan Yararları	Hasta Yararları
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışılan Hastane							
1)Üniversite Hastanesi	50,82±16,78	53,65±12,66	72,90±20,47	60,38±10,73	56,43±15,08	73,93±15,39	68,10±15,78
2)Devlet Hastanesi	66,37±16,13	61,84±15,33	72,77±18,33	65,57±14,86	67,72±15,12	74,26±12,10	73,19±12,29
3)Özel Hastane	67,72±14,80	71,48±18,95	72,22±17,25	69,01±17,12	74,52±12,69	78,52±13,66	74,66±14,58
F;p	19,548; 0,000* Fark: 1-2,3	13,778; 0,000* Fark: 1-2,3 2-3	0,012;0,988	4,303; 0,015* Fark:1-3	17,455; 0,000* Fark: 1-2,3	1,224;0,297	3,201; 0,043* Fark:1-3
Meslekte Çalışma Süresi							
1) 5 Yılden Az	64,48±16,53	65,64±17,13	69,29±19,73	65,46±15,74	68,26±16,09	76,60±11,87	72,06±15,48
2) 5-10 Yıl	48,46±17,47	52,29±13,19	69,33±23,74	57,50±12,44	56,90±15,26	69,31±16,94	64,79±15,80
3) 10 Yılden Fazla-15 Yıl	58,33±16,64	58,52±14,69	75,89±14,05	63,33±13,45	62,60±16,87	78,17±11,39	73,90±11,44
4) 15 Yılden Fazla	69,51±14,00	62,04±15,43	77,65±14,38	68,95±12,28	68,67±13,94	74,90±12,64	75,41±10,07
F;p	14,044; 0,000* Fark:2-1,4 3-4	6,347; 0,000* Fark:2-1,4	2,624;0,052	5,397; 0,001* Fark:2-1,4	5,754; 0,001* Fark:2-1,4	3,294; 0,022* Fark:2-1,3	4,978; 0,002* Fark:2-1,3,4
Birimde Çalışma Süresi							
1) 1 Yılden Az	62,80±18,87	63,64±16,36	71,08±21,05	67,69±15,06	66,45±16,59	76,73±12,77	72,21±14,98
2) 1-5 Yıl	59,55±18,46	59,57±16,32	72,21±17,78	62,62±14,56	64,22±16,77	72,44±14,96	70,27±14,99
3) 5 Yılden Fazla	63,66±12,57	57,05±14,46	77,53±16,71	62,58±10,35	64,00±12,88	77,58±9,16	74,79±7,72
F;p	0,924;0,399	2,056;0,131	1,284;0,279	2,641;0,074	0,413;0,662	2,687;0,071	1,254;0,288
Yaş							
1) 21-30 Yaş	60,96±17,46	62,51±17,35	69,67±20,28	64,27±15,12	65,00±16,56	75,37±12,65	70,16±15,32
2) 31-40 Yaş	56,58±18,62	57,09±15,71	74,14±18,75	61,38±13,59	62,97±16,1	72,76±16,29	70,86±14,06
3) 41 Yaş ve Üzeri	68,73±14,76	61,39±13,64	76,75±14,99	68,57±12,54	67,57±15	76,43±10,67	75,88±10,48
F;p	6,066; 0,003* Fark:3-1,2	2,015;0,136	2,228;0,111	3,179; 0,044* Fark:2-3	1,002;0,369	1,037;0,357	2,500;0,085

Tablo 4.3. Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi (Devam)

	Yönetim ve Liderlik	İnsan Kaynakları Kullanımı	Kalite Eğitimi	Ölçme ve Değerlendirme	Kurum Yararları	Çalışan Yararları	Hasta Yararları
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet							
Kadın	61,92±17,73	60,90±16,40	72,46±19,24	64,79±14,51	65,20±16,35	75,17±13,42	72,03±14,26
Erkek	55,88±17,57	56,89±13,07	75,29±14,34	60,00±10,87	62,47±13,24	71,03±14,47	68,49±11,70
t;p	1,338;0,183	0,976;0,331	0,589;0,557	1,322;0,188	0,666;0,506	1,202;0,231	0,991;0,323
Medeni Durum							
Evli	62,11±17,34	59,04±15,51	74,77±17,77	64,25±13,55	64,64±15,54	75,32±13,04	72,57±13,47
Bekar	60,23±18,41	62,74±16,89	69,68±20,02	64,47±15,34	65,40±16,93	73,97±14,29	70,41±14,89
t;p	0,700;0,485	-1,521;0,130	1,799;0,074	-0,104;0,918	-0,310;0,757	0,658;0,511	1,015;0,311
Eğitim Durumu							
1) Lise	65,65±15,82	68,27±16,43	74,52±16,61	68,33±13,53	67,21±17,02	72,32±12,15	70,97±13,19
2) Ön Lisans	60,96±19,15	57,36±18,65	74,24±16,46	64,95±15,12	66,61±14,94	77,58±13,61	72,12±15,14
3) Lisans	60,56±18,19	59,82±15,04	72,39±20,68	63,42±14,20	64,05±16,44	74,70±13,82	71,95±14,30
4) Y.Lisans	59,55±13,60	57,40±13,61	66,97±9,12	61,52±13,69	63,09±13,95	73,41±13,93	69,87±11,68
F;p	0,661;0,577	2,866; 0,038* Fark:1-2	0,507;0,678	1,049;0,372	0,461;0,710	0,814;0,488	0,107;0,956
Çalışma Şekli							
Vardiyalı	60,69±18,18	60,57±16,44	72,05±19,74	64,00±15,09	64,61±16,04	75,26±14,27	71,72±14,56
Gündüz Mesaisi	63,26±16,50	60,40±15,38	74,68±15,92	65,32±11,58	65,91±16,29	73,40±11,15	71,64±12,62
t;p	-0,855;0,394	0,064;0,949	-0,825;0,411	-0,545;0,586	-0,479;0,632	0,809;0,420	0,035;0,972
Çalışılan Birim							
Dahili Birimler	59,81±17,27	57,52±15,74	71,75±17,24	63,02±13,51	63,39±15,45	73,45±13,71	69,70±12,72
Cerrahi Birimler	63,05±18,20	63,81±16,00	73,79±20,45	65,79±14,96	66,64±16,64	76,24±13,25	73,89±15,15
t;p	-1,231;0,220	-2,672; 0,008*	-0,729;0,467	-1,311;0,191	-1,268;0,173	-1,392;0,166	-2,028; 0,044*
Hemşire Sayısı Yeterliliğini Algılama							
Yeterli	69,81±13,53	68,23±16,96	76,77±16,91	71,34±14,72	72,81±15,07	78,06±12,34	76,84±12,62
Yeterli Değil	56,99±18,14	56,55±14,19	70,64±19,48	60,72±12,61	60,88±15,08	73,08±13,85	69,05±14,07
t;p	5,376; 0,000*	45; 0,000*	2,104; 0,037*	4,839; 0,000*	5,056; 0,000*	2,384; 0,018*	3,667; 0,000*
Daha Önce Kalite Eğitimi Alma Durumu							
Aldım	62,06±16,83	59,99±14,92	74,44±17,85	64,75±13,10	64,54±15,48	74,90±13,31	72,51±12,80
Almadım	58,68±20,90	62,56±20,18	66,23±21,14	62,81±18,10	66,47±18,26	74,34±14,50	68,65±17,92
t;p	0,920;0,362	-0,733;0,467	2,426; 0,016*	0,745;0,457	-0,658;0,511	0,224;0,823	1,513;0,132

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) t:Bağımsız Örneklem T Testi *:p<0,05 Fark:Tukey

Tablo 4.3 incelendiğinde uygulanan istatistiksel analizler sonucunda çalışmaya katılan kişilerin; Yönetim ve Liderlik puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, yaş, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre Üniversite Hastanesinde çalışan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanları Devlet Hastanesi ve Özel Hastanede çalışan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az ve 15 yıldan fazla olan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte çalışma süresi 10 yıldan fazla-15 yıl olan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanları meslekte çalışma süresi 15 yılda fazla olan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanlarından anlamlı derecede daha azdır. 41 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin Yönetim ve Liderlik puanları 21-30 ve 31-40 yaş grubundaki kişilerin Yönetim ve Liderlik puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin Yönetim ve Liderlik puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

İnsan Kaynakları Kullanımı puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, eğitim durumu, çalışılan birim, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre Üniversite Hastanesinde çalışan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları Devlet Hastanesi ve Özel Hastanede çalışan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Devlet Hastanesinde çalışan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları Özel Hastanede çalışan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az, 10 yıldan fazla-15 yıl ve 15 yıldan fazla olan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Eğitim durumu lise olan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları eğitim durumu ön lisans olan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Cerrahi birimlerde çalışan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları dahili birimlerde çalışan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

Kalite Eğitimi puanları hemşire sayısı yeterliliğini algılama ve daha önce kalite eğitimi

alma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin İnsan Kalite Eğitimi puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin Kalite Eğitimi puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Daha önce kalite eğitimi alan kişilerin Kalite Eğitimi puanları daha önce kalite eğitimi almayan kişilerin Kalite Eğitimi puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

lme ve Değerlendirme puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, yaş, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre niversite Hastanesinde alışan kişilerin lme ve Değerlendirme puanları zel Hastanede alışan kişilerin lme ve Değerlendirme puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte alışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin lme ve Değerlendirme puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az, 10 yıldan fazla-15 yıl ve 15 yıldan fazla olan kişilerin lme ve Değerlendirme puanlarından anlamlı derecede daha azdır. 41 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin lme ve Değerlendirme puanları 31-40 yaş grubundaki kişilerin lme ve Değerlendirme puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin lme ve Değerlendirme puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin lme ve Değerlendirme puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

Kurum Yararları puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre niversite Hastanesinde alışan kişilerin Kurum Yararları puanları Devlet Hastanesi ve zel Hastanede alışan kişilerin Kurum Yararları puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte alışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin Kurum Yararları puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az, 10 yıldan fazla-15 yıl ve 15 yıldan fazla olan kişilerin Kurum Yararları puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin Kurum Yararları puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin Kurum Yararları puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

alışan Yararları puanları meslekte çalışma süresi, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin alışan Yararları puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az ve 10 yıldan fazla-15 yıl olan kişilerin alışan Yararları puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin

Çalışan Yararları puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin Çalışan Yararları puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

Hasta Yararları puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre Üniversite Hastanesinde çalışan kişilerin Hasta Yararları puanları Özel Hastanede çalışan kişilerin Hasta Yararları puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin Hasta Yararları puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az, 10 yıldan fazla-15 yıl ve 15 yıldan fazla olan kişilerin Hasta Yararları puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin Hasta Yararları puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin Hasta Yararları puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Nadiren verilmiyor	Bazen verilmiyor	Sıklıkla verilmiyor	Hiçbir zaman verilmiyor	Uygun değil	Bazen+ Sıklıkla+ Hiçbir zaman verilmiyor	Ort.± S.S.
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	60(34,1)	57(32,4)	19(10,8)	4(2,3)	36(20,5)	80(45,4)	1,76±0,79
Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	54(30,5)	33(18,6)	33(18,6)	7(4)	50(28,2)	73(41,2)	1,94±0,95
Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	86(54,1)	24(15,1)	13(8,2)	5(3,1)	31(19,5)	42(26,4)	1,51±0,83
Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	95(60,9)	21(13,5)	3(1,9)	5(3,2)	32(20,5)	29(18,5)	1,34±0,72
İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	99(60,7)	35(21,5)	3(1,8)	4(2,5)	22(13,5)	42(25,7)	1,38±0,67
Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	110(66,3)	29(17,5)	4(2,4)	7(4,2)	16(9,6)	40(24)	1,39±0,76
Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	90(52)	37(21,4)	24(13,9)	8(4,6)	14(8,1)	69(39,8)	1,69±0,91
Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	114(66,7)	30(17,5)	8(4,7)	6(3,5)	13(7,6)	44(25,7)	1,41±0,76
Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	94(55,6)	44(26)	16(9,5)	6(3,6)	9(5,3)	66(39)	1,59±0,82
Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	64(37,6)	30(17,6)	32(18,8)	29(17,1)	15(8,8)	91(53,5)	2,17±1,16
Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	49(27,5)	23(12,9)	39(21,9)	31(17,4)	36(20,2)	93(52,2)	2,37±1,17
Hastaya ağız bakımı verilmesi	61(34,5)	16(9)	49(27,7)	21(11,9)	30(16,9)	86(48,5)	2,2±1,13
Taburcu olan hastanın kullanacağı ilaçların dozu, alınma zamanı ve yan etkilerinin hasta ile birlikte gözden geçirilmesi	83(50)	50(30,1)	11(6,6)	4(2,4)	18(10,8)	65(39,1)	1,57±0,75
Hastalık süreci hakkında eğitim verilmesi	85(51,5)	55(33,3)	12(7,3)	4(2,4)	9(5,5)	71(43)	1,58±0,74
Ellerin yıkanması	114(73,1)	19(12,2)	4(2,6)	6(3,8)	13(8,3)	29(18,5)	1,31±0,73
Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	99(59,3)	41(24,6)	8(4,8)	4(2,4)	15(9)	53(31,7)	1,45±0,72
İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	118(72)	20(12,2)	3(1,8)	7(4,3)	16(9,8)	30(18,2)	1,32±0,74
Her şifte hastanın değerlendirilmesi	97(58,1)	37(22,2)	14(8,4)	6(3,6)	13(7,8)	57(34,1)	1,54±0,82
Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	86(51,8)	29(17,5)	28(16,9)	11(6,6)	12(7,2)	68(40,9)	1,77±0,99
Çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	85(53,1)	26(16,3)	12(7,5)	8(5)	29(18,1)	46(28,7)	1,56±0,9
Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	94(58,8)	27(16,9)	17(10,6)	6(3,8)	16(10)	50(31,2)	1,55±0,86
Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	81(47,9)	24(14,2)	28(16,6)	22(13)	14(8,3)	74(46,2)	1,94±1,13
Doktorlarla vizite katılma	111(68,5)	23(14,2)	7(4,3)	5(3,1)	16(9,9)	35(21,6)	1,36±0,73
Düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma	67(39,9)	17(10,1)	12(7,1)	16(9,5)	56(33,3)	45(26,7)	1,79±1,12
Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	97(59,1)	26(15,9)	11(6,7)	4(2,4)	26(15,9)	41(25)	1,43±0,76
Yara bakımı ya da tedavisi	76(44,4)	15(8,8)	26(15,2)	16(9,4)	38(22,2)	57(33,3)	1,86±1,11

Tablo 4.4 incelendiğinde en fazla (bazen+sıklıkla+hiçbir zaman) karşılanamayan hemşirelik bakımlarının hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%53,5), banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi (%52,2) ve ağız bakımı verilmesi (%48,5) olduğu görülmüştür. En az karşılanamayan hemşirelik bakımlarının ise yatak başında kan şekeri takibi yapılması (%18,2), ellerin yıkanması (%18,5) ve kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi (%18,5) olduğu görülmüştür. Hiçbir zaman verilmeyen hemşirelik bakımlarının hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi (%17,4), hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%17,1) ve verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi (%13) olduğu görülmüştür.



Tablo 4.5. Karşılanamayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil	Önemli+ Orta düzeyde+ Küçük bir neden	Ort.±S.S.
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
İş gücü kaynakları	Çalışan personel sayısının yetersizliği	133(73,1)	25(13,7)	4(2,2)	20(11)	162(89)	1,51±0,98
	Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	119(65,4)	39(21,4)	7(3,8)	17(9,3)	165(90,6)	1,57±0,94
	Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışan birimde yoğunluk	129(71,3)	35(19,3)	3(1,7)	14(7,7)	167(91,7)	1,46±0,87
	Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	130(72,2)	31(17,2)	3(1,7)	16(8,9)	164(90,1)	1,47±0,91
Malzeme kaynakları	Hasta kabulü ve taburculuk aktivitelerinin yoğun olması	102(56)	44(24,2)	18(9,9)	18(9,9)	164(90,1)	1,74±1
	Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	110(61,1)	37(20,6)	20(11,1)	13(7,2)	167(91,7)	1,64±0,94
	Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	110(60,8)	46(25,4)	16(8,8)	9(5)	172(94,5)	1,58±0,85
	Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	115(63,2)	45(24,7)	14(7,7)	8(4,4)	174(95,6)	1,53±0,82
İletişim/ takım çalışması	Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	101(55,5)	43(23,6)	19(10,4)	19(10,4)	163(89,5)	1,76±1,01
	Hasta dağılımındaki dengesizlik	94(51,6)	44(24,2)	29(15,9)	15(8,2)	167(91,7)	1,81±0,99
	Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	99(54,7)	48(26,5)	20(11)	14(7,7)	167(91,7)	1,72±0,94
	Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	95(52,5)	48(26,5)	26(14,4)	12(6,6)	169(92,8)	1,75±0,94
	Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	98(53,8)	45(24,7)	19(10,4)	20(11)	162(89)	1,79±1,02
	Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	101(55,5)	48(26,4)	18(9,9)	15(8,2)	167(91,7)	1,71±0,95
	Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	90(49,7)	47(26)	22(12,2)	22(12,2)	159(87,3)	1,87±1,05
	Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	98(53,8)	51(28)	15(8,2)	18(9,9)	164(90,1)	1,74±0,98
	Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması	95(52,2)	45(24,7)	22(12,1)	20(11)	162(89)	1,82±1,03

Tablo 4.5 incelendiğinde karşılanamayan hemşirelik bakımlarının en önemli (önemli+ orta düzeyde+ küçük) nedenleri iş gücü kaynakları alt boyutunda hasta sayısında beklenmedik bir artış ya /ya da çalışılan birimde yoğunluk (%91,7), malzeme kaynakları alt boyutunda gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%95,6), iletişim/takım çalışması alt boyutunda diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. hastanın fizik tedavide yürütülmemesi) (%92,8) olduğu görülmüştür. KHB'nin önemli nedenleri ise çalışan personel sayısının yetersizliği (%73,1), yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.) (%72,2) ve hasta sayısında beklenmedik bir artış ya /ya da çalışılan birimde yoğunluk (%71,3) ile en fazla karşılanamayan hemşirelik bakım nedenlerinin iş gücü kaynakları alt boyutunda olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6. Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi

	Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışılan Hastane			
1)Üniversite Hastanesi	64,50±10,77	1,84±0,59	1,50±0,47
2)Devlet Hastanesi	72,33±12,17	1,55±0,61	1,86±0,86
3)Özel Hastane	76,73±13,82	1,63±0,93	1,44±0,61
F;p	12,381; 0,000*	3,597; 0,030*	6,300; 0,002*
	Fark:1-2,3	Fark: 1-2	Fark:2-1,3
Meslekte Çalışma Süresi			
1) 5 Yılden Az	72,59±13,71	1,52±0,66	1,45±0,49
2) 5-10 Yıl	62,01±11,67	2,00±0,77	1,63±0,64
3) 10 Yılden Fazla-15 Yıl	70,10±10,73	1,70±0,47	1,55±0,67
4) 15 Yılden Fazla	74,38±10,39	1,53±0,58	2,06±0,93
F;p	9,184; 0,000*	5,230; 0,002*	7,408; 0,000*
	Fark:2-1,3,4	Fark:2-1,4	Fark:4-1,2,3
Birimde Çalışma Süresi			
1) 1 Yılden Az	72,00±13,41	1,52±0,54	1,73±0,84
2) 1-5 Yıl	68,93±13,33	1,77±0,72	1,53±0,57
3) 5 Yılden Fazla	71,16±8,68	1,64±0,66	1,99±0,86
F;p	1,144;0,321	2,394;0,094	4,818; 0,009*
			Fark:2-3
Yaş			
1) 21-30 Yaş	70,17±13,62	1,67±0,74	1,51±0,55
2) 31-40 Yaş	67,90±12,46	1,73±0,59	1,67±0,74
3) 41 Yaş ve Üzeri	74,10±10,37	1,56±0,60	2,02±0,93
F;p	2,979;0,053	0,803;0,450	7,205; 0,001*
			Fark:3-1,2
Cinsiyet			
Kadın	70,71±12,97	1,65±0,65	1,67±0,72
Erkek	66,93±9,48	1,82±0,78	1,79±0,88
t;p	1,169;0,244	-1,017;0,310	-0,677;0,499
Medeni Durum			
Evli	70,56±12,16	1,70±0,68	1,78±0,78
Bekar	70,05±13,58	1,61±0,63	1,53±0,64
t;p	0,262;0,793	0,916;0,361	2,265; 0,025*

Tablo 4.6. Kişisel Bilgilere Göre Dağılımlar Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi (Devam)

	Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eğitim Durumu			
1) Lise	73,19±13,14	1,89±0,94	1,57±0,65
2) Ön Lisans	70,48±13,60	1,73±0,56	1,64±0,77
3) Lisans	69,86±12,58	1,59±0,58	1,73±0,77
4) Y.Lisans	67,76±10,39	1,63±0,82	1,54±0,47
F;p	0,670;0,571	1,548;0,204	0,516;0,672
Çalışma Şekli			
Vardiyalı	70,16±13,11	1,70±0,66	1,64±0,75
Gündüz Mesaisi	70,91±11,61	1,59±0,68	1,78±0,69
t;p	-0,344;0,731	0,966;0,335	-1,136;0,257
Çalışılan Birim			
Dahili Birimler	68,41±11,75	1,74±0,63	1,82±0,85
Cerrahi Birimler	72,48±13,43	1,59±0,69	1,52±0,55
t;p	-2,179; 0,031*	1,463;0,145	2,764; 0,006*
Hemşire Sayısı Yeterliliğini Algılama			
Yeterli	77,19±12,36	1,55±0,73	1,72±0,83
Yeterli Değil	66,83±11,42	1,72±0,62	1,66±0,69
t;p	5,640; 0,000*	-1,672;0,096	0,554;0,580
Daha Önce Kalite Eğitimi Alma Durumu			
Aldım	70,69±11,49	1,68±0,66	1,73±0,79
Almadım	69,10±16,68	1,63±0,68	1,47±0,42
t;p	0,551;0,584	0,890;0,686	2,821; 0,006*

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) t:Bağımsız Örneklem T Testi *:p<0,05 Fark:Tukey

Tablo 4.6 incelendiğinde uygulanan istatistiksel analizler sonucunda çalışmaya katılan kişilerin; Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre Üniversite Hastanesinde çalışan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları Devlet Hastanesi ve Özel Hastanede çalışan kişilerin Sağlık Çalışanlar Kalite Algı Ölçeği

puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az, 10 yıldan fazla-15 yıl, 15 yıldan fazla olan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Cerrahi birimlerde çalışan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları dahili birimde çalışan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Hemşire sayısını yeterli algılayan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları hemşire sayısını yeterli algılamayan kişilerin Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

KHB Gereksinimleri puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre Üniversite Hastanesinde çalışan kişilerin KHB Gereksinimleri puanları Devlet Hastanesinde çalışan kişilerin KHB Gereksinimleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan kişilerin KHB Gereksinimleri puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az ve 15 yıldan fazla olan kişilerin Karşılansınmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları çalışılan hastane, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi, yaş, medeni durum, çalışılan birim, daha önce kalite eğitimi alma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre Devlet Hastanesinde çalışan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları Üniversite Hastanesi ve Özel Hastanede çalışan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Meslekte çalışma süresi 15 yıldan fazla olan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları meslekte çalışma süresi 5 yıldan az, 5-10 yıl ve 10 yıldan fazla-15 yıl olan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Birimde çalışma süresi 5 yıldan fazla olan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları birimde çalışma süresi 1-5 yıl olan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. 41 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları 21-30 ve 31-40 yaş grubundaki kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Evlilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları bekarların KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Dahili birimlerde çalışan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları cerrahi birimlerde çalışan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Daha önce kalite eğitimi alan kişilerin KHB

Hizmetlerinin Nedenleri puanları daha önce kalite eğitim almayan kişilerin KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.7. Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	İş Gücü Kaynakları	Malzeme Kaynakları	İletişim/ Takım Çalışması
Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği	r	-,269**	0,109	,170*	0,052	-,230**
	p	0,000	0,144	0,022	0,490	0,003
Yönetim ve Liderlik	r	-,268**	,196**	,209**	0,093	-,211**
	p	0,000	0,008	0,005	0,212	0,006
İnsan Kaynakları Kullanımı	r	-,297**	0,011	0,029	0,048	-,214**
	p	0,000	0,888	0,700	0,524	0,005
Kalite Eğitimi	r	0,096	0,091	,192**	0,017	0,030
	p	0,209	0,223	0,009	0,818	0,696
Ölçme ve Değerlendirme	r	-,193*	0,126	,161*	0,102	-,169*
	p	0,011	0,090	0,03	0,172	0,028
KUY (Kurum Yararları)	r	-,288**	0,062	0,108	0,010	-,219**
	p	0,000	0,407	0,146	0,895	0,004
KUY (Çalışan Yararları)	r	-0,092	0,055	0,127	0,014	-0,108
	p	0,232	0,459	0,089	0,851	0,161
KUY (Hasta Yararları)	r	-,202**	0,053	0,129	-0,005	-,211**
	p	0,008	0,478	0,082	0,95	0,006

r:Pearson Korelasyon Katsayısı *: $p<0,05$ **: $p<0,01$

KUY: Kalite Uygulamalarının Yararları

Tablo 4.7 incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda çalışmaya katılan hemşirelerin; KHB Gereksinimleri puanları ile Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği, Yönetim ve Liderlik, İnsan Kaynakları Kullanımı, Ölçme ve Değerlendirme, Kurum Yararları ve Hasta Yararları alt boyutlar puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

KHB Hizmetlerinin Nedenleri puanları ile Yönetim ve Liderlik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları ile İş Gücü Kaynakları alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü; Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmaktadır.

Yönetim ve Liderlik alt boyutu puanları ile İş Gücü Kaynakları alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü; Yönetim ve Liderlik alt boyutu puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmaktadır.

İnsan Kaynakları Kullanımı alt boyutu puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Kalite Eğitimi alt boyutu puanları ile İş Gücü Kaynakları alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Ölçme Değerlendirme alt boyutu puanları ile İş Gücü Kaynakları alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü; Ölçme Değerlendirme alt boyutu puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmaktadır.

Kurum Yararları alt boyutu puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Hasta Yararları alt boyutu puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

5. TARTIŞMA

Araştırmada, klinik hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla çalışmaya dahil olan klinik hemşirelerinin verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

5.1.Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısının Tartışılması

5.2.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Tartışılması

5.3.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Nedenlerinin Tartışılması

5.4.Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı İle Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

5.1. Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısının Tartışılması

Yürütülen araştırmada öncelikli olarak kliniklerde görev yapan hemşirelerin kalite algısı beş boyut ve üç alt boyutta incelenmiştir. Bu boyutlar; yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme ve kalite uygulamalarının yararlarıdır. Kalite uygulamalarının yararları boyutu çalışan yararları, hasta yararları ve kurum yararları alt boyutlarından oluşmaktadır. Çalışmaya katılan klinik hemşirelerinin kalite algı düzeyinin (70,36) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.2). Bu puanın ortalamanın üzerinde olduğu, dolayısıyla da hemşirelerin kalite algılarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Bayer'in (2016) çalışmasında hemşirelerin kalite algı puanı (65,41) olarak belirlenmiş ve benzer şekilde kalite algısının olumlu olduğu sonucuna varılmıştır⁹. Hupal'ın (2019) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının kalite algı düzeyi (76,39), ünvan/görev dağılımına göre en yüksek ortalama puanın (89,3) ile hemşire meslek grubuna ait olduğu sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla belirlenen ortalamanın üzerinde olduğu ve çalışanların kalite algılarının olumlu olduğu saptanmıştır⁸. Bu durum, çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşlarında hemşirelerin kalite çalışmaları konusunda bilgi sahibi olduğu ve kalite çalışmalarına aktif olarak katılım sağladıklarını düşündürmektedir.

Çalışmanın sonuçları boyutlar ve alt boyutlar açısından incelendiğinde “Çalışan Yararları” (74,78) ve “Kalite Eğitimi” alt boyutlarının (72,73) en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenirken, “İnsan Kaynakları Kullanımı” alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına (60,53) sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Benzer

çalışmada Hupal (2019), “Çalışan Yararı” alt boyutu puan ortalaması (78,78) ve “Kalite Eğitimi” alt boyutu puan ortalamasının (78,17) en yüksek, “İnsan Kaynakları Kullanımı” alt boyutu puan ortalamasının ise (70,16) en düşük puan ortalamasına sahip olduğunu bildirmiştir⁸. Bayer’in (2016) çalışmasında da en yüksek puan ortalaması “Kalite Eğitimi” alt boyutunda (68,54), en düşük puan ortalaması ise bu çalışma ile benzer şekilde “İnsan Kaynakları Kullanımı” alt boyutunun (58,12) olduğu sonucuna varılmıştır⁹. Çalışan Yararları” alt boyutunun yüksek olması hastanede yürütülen kalite çalışmalarının çalışan güvenliğinin sağlanması açısından kalite algısını olumlu etkilediğini düşündürmektedir. “İnsan Kaynakları Kullanımı” alt boyutunun en düşük puan ortalamalarına sahip olması, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması açısından yeterli insan kaynağının önemini göstermektedir⁶⁸. Sağlık kurumlarında insan kaynağı hizmetin kapsamının ve sunumunun en önemli belirleyicisidir. Bu çalışmada da görüldüğü üzere çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%65,9) hemşire sayısını yeterli bulmadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 4.1). Ülkemizde 2019 yılında 100.000 nüfusa düşen hemşire sayısı 306 olup bu sayı birçok ülkenin çok gerisinde yer aldığımızı ortaya koymaktadır⁶⁹. Çalışan hemşire sayısının az olması sağlık kurumlarında kalite uygulamalarının yeteri kadar sağlanamamasına neden olarak kalite algı düzeyini olumsuz etkilediği düşünülmektedir⁶⁸.

Çalışmaya dahil olan klinik hemşirelerinden özel hastanede çalışan (76,73), meslekte çalışma yılı 15 yıldan fazla olan (74,38), cerrahi birimlerde çalışan (72,48), hemşire sayısını yeterli bulan (77,19) hemşirelerin kalite algısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmadan farklı olarak Hupal’ın (2019) çalışmasında meslekte çalışma süresi 11-15 yıl arasında olan sağlık çalışanlarının kalite algı düzeyinin (82,1) diğer çalışma sürelerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir⁸. Başka bir çalışmada Örtlek ve ark. (2017) sağlık çalışanlarının kalite algısı ile cinsiyet, ünvan, mesleki deneyim ve SKS eğitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulurken yaş, medeni durum, eğitim ve kurum deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını tespit etmiştir⁷⁰.

Bu çalışmada, ölçek alt boyut puanlarından “Çalışan yararları” alt boyutunun tüm boyutlar içerisinde en yüksek kalite algısı puan ortalamasına (74,78) sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.2). Çalışan yararları alt boyutunda meslekte çalışma süresi 10-15 yıl arasında olan hemşirelerin kalite algı puan ortalaması (78,17) diğer çalışma yıllarına göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Yine çalışan yararları

alt boyutunda hemşire sayısını yeterli algılayan hemşirelerin puanlarının (78,06) hemşire sayısını yeterli algılamayan hemşirelerin puanlarından daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Sağlık çalışanlarının kalite algısını ölçmeye yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar da ortaya konulmaktadır. Bayer'in (2016) çalışmasında çalışan yararları alt boyutunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan kurum ve birim, kurumda ve meslekte çalışma süresine göre, Hupal'ın (2019) çalışmasında ise, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır^{8,9}. Hupal'ın (2019) çalışmasında çalışan yararları alt boyutunda 18-24 yaş aralığında (85,00) ve kurumda çalışma süresi 11-15 yıl arasında (83,9) olan sağlık çalışanlarının puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır⁸. Bayer ve Hupal'ın çalışmalarından elde edilen bulgular yürütülen bu araştırmanın bulgularını desteklememektedir.

Bu çalışmada, "Kalite Eğitimi" boyutunda; hemşire sayısını yeterli algılayan (76,77) ve daha önce kalite eğitimi alan hemşirelerin (74,44) puan ortalamaları hemşire sayısını yeterli algılamayan ve daha önce kalite eğitimi almayan hemşirelerin "Kalite Eğitimi" puanlarından daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.2, Tablo 4.3). Hupal'ın (2019) çalışmasında kalite eğitimi alt boyutunda ünvan bazında hemşirelerin kalite algı düzeyinin en yüksek puan ortalamasına (94,2) sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır⁸. Gür E. ve Ekici D. (2020) yaptıkları çalışmada kalite yönetim programı uygulamalarının hasta bakımının kalitesini düşük düzeyde de (%2,6) olsa etkilediği sonucuna varılmıştır⁷¹. Hemşire sayısının yeterli olması, kalite standartlarının etkin uygulanması açısından önemli bir faktör olarak düşünülmektedir. Hastanede yürütülen kalite çalışmaları kapsamında yer alan kalite standartlarına ilişkin eğitimlerin hemşirelerin kalite algısını olumlu etkilediği düşünülmektedir⁷².

Çalışmada, "İnsan Kaynakları Kullanımı" puan ortalamasının diğer boyutlara göre en düşük puan ortalamasına (60,53) sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.2). "İnsan Kaynakları Kullanımı" puan ortalamasının üniversite hastanesinde (53,65) en düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Meslekte çalışma süresi, eğitim durumu, çalışılan birim ve hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan hemşirelerin İnsan Kaynakları Kullanımı puanları (52,29) diğer çalışma sürelerine göre anlamlı derecede daha azdır (Tablo 4.3). Ön lisans mezunu (57,36), dahili birimlerde çalışan (57,52) ve hemşire sayısını yeterli bulmayan (56,55)

hemşirelerin insan kaynakları kullanımı puan ortalamalarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Benzer şekilde Bayer'in (2016) çalışmasında, "İnsan Kaynakları Kullanımı" puan ortalamasının en düşük puan ortalamasına sahip olduğu, kalite algı düzeyi en düşük kurumun bu çalışmadan farklı olarak sağlık bakanlığı hastanesi (52,8) olduğu, kurumda çalışma süresine göre insan kaynakları kullanımı alt boyutunda 11 yıl ve üzerinde çalışanların diğer çalışma sürelerine göre daha düşük kalite algı düzeyine (53,13) sahip olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma sürelerine göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır⁹. Hupal'ın (2019) çalışmasında insan kaynakları kullanımı alt boyutunda kurumda çalışma süresine göre en yüksek kalite algı düzeyi 11-15 yıl arasında çalışan sağlık çalışanlarında olduğu bildirilmiştir⁸. Yürün'ün (2015) çalışmasında hemşirelerin hasta bakımına yeterli zaman ayıramama sebebi olarak en çok (%49,02) personel yetersizliği olduğu bildirilmiştir⁶⁴. İnsan kaynakları kullanımı sağlık kuruluşlarında birçok alanda önemlidir. Kalite çalışmaları süreklilik arz etmekte olup, yeterli insan kaynağı önem taşımaktadır. Sağlık personeli sayısının yetersiz olması başta hasta ve çalışan güvenliği olmak üzere hasta ve çalışan memnuniyetini de etkilemektedir. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması hemşirelerin iş yükünün artmasına sebep olmaktadır. İş yükünün fazla olması hastaya ayrılması gereken sürenin azalmasına, hasta güvenliği ihlallerine ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir. Tüm bunların sonucunda ise hastaların algıladığı kalite düşmekte, hemşireler açısından ise iş yoğunluğu sebebiyle kalite standartlarının yeteri kadar uygulanamaması neticesinde kalite algı düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Hastane yönetiminin insan kaynakları kullanımını etkin ve etkili bir şekilde yürütmesi kalite algısının yükselmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması açısından önemlidir.

Bu çalışmada, "yönetim ve liderlik" boyutunda özel hastanede çalışan hemşirelerin kalite algı düzeyi puan ortalaması (67,72) diğer kurumlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Yönetim ve liderlik boyutunda 15 yıldan fazla çalışan (69,51) ve 41 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin (68,73) puan ortalaması diğer çalışma süresinde ve diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Aynı zamanda hemşire sayısını yeterli bulan hemşirelerin (69,81) yönetim ve liderlik boyutundaki kalite algı düzeyi daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.3). Hupal'ın (2019) çalışmasında kurumda çalışma süresi 11-15 yıl arasında olan (85,1) ve 45-54 yaş aralığında (82,8) olan sağlık çalışanlarının

yönetim ve liderlik alt boyutunda kalite algı düzeyinin en yüksek olduğu bildirilmiştir⁸. Bu çalışmadan farklı olarak Bayer'in (2016) çalışmasında, hemşirelerin meslekte toplam çalışma süreleri ve yaş gruplarına göre kalite algı ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç çalışma yapılan hastanelerde meslekte çalışma yılı fazla olan ve 41 yaş üzerinde olan hemşireler tarafından hastane yönetiminin kalite çalışmalarında daha etkin rol aldığını algıladığını göstermektedir⁹. Meslekte daha uzun yıl çalışmış olan hemşirelerde kalite algı düzeyi puan ortalamasının yönetim ve liderlik alt boyutunda daha yüksek olması, mesleki anlamda daha tecrübeli olan hemşireler tarafından kalite standartlarının hastanelerde uygulanmasının yönetimin başarısı olarak görüldüğü düşünülmektedir. Kurumda ya da meslekte çalışma süresi fazla olan hemşireler geçmişte sunulan hizmetlerle şimdi sunulan hizmetleri daha iyi kıyaslayabildiklerinden ve geçmişte kalite standartlarının uygulanmadığı durumlar ile kalite standartlarının uygulanmaya başlanması sonrasında sağlık kuruluşunu kıyaslama yapabilme imkanının olması sebebiyle farklılığın çıkmış olduğu düşünülmektedir. Sağlık kurumlarında kalite standartlarının etkin yürütülmesi için yönetimin liderliği büyük önem arz etmektedir. Üst yönetim tarafından desteklenen bir kalite anlayışına sahip sağlık kuruluşunda hasta ve çalışan memnuniyeti artar, sağlıkta kalite standartlarına uyum süreci hızlanır ve kaliteli hizmet sunumu sağlanır.

Çalışmada, ölçek alt boyut puanlarından “Ölçme ve Değerlendirme” alt boyutu puanının (64,34) olduğu, kurum bazında ise ölçme ve değerlendirme alt boyutunda kalite algısının en yüksek özel hastanede (69,01) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2, Tablo 4.3). Çalışmada, meslekte çalışma süresi 15 yıldan fazla olan hemşirelerin “Ölçme ve Değerlendirme” puan ortalaması (68,95) diğer çalışma yıllarına göre anlamlı derecede daha fazla, 41 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin Ölçme ve Değerlendirme puan ortalaması (68,57) diğer yaş gruplarının puan ortalamasından anlamlı derecede daha fazla, hemşire sayısını yeterli algılayan hemşirelerin Ölçme ve Değerlendirme puanları ise (71,34) hemşire sayısını yeterli algılamayan hemşirelerin Ölçme ve Değerlendirme puanlarından anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Bu çalışma ile benzer şekilde Hupal'ın (2019) çalışmasında 45-54 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının ölçme ve değerlendirme alt boyutunda kalite algı düzeyi (83,4) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir⁸. Bayer'in (2016) çalışmasında ise “Ölçme ve Değerlendirme” alt boyutunun puanı diğer alt boyutlara göre daha düşük

olduğu (65,23) sonucuna varılmıştır⁹. Bu çalışmada, hemşirelerin ölçme ve değerlendirme kalite algı düzeyinin düşük olması kalite çalışmalarının zorunlu kıldığı kayıt sisteminin hemşireler açısından iyileştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Aynı zamanda bu çalışma, hemşire sayısının yeterli olmamasından kaynaklı iş yoğunluğunun da hemşirelik uygulamalarındaki ölçme ve değerlendirmenin bir göstergesi olan kayıt tutma zorunluluğunun zaman zaman göz ardı edilebildiğini de düşündürmektedir.

Çalışmada Kalite uygulamalarının yararları boyutunda yer alan “Kurum yararları” alt boyutu puanı (64,95) meslekte çalışma süresi ve hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.2, Tablo 4.3). Kurum yararları alt boyutunda kalite algısı en yüksek sağlık kurumunun özel hastane (74,52) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Meslekte çalışma süresi 15 yıldan fazla olan hemşirelerin (68,67) ve hemşire sayısını yeterli algılayan hemşirelerin (72,81) Kurum Yararları puanları anlamlı derecede fazla olduğu sonucu çıkmıştır (Tablo 4.3). Bayer’in (2016) çalışmasında kurum yararları alt boyutuna göre servis hemşirelerinin kalite algı düzeyi (66,28) yönetici hemşirelerin kalite algı düzeyine göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır⁹. Hupal’ın (2019) çalışmasında ise kurumda çalışma süresi 11-15 yıl arasında olan (81,9) sağlık çalışanlarının puan ortalamasının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır⁸. Mesleki deneyim özellikle de aynı sağlık kurumundaki çalışma deneyimi kurumun gelişim sürecini gözlemlemek açısından önemlidir. Sağlık kuruluşunun teknolojik gelişmelere uyum sağlaması, yenilikçi fikirlere açık olması, hasta memnuniyeti ve sağlık kuruluşunun hastalar tarafından tercih edilen bir kurum olması gibi faktörler iyi kalite uygulamalarının bir sonucudur. Bu göstergeler ise mesleki deneyimi fazla olan hemşireler tarafından daha iyi değerlendirilebilmektedir.

Çalışmada, ölçek alt boyutlarından “Hasta yararları” alt boyutundaki puanın (71,70) diğer alt boyutlara göre üçüncü sırada yer aldığı ve meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, hemşire sayısı yeterliliğini algılama değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.2, Tablo 4.3). Buna göre, meslekte çalışma süresi 15 yıldan fazla olan hemşirelerin (75,41), hemşire sayısını yeterli algılayan hemşirelerin (76,84) ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin (73,89) hasta yararları puanlarının anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3). Bayer’in (2016) çalışmasında hasta yararları alt boyutuna göre servis hemşirelerinin kalite algı düzeyi (68,57) yönetici hemşirelerin kalite algı düzeyine göre daha düşük

olduğu sonucuna varılmıştır⁹. Sağlıkta kalite standartlarının hedeflerinden birisi olan hasta güvenliğinin sağlanması dikkate alındığında, özellikle hemşire sayısının yeterli olması kaliteli bir hemşirelik bakımı sunumu için gerekli bir kriter ise hasta yararı ön planda yer alması gereken konulardan biridir. Cerrahi birimler hasta sirkülasyonu ve hemşirelik bakımının yoğun olarak uygulandığı birimler olarak düşünüldüğünde ise hasta riskinin bu birimlerde en aza indirilmesi açısından yine hemşirelik bakımı uygulamalarında hasta yararının gözetilmesi önem arz etmektedir. Kalite çalışmalarının öncelikli hedefleri arasında yer alan sunulan bakımın kalitesini artırma ve hasta güvenliği dikkate alındığında, hemşirelerin hasta yararına öncelik vermeleri beklenen bir durumdur.

Literatür incelendiğinde sıklıkla sağlık çalışanları ya da hastaların kalite algısını ölçmeye yönelik çalışmalar yapılmış olduğu, hemşirelerin kalite algısı konusunda çalışmaların daha az olduğu görülmektedir. İkiz ve Gülhan'ın (2015) hemşirelerin kalite çalışmaları hakkında görüşlerinin incelendiği çalışmada hemşirelerin sağlıkta kalite çalışmaları ile ilgili tutumlarının orta düzeyde, fiziksel alt yapı ile ilgili görüşlerinin düşük düzeyde, hastanede yapılan kalite süreç iyileştirme çalışmalarına ilişkin görüşlerinin düşük düzeyde, kalite çalışmaları konusundaki görüş ve isteklerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin %61'inin kalite çalışmalarının hataları azaltmada etkili olduğunu düşündüğü, %51'inin kalite çalışmalarının iş kazalarını azaltacağı, %43'ünün kalite sayesinde kaynakların etkin bir şekilde kullanılacağı, %42' sinin kalite uygulamalarında yönetimin liderliğinin ön planda olacağı ve 26-35 yaş arası hemşirelerin sağlıkta kalite uygulamalarına ilişkin tutumları 45 ve üzeri yaş arası hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır⁷. Erenoğlu ve ark. (2019) çalışmasında hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algılarının (5,38) olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada en yüksek kalite algı düzeyinin bilgi-beceri (mesleki bilgi becerileri sergileme, enjeksiyon, temel hemşirelik girişimleri, bakımla ilgili araç-gereç kullanım becerisi vb.) boyutunda (5,54) olduğu, en düşük kalite algı düzeyinin ise bağlılık (hastayı eğitim verme/bilgilendirme, hastaya zaman ayırma, hastanın gelişimine destek olma, empati yapma, bakıma hastayı dahil etme vb.) alt boyutunda (5,26) olduğu bildirilmiştir⁴⁵. El-Jardalı ve ark. (2008) tarafından bakım kalitesini ve katkıda bulunan faktörleri inceledikleri Lübnan'lı hemşirelerle yapılan çalışmada hastane akreditasyonun bakımın kalitesini artırmak için iyi bir araç olduğu, kalite yönetimi alt boyutunun orta ölçekli hastanelerde küçük ve

büyük ölçekli hastanelere göre en yüksek puan ortalamasına (4,22) sahip olduğu sonucuna varılmıştır¹⁰. Bütün bu bilgiler ışığında kaliteli sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin kalite çalışmaları hakkında bilgi sahibi oldukları, bilgi düzeylerinin artması halinde hemşirelik bakım kalitesinin yükseleceği sonucuna varılabilir. Hemşirelik bakımında hastayı bilgilendirme, hastaya zaman ayırma, empati yapma vb. gibi bakım faaliyetlerindeki algı düzeylerinin yükseltilmesine yönelik girişimlerin, çok yönlü hemşirelik bakımını sağlayarak dolayısıyla da kaliteli bakım hizmetinin yürütülmesine yardımcı olacağı düşünülebilir. Küçük ve büyük ölçekli hastanelerde kalite algısının artırılması da aynı ölçüde bakım kalitesini artıracaktır.

Çalışma sonucuna göre hemşirelerin kalite algısı sağlık kurumları yönetiminin kalite çalışmalarını desteklemesi, yeterli personel desteğini sağlaması, cihaz/malzeme ve ekipman teminini yapması, sağlıkta kalite standartlarına yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi gibi faktörlere göre değişkenlik gösterebilmekte olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Tartışılması

Tartışmanın bu bölümünde çalışma sorularından “karşılanamayan hemşirelik bakım uygulamaları nelerdir?” ve “karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen demografik faktörler nelerdir?” sorularına ait bulgular tartışılacaktır. Çalışma sonucuna göre KHB gereksinimi puan ortalamasının (1,67) ortalamanın altında kalması sebebiyle çalışma kapsamındaki klinik hemşirelerinin KHB gereksiniminin az olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.2). Çimen’in (2019) Trakya bölgesindeki sağlık kuruluşlarında yaptığı çalışma sonucunda KHB puan ortalaması (1,63) olarak belirlenmiştir⁷³. Kalisch ve Lee’nin (2012) çalışmasında KHB gereksinimi puan ortalamasının (1,55) olduğu, yönetici hemşireler için KHB gereksinimi puan ortalaması (1,62) bulunmuştur⁷⁴. Kalisch ve Lee’nin (2012) başka bir çalışmasında magnet hastanelerde KHB gereksinimi puan ortalaması (1,50), magnet olmayan hastanelerde (1,57) olarak bulunmuştur⁵⁸. KHB gereksinimi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik ve ABD ile karşılaştırmasının yapıldığı Kalisch ve ark. (2012) çalışmasında Türkiye için KHB’nın ortalama miktarı (1,40) olduğu, Amerika Birleşik Devletleri için bu miktarın (1,77) olduğu, ABD’de KHB’nın Türkiye’ye göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada bunun sebebinin Türkiye’de aile bireylerinin hastanın hastanede yatış sürecinde refakatçi olarak kalmasından ve refakatçilerin hemşirelik bakımının birçoğunu karşılamasından kaynaklı olabileceği belirtilmiştir¹⁷. Türk kültüründe sosyal hayat, aile

ve akrabalık bağları temelini üzerine kurulmuştur. Bu sebeptendir ki aileden birinin hasta olması durumunda bakım gereksinimi ihtiyacı çoğunlukla aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Refakatçi uygulaması Türkiye’de sıklıkla kullanılmakta olup hastanın beslenmesi, kişisel hijyeninin sağlanması, mobilizasyon gibi hemşirelik bakımı içerisinde yer alan birçok uygulama refakatçiler tarafından yapılmaktadır¹⁷.

Çalışma sonucunda Düzce ilinde Türkiye geneline göre daha fazla KHB olduğu ancak ABD’ye göre daha az KHB olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmanın sadece kliniklerde çalışan hemşireleri kapsamından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Türkiye genelinde yapılan çalışmalar klinik ayrımı yapılmadan tüm birimleri de kapsamaktadır. Yoğun bakım gibi birimlerde yasal mevzuatların gerektirdiği hasta başına düşen hemşire sayısı zorunluluğunun hemşirelik bakımlarının tam ve zamanında verilmesi için etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca pandemi sürecinde hasta sayılarının ve iş yükünün artması nedeniyle KHB artabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya dahil olan klinik hemşireleri KHB gereksinimleri miktarına yönelik olarak hiçbir zaman, bazen ve sıklıkla KHB gereksinimlerinin en çok, “hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi” (%53,5), “hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” (%52,2), “hastaya ağız bakımı verilmesi” (%48,5) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde çalışma sonuçları ile benzer şekilde Kalisch ve ark. (2012) çalışmasında Türkiye’de “hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi” (%42,4) en sık (hiçbir zaman+ bazen+ sıklıkla) KHB olduğu belirtilmiştir¹⁷. İlaslan ve Şişman’ın (2019) çalışmasında en sık karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarı, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma, hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi olduğu sonucuna varılmıştır¹⁵. Çimen’in (2019) çalışmasında “Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma” (2,50), “Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi” (2,35) ve “Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” (2,25) karşılanmama düzeyi en yüksek olan hemşirelik bakım gereksinimleri olduğu sonucuna varılmıştır⁷³. KHB kavramı ile ilgili ulusal literatürde kısıtlı çalışma olmakla birlikte uluslararası literatürde daha fazla çalışmanın yer aldığı görülmektedir. Hongxia Du ve ark. nın (2020) Çin’de yaptıkları çalışmada, kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi (%51,8), hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi (%39,87) ve hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi (%37,71) en sık karşılanamayan üç hemşirelik

bakımı olarak belirlenmiştir⁷⁵. Kalisch ve Lee'in (2012) magnet ve magnet olmayan hastanelerde yaptıkları çalışmada en çok KHB'lerinin her iki hastane grubunda da KHB'lerinin ortak olduğu görülmüştür. Bunlar; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, disiplinler arası bakım konferanslarına katılma, ağız bakımı verilmesi, planlanan zamandan 30 dakika önce veya sonraki süre içinde ilaçların uygulanması olarak belirlenmiştir⁵⁸. Literatür incelendiğinde çalışmalarda ilk üçte farklı bakım uygulamaları olsa da en fazla hemşirelerin karşılayamadığı bakımların benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu bakım uygulamaları hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi^{15,17,76,77,78,79}, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma^{15,17,58,73,76,80,81}, düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma^{15,58,76,79,80,81}, hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi^{73,75,77,82}, ağız bakımı verilmesi^{17,58,83} ve hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi^{17,75,82} olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmaların yapıldığı hemşire grupları, hastane türleri, vardiya sistemlerindeki farklılıklar, çalışma ortamının özellikleri ve hizmet verilen hasta grubunda farklılıklar olsa da karşılanamayan hemşirelik bakımlarının ortak olmasının hemşire istihdamının yetersiz olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum yetersiz hemşire istihdamının tüm kurumlar ve ülkeler için genel anlamda ortak bir sorun olması sebebiyle KHB'lerinin da benzer olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda en fazla KHB'nin "hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi" olmasının yetersiz hemşire sayısı nedeniyle öncelikli bakımların içinde tedaviye odaklı bakımlar yer alması, iş yükünün fazlalığı nedeniyle duygusal destek için vakit ayıramama, duygusal desteğin bakım adı altında kayıt altına alınamaması ve hasta yanında refakatçi bulunmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi her ne kadar tedavi sürecinde çok yer almasa da tedavinin seyri açısından son derece önemlidir.

Çalışmada KHB gereksinimleri demografik verilerle karşılaştırıldığında dahili birimlerde çalışan hemşirelerin (1,74) cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere (1,59) göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Çalışma bulguları ile benzer şekilde Çimen'in (2019) çalışmasında dahili birimlerde çalışan hemşirelerin KHB gereksinimleri puan ortalamasının (1,74) yoğun bakım ve cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır⁷³. Nahasaram ve ark. (2021) tarafından Malezya'da yapılan çalışmada KHB puan ortalaması 1,88 olarak belirlenmiş ve cerrahi servislerinde KHB gereksiniminin daha yüksek olduğu sonucuna

varılmıştır⁸¹. Dahili birimlerde yatan hasta profili genel olarak daha uzun süre yatan, daha fazla kronik hastalıklara sahip, daha fazla bakım gerektiren ve daha ileri yaş grubu olan hastalar olduğu için diğer birimlere kıyasla hemşirelerin iş yükünün daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle dahili birimlerde KHB'nin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sonucuna göre meslekte çalışma yılı 5-10 yıl arasında olan klinik hemşirelerinin KHB puan ortalaması (2,00) 5 yıldan az ve 10 yıldan fazla çalışma yılı olan hemşirelerin puanlarından anlamlı derecede daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6). Çimen'in (2019) çalışma sonuçları bu çalışmadan farklı olarak meslekte çalışma yılına göre KHB gereksinimi arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır⁷³.

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan birim gibi demografik veriler ile KHB gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.6). Çalışma sonuçları ile benzer şekilde Çimen'in (2019) çalışmasında hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre karşılanamayan bakım gereksinimleri arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır⁷³. Çalışma sonucundan farklı olarak Bragadottir ve Kalisch (2018) tarafından İzlanda'da yapılan çalışmada lisans mezunu hemşirelerin KHB gereksiniminin (2,09) lise mezunu hemşirelerden (1,82) daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır⁸⁴. Literatür incelendiğinde demografik verilerle KHB gereksinimleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara ulaşılamamış olup, bu durum çalışma sonucunun tartışılmasını sınırlandırmıştır.

5.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Nedenlerinin Tartışılması

Bu bölümde çalışma sorularından biri olan “Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri nelerdir?” sorusuna ait bulgular tartışılacaktır. Çalışma sonucuna göre KHB gereksinimi nedenleri puanının (1,68) ortalamasının altında kalması sebebiyle çalışma kapsamındaki klinik hemşirelerinin KHB gereksinimi nedenlerinin az olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.2). Literatür incelendiğinde Çimen'in (2019) Trakya bölgesindeki sağlık kuruluşlarında yaptığı çalışmada KHB nedenleri puan ortalaması (3,22) olarak belirlenmiştir⁷³. Kalisch ve ark. (2012) çalışmasında KHB gereksinimi nedenleri puan ortalaması Türkiye için (3,14), ABD için (2,66) olarak bulunmuştur¹⁷. Çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere Düzce ilindeki sağlık kuruluşlarının kliniklerinde çalışan hemşirelerin literatüre göre daha az KHB gereksinimi nedeni bildirdiği

görülmektedir. Bu durum çalışmanın sadece klinik hemşireleri ile yapılmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan klinik hemşirelerine göre KHB gereksiniminin en önemli nedenleri (önemli+ orta düzeyde+ küçük bir neden) “Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması” (%95,6), “Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması” (%94,5) ve “Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)” (%92,8) olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.5). Önemli bir neden olarak ise ilk üç sırada; çalışan personel sayısının yetersizliği (%73,1), yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (%72,2) ve hasta sayısında beklenmedik bir artış ya /ya da çalışılan birimde yoğunluk (%71,3) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde KHB gereksinimi nedenlerinin çoğunlukla çalışan personel sayısının yetersizliği^{15,17,73,75,77,80,81,83,85}, acil hasta durumları^{17,75,80,85,86}, hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk^{15,17,73,75,85}, yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği^{15,17,73,81,83} ve gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması^{17,86} olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum KHB nedenlerinin işgücü eksikliğine bağlı nedenler olduğunu göstermektedir. Personel yetersizliği ve hasta yoğunluğunun beklenmedik artışının pandemi sürecinden de kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %65,9’unun hemşire sayısını yeterli bulmadığı (Tablo 4.1) ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin KHB gereksinimleri nedeni puan ortalamasının (1,82) cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerden daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.6). Çalışma sonucundan farklı olarak İlaslan ve Şişman’ın (2019) çalışmasında hemşirelerin %80’inin çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadığı ve hemşire sayısının yetersizliğini KHB gereksinimlerinin nedeni olarak ifade ettikleri, çalışılan birim ile KHB gereksinimlerinin nedeni arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir¹⁵. İlaslan ve Şişman’ın çalışmalarından elde edilen bulgular bu araştırmanın bulgularını kısmen desteklememektedir. Gurkova ve ark. (2021) çalışmasında cerrahi ve dahiliye klinikleri arasında KHB’nın nedenleri arasında fark saptanmamıştır⁸⁵. Gurkova ve ark. (2021) çalışma sonuçları bu araştırmanın bulgularını desteklememektedir. Hemşire sayısının yetersiz olması hemşirelik bakımının ihmal edilmesine sebep olabilmektedir. Hasta sayısının fazla, hemşire sayısının az olduğu bir klinikte hemşirenin iş yükü artacaktır. Bu durum hastanın alması gereken bazı bakımları alamamasına, bazı bakımların atlanmasına ya da bazı hemşirelik bakımlarının hasta ya da refakatçiye

bırakılmasına sebep olabilmektedir. Atlanan ya da karşılanamayan bakımların sonucu olarak ihmal hataları ile karşı karşıya kalılabilmektedir. Bu hatalar ise hastane enfeksiyonu, basınç ülseri, malnütrisyon, hasta düşmesi vb. hasta güvenliğini tehdit eden durumlar söz konusu olabilir. KHB'nın hasta açısından olumsuz sonuçları olmakla birlikte hemşireler açısından da iş tatminsizliği, memnuniyetsizlik, tükenmişlik, işten ayrılma düşünceleri vb. olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu nedenle KHB düzeyinin belirlendiği alanlarda ortaya çıkan KHB nedenleri üzerine gerekli iyileştirmelerin yapılması KHB nedenlerinin ortadan kaldırılarak hasta bakım kalitesinin artmasını sağlayabilecektir.

Çalışma bulguları alt boyutları açısından incelendiğinde; iş gücü kaynakları (1,55), iletişim (1,76) ve malzeme kaynakları (1,58) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Çimen'in (2019) çalışmasında alt boyutlarda işgücü kaynakları (3,67), iletişim (2,99), ve malzeme kaynakları (3,31) olarak saptanmıştır⁷³. Kalisch ve Lee'nin (2012) çalışmasında iş gücü kaynakları (2,29), iletişim (3,04), malzeme kaynakları (2,57) olarak bulunmuştur⁷⁴. Kalisch ve Lee'nin (2012) magnet ve magnet olmayan hastaneleri karşılaştırdıkları başka bir çalışmada KHB hizmetlerinin nedenleri alt boyut puan ortalaması magnet hastaneler için; iletişim (2,23), iş gücü kaynakları (3,00), malzeme kaynakları (2,56), magnet olmayan hastaneler için; iletişim (2,32), iş gücü kaynakları (3,12), malzeme kaynakları (2,61) olarak belirlenmiştir⁵⁸.

Çalışmada, KHB hizmetlerinin nedenleri iş gücü kaynakları alt boyutunda çalışan personel sayısının yetersizliği (%73,1), malzeme kaynakları alt boyutunda gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%63,2), iletişim/takım çalışması alt boyutunda ise serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması (%55,5) ile diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik (%55,5) olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.5). Çalışma ile benzer şekilde İlaslan ve Şişman'ın (2019) çalışmasında, hemşirelerin KHB gereksinimlerinin nedenlerine yönelik değerlendirmeleri incelendiğinde; iş gücü kaynaklarında çalışan personel sayısının yetersizliği (%83), malzeme kaynaklarında gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%66) ve iletişim/ takım çalışması alt boyutunda hemşirelerin ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması (%53,2) nedenlerini önemli bir neden olarak belirttikleri görülmüştür. Aynı çalışmada hemşire sayısını yeterli bulan hemşirelerin KHB gereksinimi nedenleri puan ortalaması daha yüksek (2,02) olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hemşirelerin %80'inin çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadığı ve

hemşire sayısının yetersizliğini KHB gereksinimlerinin nedeni olarak ifade ettikleri tespit edilmiştir¹⁵. Kalisch ve ark. (2011) çalışmasında 10 hastane içerisinde KHB nedenleri olarak ilk 3 sırada %93,1 ile yetersiz iş gücü kaynağı, %89,6 ile maddi kaynaklar ve %81,7 iletişim olduğu belirlenmiştir. İş gücü kaynağının alt boyutunda hasta sayısındaki beklenmeyen artış (%94,9), maddi kaynaklar alt boyutunda ilaçların bulunamaması (%94,6) ve iletişim kaynakları alt boyutunda en fazla KHB gereksinimi nedeni hasta dağılımındaki dengesizlik (%91) olarak belirlenmiştir⁵⁰. Monsiváis ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada KHB'nin nedenleri en fazla iş gücü kaynaklarında (%80,67), ardından malzeme kaynaklarında (%69,72) ve son olarak iletişim kaynaklarında (%65,16) olduğu sonucuna varılmıştır. İnsan kaynakları boyutunda hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk (%65) önemli bir nedeni olarak belirlenmiş olup, ardından çalışan personel sayısının yetersizliği (%58,8) ve acil hasta durumu (%46,9) olduğu sonucu çıkmıştır. Malzeme kaynakları boyutunda ise, gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması (%50), gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması (%36,9) ve gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%33,8) KHB'nin önemli bir nedeni olarak belirlenmiştir. İletişim boyutunda, hasta dağılımındaki dengesizlik (%40,6), hasta kabulü ve taburculuk aktivitelerinin yoğun olması (%36,9) ve ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması (%35,6) KHB'nin önemli bir nedeni olarak belirlenmiştir⁷⁹. Nahasaram ve ark. (2021) tarafından Malezya'da yapılan çalışmada KHB'nin nedenleri alt boyutlarına göre malzeme kaynakları (2.06) puan ortalaması en yüksek bulunmuştur⁸¹. Silva ve ark. (2021) çalışmasında hemşirelik bakımının ihmal edilmesinin veya ertelenmesinin başlıca nedeni işgücü kaynakları ve maddi kaynaklar olduğu belirlenmiştir⁸³. Gurkova ve ark. (2021) çalışmasında KHB'lerinin en önemli nedeni iş gücü kaynakları alt boyutunda (2,77) puan ortalaması olduğu belirlenmiştir⁸⁵. Bu çalışma ve literatür doğrultusunda KHB'lerinin genel olarak çalışan personel yetersizliği nedeniyle karşılanamadığı ve hemşire sayısının yetersizliğinin iş gücü kaynaklarının yetersizliğini gündeme getirdiği şeklinde yorumlanabilir. Yetersiz hemşire istihdamı birçok sağlık kuruluşunun ortak sorunu olarak değerlendirilebilir. Sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olması devamında hasta güvenliği ve hasta memnuniyetini tehdit eden başka sorunları da gündeme getirebileceği düşünülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması ve kaliteli bir hemşirelik bakımının sunulmasının göstergesi hasta sonuçlarıdır. Hasta sonuçlarının değerlendirilmesi sonucunda ise tamamen veya kısmen ihmal edilen ya da geciktirilen hemşirelik bakımının olup olmadığına karar verilebilir.

KHB gereksinimlerinin miktarını belirli aralıklarla sağlık kurumlarında ölçmek hasta güvenliği ile hasta memnuniyetinin arttırılmasında ve aynı zamanda bakımın kalitesinin arttırılmasında etkili olabilir.

5.4. Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı İle Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çalışmanın konu başlığı olan klinik hemşirelerinin kalite algısı ile KHB arasındaki ilişkiye dair sonuçlar tartışılacaktır. KHB Gereksinimleri puanları ile Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Kalite algı ölçeği alt boyutlarına göre KHB gereksinimi incelendiğinde Yönetim ve Liderlik, İnsan Kaynakları Kullanımı, Ölçme ve Değerlendirme, Kurum Yararları ve Hasta Yararları alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.7). Çalışma sonucuna göre, klinik hemşirelerinin kalite algı düzeyi arttıkça KHB gereksiniminin azaldığı sonucuna varılmıştır.

Literatür incelendiğinde ulusal ve uluslararası düzeyde hemşirelerin kalite algısı ile KHB gereksinimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu durum çalışma bulgularının tartışılmasını sınırlandırmaktadır. Ancak Göktepe ve ark. (2021) hemşirelerin bireysel, mesleki ve fiziki koşullara ilişkin özelliklerinin sunulan bakım kalitesi algısına etkisini inceledikleri çalışması bu çalışmanın konusu ile kısmen benzerlik taşımaktadır⁸⁷. Göktepe ve ark. (2021) çalışmasında hemşirelerin bakım için gerekli kaynaklar, insan gücü yeterliliği, hemşirelerin yönetime katılması, hemşirelerin mesleki yetkinliği ve deneyim süresinin hemşirelerin bakım kalitesi algısını etkilediği sonucuna varılmıştır. Kaliteli bakım için kaynaklar arttıkça hemşirelerin bakım kalitesi algı puanının da arttığı görülmüştür⁸⁷. Longhini ve ark. (2020) tarafından KHB gereksinimlerini önlemek için hemşireler tarafından uygulanabilecek stratejileri belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları da bu çalışmanın konusu ile kısmen benzerlik taşımakla birlikte Longhini ve ark. (2020) çalışmasında sekiz strateji ve bu stratejilere yönelik 22 müdahale yönteminin KHB'nın önlenmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu stratejiler hemşirelik sistemi (hemşirelik bakım kapasitesinin sağlanması, hemşirelerin performansının iyileştirilmesi, hemşirelerin KHB konularına dahil edilmesi, hemşirelik kayıtlarına ilişkin belgelerin yeniden tasarlanması) ve hastane sistemi (karşıt öngörülebilir sorunlar, riskleri tespit edebilen ve yönetebilen entegre bir

sistem kurmak, yapıcı iletişim ve iş birliği oluşturma, hemşire liderlerin rolünü yeniden düşünmek) ile ilgili olanlar şeklinde iki ana gruba ayrılmıştır⁸⁸. Yetersiz hemşire sayısının kalite standartlarının bazı durumlarda ihmal edilmesine sebep olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kalite sisteminin gerektirdiği kayıt sisteminin çalışan personel sayısı yetersizliği durumunda ihmal edilebileceği, bu nedenle hemşirelerin kalite algısının olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir. Karşılanamayan standartlar içerisinde karşılanamayan hemşirelik bakım uygulamalarının olması da hem kalite algısının düşmesine hem de KHB miktarının artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, klinik hemşirelerinin kalite algı düzeyi ile KHB nedenlerinin iş gücü kaynakları alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü; İletişim/Takım Çalışması alt boyutu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur (Tablo 4.7). Literatürde ulusal ve uluslararası düzeyde hemşirelerin kalite algısı ile KHB gereksinimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmaması sebebiyle çalışma bulgularının tartışılmasını sınırlandırmaktadır. Kalite algı düzeyi yüksek olan hemşireler kalite standartlarına uygun hizmet sunumunu gerçekleştirirken hemşire sayısı yetersizliğini daha fazla hissetmelerinden kaynaklı iş gücü kaynaklarına ilişkin nedenlerin daha fazla bildirilmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada, KHB hizmetlerinin nedenleri puanları ile Kalite algı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.2). Alt boyutlar açısından incelendiğinde, Yönetim ve Liderlik alt boyutu puanları ile karşılanamayan hemşirelik bakım nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.7). Ayrıca Yönetim ve Liderlik alt boyutu puanları ile İş Gücü Kaynakları alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü; Yönetim ve Liderlik alt boyutu puanları ile İletişim/Takım Çalışması alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmaktadır (Tablo 4.7). Yönetim ve liderlik alt boyutunda kalite düzeyinin artış göstermesi daha fazla KHB nedeni bildirimine sebep olduğunu göstermektedir. KHB neticesinde meydana gelen ihlal hatalarının bildirilmesi durumunda yöneticiler tarafından cezalandırılma, damgalanma, mobing vb. durumlar yaşama korkusu ile çalışanlar hasta güvenliği ihlallerini bildirmekten çekinebilirler. Ancak yöneticilerin desteklediği bir kalite anlayışının çalışanlar tarafından algılanması durumunda bu

bildirimler daha objektif yapılabilir. Hastane yönetiminin kalite çalışmalarını desteklemesi ve tüm çalışanlara kalite uygulamalarını benimsetmesi ihmal hatalarının daha rahat bildirmesini sağladığı için daha fazla KHB gereksinimi nedeni bildirildiği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Klinik hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada; klinik hemşirelerinin kalite algı düzeyi arttıkça karşılanamayan hemşirelik bakımının azaldığı görülmüştür. Çalışmaya katılan klinik hemşirelerinin kalite algı düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu, dolayısıyla da hemşirelerin kalite algılarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışma sonucuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin az olduğu, en fazla hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi, hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi, hastaya ağız bakımı verilmesi konularında bakımın karşılanamadığı saptanmıştır. Karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksiniminin en önemli nedeni olarak da gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması olarak belirtilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastanelerde uygulanan kalite standartları içerisinde yer alan ve hemşirelik bakımı ile doğrudan ilişkili standartların geliştirilmesi ve uygulanması, uygulanma durumlarının değerlendirilmesi,
- Tıbbi cihaz, malzeme ve personel desteğinin sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Sağlık kuruluşlarında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin miktarının ve nedenlerinin belirli aralıklarla ölçülmesi ve önlenmesine yönelik yönetici hemşirelerin iyileştirme faaliyetleri başlatması,
- Karşılanamayan hemşirelik bakımlarına neden olan faktörlerin kurum bazında tespit edilerek yöneticiler tarafından iyileştirmeye yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Kuruma yeni başlayan hemşirelere uyum eğitimleri kapsamında kalite standartları ve hemşirelik bakım uygulamaları konularında eğitimler verilerek olumlu bir kalite algısının oluşturulması,
- KHB'lerinin tespitine yönelik SKS içerisinde yer alan kalite göstergeleri oluşturulması,
- Yeterli hemşire istihdamının sağlanmasına yönelik personel temin planlarının oluşturulması ve hasta başına düşen hemşire sayısının artırılması,
- Hemşire sayısı artırılarak refakatçilerin bakım uygulamalarından çekilmesi,
- Kalite çalışmalarının bakımı geliştirme yönünde olmasına yönelik standartlar

geliştirilmesi,

- Türkiye’deki durumun görülebilmesi ve daha geniş kapsamlı ele alınması açısından kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin incelendiği daha büyük örneklem gruplarında çalışmalara yer verilmesi önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Aslantekin F, Gökteş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2(6): 55-71.
2. SKS Işığında Sağlıkta Kalite. 1. Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa, 2012.
3. Aydın S, Demir M, Güler H, Demir B, Yorgancılar S (Eds). Sağlık sistemi yaklaşımı ile kalite ve güvenlik stratejileri geliştirme kılavuzu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2008: s.9.
4. Gülmez M. Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ölçümü ve cumhuriyet üniversitesi araştırma hastanesi'nde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2005;6(2):147-169.
5. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Yayın-Dağıtım, Ankara, 2018:s.448.
6. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;5(3): 192-208.
7. İkiz Y, Yıldırım BG. Nurses in a state hospital views on quality in health and quality practices in their hospital. Global Business Research Congress (GBRC). 2015; 1:73-80.
8. Hupal AF. Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algılarına Etkisi (Amasya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği). 2019, İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 83 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Tunç).
9. Bayer N. Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Hemşirelerin Kalite Algısı. 2016, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 103 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Ülkü Baykal).
10. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in Health Care. 2008;20(5): 363-371.
11. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik

- bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2007;4(2):1-13.
12. Özkan Arslan H, Bilgin Z. Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;3(3):191-200.
13. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. Journal Of Advanced Nursing. 2009;65(7): 1509-1517.
14. Institute of Medicine Keeping Patients Safe: Transforming The Work Environment of Nurses, National Academy Press, Washington, 2004.
15. İlaslan N, Şişman Yıldırım N. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri. Çukurova Medical Journal. 2019;44(4): 1226-1236.
16. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: Missed nursing care. Western Journal of Nursing Research. 2014;36(7): 875-890.
17. Kalisch BJ, Terzioğlu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. Nursing Economics. 2012;30(1): 29-37.
18. Zencir G, Eşer İ. Hemşirelikte yeni bir kavram: Karşılanamayan hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;31(1): 83-94.
19. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi 2005, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240, Erişim Tarihi: 01 Kasım 2021.
20. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2001.
21. Özçelik M, Yiğit P. Türkiye sağlık sistemi verimliliğinin incelenmesi. Çukurova Medikal Journal. 2020;45(3):992-1017.
22. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000 s:65.
23. Atay O. Toplam kalite yönetiminin işletmeler açısından önemi ve Malatya üretim işletmelerinde bir uygulama. Uludağ Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF) Dergisi, 2000;18(1).
24. Bayer N, Yılmaz Zeybek E, Baykal Ü. Sağlık çalışanlarının kalite belgelendirme sürecine ilişkin görüşleri. Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi. 2019;4(1).
25. Donabedian A. Commentary on some studies of the quality of care. Health Care Financing Review. 1987. Suppl:75-85.
26. Kaya S, Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, Yılmaz A. Sağlık kurumlarında kalite

- yönetimi. Kaya S (Ed). 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2013: s.185.
27. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgöl A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(4): 205-214.
28. Bayer N, Parıltı N. Kalite belgelendirme sisteminin hasta bakım kalitesi ve hemşirelerin kalite algılayışına olan etkisinin belirlenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2016;3(1): 31-40.
29. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. JAMA. 1988;260(12): 1743-1748.
30. Akyüz S, Akyüz F. Hastane çalışanlarının kalite ve akreditasyon faaliyetlerine bakışı: Karşılaştırmalı bir analiz. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2015;2(2): 90-97.
31. Öztürk YE, Kırarç R. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi. Mehmet Dalkılıç (Ed). 1. Baskı. Ankara: Gece Akademi, 2019; s.401-410.
32. Merih Doğan Y, Güngör P, Kocabey Yaşar M, Samatlı A, Emuce Ç, Eksan H, Özdem Ş. Sağlık çalışanı gözüyle hizmet kalite standartlarının etkinliğinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(1): 62-73.
33. Sağlıkta Kalite Standartları. 1. Baskı. Tam Pozitif Reklamcılık/Matbaa, Ankara, 2020.
34. Gömbül Ö. Hemşirelikte kalite güvenliği ve standartlar. Türk Hemşireler Dergisi, 1993; 22-28.
35. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel yayın dağıtım, İstanbul, 2017;s: 512.
36. Aytekin S, Bülte S, Ayaz İ, Yıldırım A. Yeni kurulmakta olan bir üniversite hastanesinde algılanan hizmet kalitesi ve ölçümü: Balıkesir ili örneği. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012;31(2):155-175.
37. Lüleci M, İkizler C, Aytekin Koç G. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi (TKY) ve personel performansını etkileyen faktörler: Bir vakıf üniversite hastanesi örneği. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2019;16(8): 13-41.
38. Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M, Mungan T. Kadın hastalıkları ve doğum servisi: Verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2006;3(3): 167.171.
39. Bayer N, Baykal Ü. Sağlık çalışanları kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2018;5(2): 86-99.

40. Biçer DF, İlman E, Biçer EB. Sağlık kurumlarında hizmet kalite algısı üzerine meta analiz çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2019;20(2): 1-26.
41. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007;44: 545-555.
42. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(2): 69-74.
43. Ovayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(1): 104-110.
44. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010; 74-82.
45. Erenoğlu R, Can R, Tambağ H. Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; Doğumevi örneği. Sağlık ve Toplum. 2019;1: 79-88.
46. Baykara Göçmen Z. Hemşirelik bakımı kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2014;1(2): 92-99.
47. Wal DV. The Caring Ethic In Nursing. Ethics In Health Care. 2. baskı, Juta & Ca. Ltd. PO, USA, 2005: s. 11-23.
48. İnce S, Bingöl S. Acil serviste çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algıları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020;7(1): 23-30.
49. Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 11. baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2018: s.97.
50. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. American Journal of Medical Quality. 2011; 26(4): 291-299.
51. Amerikan Hemşireler Birliği, <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing>, Erişim tarihi: 10 Şubat 2020.
52. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of tool to measure missed nursing care. JONA 2009;39(5): 211-219.
53. Gürkan A, Aydın Dikmen Y, Aldemir K. Cerrahi hastaların hemşirelik bakım kalitesi algıları ve bakımdan memnuniyetleri. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020;12(3): 329-36.
54. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction?. Journal Of Healthcare Management. 2011;56(2): 117-131.
55. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. Nursing

- Outlook. 2010;58: 233-241.
56. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52: 1121-1137.
57. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nursing*. 2013; 36(6): 51-57.
58. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-magnet hospitals. *Nursing Outlook*. 2012;60(5): 32-39.
59. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *Journal Of Nursing Care Quality*. 2006;21(4): 306-13.
60. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nursing Outlook*. 2009; 57(1): 3-9.
61. Wegman DJ. Comparing Two Identification Methods of Missed Nursing Care. 2011, Texas Women University, College of Nursing, Yüksek lisans tezi, 210 sayfa, Denton- Texas.
62. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012;38(4): 161-167.
63. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care?. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011;23(3): 302-308.
64. Yürün Y. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. 2015, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 55 sayfa, Lefkoşa, (Prof. Dr. Aytolan Yıldırım).
65. Karadağ S, Taşçı S. Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;14: 13-21.
66. Kalisch BJ, Aebbersold M. Overcoming barriers to patient safety. *Nursing Economics* 2006;24(3):143-148.
67. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Les soins non prodigués: l'incidence sur l'intention de quitter et le roulement du personnel. *CNJR* 2010;42(4): 22-39.
68. Bal M.D. Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insangücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 2014;3(1): 148-154.
69. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39024/0/haber-bulteni-2019pdf.pdf>, Erişim

tarihi: 14 Aralık 2021.

70. Örtlek M, Yanık A, Kalkan AC, Topaloğlu S, Kalaner A, Baç A. Sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve kalite algısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2017;3(2): 37-51.
71. Gür E, Ekici D. Determining factors that influence nurses' perceptions of quality implementations conducted in hospitals in Turkey. *The Journal of Nursing Research*. 2020;00(0): 1-8.
72. Alptekin Z, Arslanoğlu A, Erdoğan A. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını SKS öncesi ve sonrası değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2016;3(1): 17-25.
73. Çimen A. Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri. 2019, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 67 sayfa, Edirne, (Dr. Öğr. Üyesi Manar Aslan).
74. Kalish BJ, Lee KH. Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork. *The Journal of Nursing Administration*. 2012;42(10): 473-477.
75. Du H, Yang Y, Wang X, Zang Y. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. *Journal of Nursing Management*. 2020;00: 1-11.
76. Plevová I, Zeleníková R, Jarošová D, Janíková E. The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Medycyna Pracy*. 2021;72(4): 1-7.
77. Andersson I, Bååth C, Nilsson J, Eklund AJ. A scoping review—Missed nursing care in community healthcare contexts and how it is measured. *Nursing Open*. 2021;00: 1-24.
78. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2020; 1-10.
79. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*. 2015;15(3): 318-328.
80. Lima Silva RP, Menegueti MG, Castilho Siqueira LD, Ricci de Araújo T, Auxiliadora-Martins M, Silva Andrade LM, Laus AM. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *Journal of Nursing Management*. 2020;00: 1-11.
81. Nahasaram ST, Ramoo V, Lee WL. Missed nursing care in the Malaysian context:

- A cross-sectional study from nurses' perspective. *Journal of Nursing Management*. 2021;00: 1-9.
82. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*. 2018;26: 33-41.
 83. Silva SC, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto JS, Magnago TSBS. Patient safety culture, missed nursing care and its reasons in obstetrics. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2021;29: 1-11.
 84. Bragadottir H, Kalisch BJ. Comparison of reports of missed nursing care: Registered nurses vs. practical nurses in hospitals. *Nordic College of Caring Science*. 2018;1-10.
 85. Gurková E, Bartoničková D, Mikšová Z, Labudíková M, Chocholková D. Reasons for unfinished nursing care from the perspective of nurses from regional and university hospitals. *KONTAKT-Journal Of Nursing And Social Sciences Related To Health And Illness*. 2021; 1-8.
 86. Gabr H, El-Shaer A. Factors affecting missed nursing care and its relation to nurses' work flow in general medical and surgical units. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2020;9(3): 21-31.
 87. Göktepe N, Türkmen E, Fener İ, Yalçın B, Sarıköse S. Hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi algılarına etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 2021;8(2): 139-147.
 88. Longhini J, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C, Schubert M, Wolf-Linder S, Palese A. Strategies to prevent missed nursing care: An international qualitative study based upon a positive deviant approach. *Journal of Nursing Management*. 2021;29(3): 572-583.

8. EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

ANKET FORMU

Değerli katılımcı, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Yüksek Lisans Tezine konu olacak bu çalışma, Klinik hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi ölçmeyi amaçlamaktadır. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlar için kullanılacaktır ve şahsınıza ait bilgiler hiçbir kuruluşa verilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz dikkatli ve görüşlerinizi yansıtan cevaplar çalışmanın kalitesini doğrudan etkileyecektir. İstenildiği takdirde çalışma sonuçları sizinle paylaşılacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Esra ÇALIŞ

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

ANKET NO:

1. BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Çalışılan Hastane:

Çalışma şekli:

- ☐ Vardiyalı
- ☐ Gündüz mesaisi

Meslekte çalışma süresi:.....yıl

Çalışılan birim

- ☐ Dahili birimler
- ☐ Cerrahi birimler

Biriminizde çalışma süresi:.....ay/y

Hemşire sayısı yeterliliğini algılama:

Yaş:

- ☐ Yeterli
- ☐ Yeterli değil

Cinsiyet:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

Daha önce kalite ile ilgili eğitim alıp almama duru

- ☐ Aldım
- ☐ Almadım

Medeni Durum:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

Eğitim durumu:

- ☐ Lise
- ☐ Ön lisans
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek lisans

EK 2: Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği

Bu çalışma, yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kurumlarında yürütülen kalite çalışmalarına yönelik algılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir özellik için katılım derecenizi **1 (Kesinlikle Katılmıyorum)** ile **5 (Tamamen Katılıyorum)** arası size uygun gelen seçeneği boş bırakmadan işaretleyiniz.

	Yönetim ve Liderlik	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında öncü ve itici güçtür.	1	2	3	4	5
2	Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan parasal kaynakları ayırır.	1	2	3	4	5
3	Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.	1	2	3	4	5
4	Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli komiteleri oluşturur.	1	2	3	4	5
5	Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.	1	2	3	4	5
6	Hastane yönetimi hizmet ve bakım kalitesini artırmak için gerekli değişimleri gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
7	Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.	1	2	3	4	5
8	Hastane yönetimi kalite çalışmalarında görünen aksaklıkları hızlı şekilde çözümler.	1	2	3	4	5
9	Hastane yönetimi kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.	1	2	3	4	5
10	Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır.	1	2	3	4	5
11	Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.	1	2	3	4	5
12	Hastane yönetimi tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.	1	2	3	4	5
	İnsan Kaynakları Kullanımı	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hastanenin işe alım kuralları ve süreci kalite çalışmaları çerçevesinde oluşturulur.	1	2	3	4	5
2	Hastanenin kalite çalışmalarının yürütülüyor olması, adayların işe başvurusunu artırır.	1	2	3	4	5
3	Kalite çalışmaları hastanenin personel sayısının artırılmasında etkili olur.	1	2	3	4	5
4	Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.	1	2	3	4	5
5	Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.	1	2	3	4	5
6	Kalite çalışmalarında hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla görev üstlenir.	1	2	3	4	5
7	Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.	1	2	3	4	5
8	Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.	1	2	3	4	5
9	Kalite çalışmaları, bölümler ve çalışanlar arası işbirliğini destekler.	1	2	3	4	5
10	Kalite geliştirme çalışmalarına katkı sağlayanlar mali olarak ödüllendirilir.	1	2	3	4	5
11	Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.	1	2	3	4	5
12	Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.	1	2	3	4	5
13	Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.	1	2	3	4	5
14	Kalite çalışmaları, maliyeti düşürerek verimliliği artırır.	1	2	3	4	5
	Kalite Eğitimi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.	1	2	3	4	5
2	Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.	1	2	3	4	5

3	Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.	1	2	3	4	5
4	Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.	1	2	3	4	5
5	Kalite çalışmalarına karşı olumsuz tutumu önleyici eğitimlere önem verilir.	1	2	3	4	5
6	Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.	1	2	3	4	5
	Ölçme ve Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.	1	2	3	4	5
2	Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.	1	2	3	4	5
3	Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.	1	2	3	4	5
4	Kalite çalışmalarının zorunlu kıldığı kayıt sistemi, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltır.	1	2	3	4	5
5	Hastanede kayıt tutma zorunluluğu hizmetin uygun verilmesini sağlar.	1	2	3	4	5
6	Kalite çalışmalarıyla risk analizinin yapılması risklerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur.	1	2	3	4	5
KALİTE UYGULAMALARININ YARARLARI						
	Kurum Yararları Alt Boyutu	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kalite çalışmaları hastanede bilimsel ve çağdaş hizmet sunumunu sağlar.	1	2	3	4	5
2	Kalite çalışmalarıyla hastanede teknolojik açıdan en uygun hizmet verilir.	1	2	3	4	5
3	Kalite çalışmalarıyla hastanenin müşteri memnuniyetinde sürekli artış sağlanır.	1	2	3	4	5
4	Kalite çalışmaları hastanenin laboratuvar, radyoloji vb. tıbbi destek hizmetlerinde gelişme sağlar.	1	2	3	4	5
5	Hastanenin kalite belgesine sahip olması hastalar tarafından tercih edilmesinde etkilidir.	1	2	3	4	5
6	Kalite çalışmalarıyla hastanedeki ekipman ve teçhizat sürekli kontrol edilir.	1	2	3	4	5
7	Kalite çalışmaları hastanenin dış paydaşları (SGK, diğer kurumlar) iş birliği geliştirmesine katkı sağlar.	1	2	3	4	5
8	Kalite çalışmaları, hastaneyi yenilikçi fikirlerle açık hale getirir.	1	2	3	4	5
9	Kalite çalışmalarının uygulanması hastaneye yapılan hasta sevk ve transferlerinde tercih nedenidir.	1	2	3	4	5
10	Kalite çalışmaları hastanenin fizik koşullarının iyileştirilmesini sağlar.	1	2	3	4	5
	Çalışan Yararları Alt Boyutu	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kalite çalışmaları, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesiyle ilgili tutum ve davranışlarını değiştirir.	1	2	3	4	5
2	Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının yasal durumlara karşı kendisini korumasını sağlar.	1	2	3	4	5
3	Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının hastalara ayıracağı zamanı azaltır.	1	2	3	4	5
4	Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının yaptığı hatayı çekinmeden raporlamasını sağlar.	1	2	3	4	5
5	Kalite çalışmaları, hastaya yapılan her uygulama öncesinde kimlik doğrulamayı zorunlu kılar.	1	2	3	4	5
6	Kalite çalışmaları iş güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasını zorunlu kılar.	1	2	3	4	5
7	Kalite çalışmaları hasta ve çalışanların taciz ve saldırılara maruz kalmaları durumunda gerekli güvenlik önlemleri alınmasını zorunlu kılar.	1	2	3	4	5
8	Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.	1	2	3	4	5

	Hasta Yararları Alt Boyutu	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kalite çalışmaları hastaların uluslararası standartlarda hizmet almasını sağlar.	1	2	3	4	5
2	Kalite çalışmaları hasta güvenliğinin sağlanmasında etkilidir.	1	2	3	4	5
3	Kalite çalışmalarıyla hastalara bütüncül hizmet sunumu sağlanır.	1	2	3	4	5
4	Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde çalışanlar bunu çekinmeden raporlar.	1	2	3	4	5
5	Hasta güvenliğini etkileyen hatalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına eğitim verilir.	1	2	3	4	5
6	Hasta güvenliğini etkileyen olaylar kalite bölümü tarafından incelenerek gerekli önlemler alınır.	1	2	3	4	5
7	Kalite çalışmaları hasta ve sağlık çalışanı arasındaki çatışmaları azaltır.	1	2	3	4	5
8	Kalite çalışmaları hasta gereksinimi ve beklentilerinin doğru değerlendirilerek karşılanmasını sağlar.	1	2	3	4	5
9	Kalite çalışmaları, hastanenin enfeksiyon oranı, düşme göstergelerini azaltır.	1	2	3	4	5
10	Hastanede oluşturulan hasta bakım protokollerinin düzenli uygulanması hasta yatış süresini kısaltır.	1	2	3	4	5
11	Hastalara, hastane hizmetleriyle ilgili tanıtım kitapçığı dağıtılır.	1	2	3	4	5
12	Hastalara sağlık bakım gereksinimlerinin ve sonuçlarının değerlendirildiği politikalar/süreçler mevcuttur.	1	2	3	4	5
13	Hastalara gereksinimlerine uygun sağlık eğitimi verilir.	1	2	3	4	5
14	Hastalara, hakları konusunda bilgi verilir.	1	2	3	4	5

EK 3: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği

Bölüm 1- Karşılanamayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

Hemşirelik bakım hizmetleri çoğunlukla öncelikler oluşturmayı, birçok talebin zamanında karşılanmasını gerektirmesine karşın, hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı veremeyebilmektedir. Size göre, biriminizdeki hemşirelik personeli tarafından, aşağıdaki hemşirelik bakım unsurları (siz de dahil) hangi sıklıkta **gerçekleştirilememektedir?**

Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. Örneğin “hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa” bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir. Servisinizde hiç yapılmayan hemşirelik bakım aktiviteleri olduğunda “**Uygun Değil**” seçeneğini işaretlemelisiniz.

		Hiçbir zaman verilmiyor	Sıklıkla verilmiyor	Bazen verilmiyor	Nadiren verilmiyor	Uygun değil
1	Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma					
2	Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi					
3	Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi					
4	Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi					
5	İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi					
6	Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi					
7	Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi					
8	Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi					
9	Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi					
10	Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi					
11	Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi					
12	Hastaya ağız bakımı verilmesi					
13	Taburcu olan hastanın kullanacağı ilaçların dozu, alınma zamanı ve yan etkilerinin hasta ile birlikte gözden geçirilmesi					
14	Hastalık süreci hakkında eğitim verilmesi					
15	Ellerin yıkanması					
16	Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme					
17	İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması					
18	Her şifte hastanın değerlendirilmesi					
19	Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi					
20	Çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi					
21	Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması					
22	Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi					
23	Doktorlarla vizite katılma					
24	Düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma					
25	Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi					
26	Yara bakımı ya da tedavisi					

Bölüm 2-Karşılanamayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri

Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin 1. kısmında işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin **VERİLEMEME NEDENLERİNİ** aşağıda belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.

		Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememe si için bir neden değil
1	Çalışan personel sayısının yetersizliği				
2	Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)				
3	Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk				
4	Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)				
5	Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması				
6	Hasta dağılımındaki dengesizlik				
7	Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması				
8	Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi				
9	Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)				
10	Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması				
11	Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması				
12	Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması				
13	Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik				
14	Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu				
15	Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu				
16	Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi				
17	Hasta kabulü ve taburculuk aktivitelerinin yoğun olması				

EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı İle Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki” adlı bu araştırma Dr. Öğr. Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR danışmanlığında, Esra ÇALIŞ sorumluluğunda yürütülecektir. Araştırmanın amacı; Düzce ilindeki hastanelerde çalışan klinik hemşirelerinin sağlık hizmeti kalite algısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada 600 hemşireye ulaşılması planlanmaktadır. Bu araştırmada size “Kişisel Bilgi Formu”, “Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği” ve “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği”nden oluşan toplam 124 soru uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre ortalama 15 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı kliniklerde çalışan hemşirelerin tamamıdır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulara vereceğiniz cevaplar sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk ya da rahatsızlık oluşturmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman () no.lu telefondan Esra ÇALIŞ’ a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Esra ÇALIŞ’ın araştırması kapsamında alınan verilerin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Gönüllünün,	Açıklamaları yapan araştırmacının,
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Adresi:	Görevi:
Tel.-Faks:	Adresi:
	Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:	Tarih ve İmza:

EK 5: Etik Kurul Onayı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki
TITLE OF STUDY	Relationship Between the Quality Perception of Clinical Nurses and Their Nursing Care

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Ebru ÖZEN BEKAR			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Tezi Esra ÇEVİK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz ****					
	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik K
Unvan
İmza

kanının
yadı: Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki
TITLE OF STUDY	Relationship Between the Quality Perception of Clinical Nurses and Their Nursing Care

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		

KARAR BİLGİLERİ
Karar No:2020/52 Tarih: 19.10.2020
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Selmin KARADEMİR	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yıldız DEĞİRMENCI	Nöroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Öğr. Gör. Şerife YILMAZ	Hemşirelik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San ve Tic. Ltd.Şti	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul
Unvanı/Adı
İmza

nın
: Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer alınmadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 6: Araştırma Uygulama İzinleri

Evrak Tarih ve Sayı: 19.02.2021-17021



Özel ÇAĞSU HASTANESİ DÜZCE

Cumhuriyet Mahallesi D-100 Karayolu Ankara Asfaltı Üzeri No:152/A
Tel: 0380 524 16 66 Fax: 0380 524 77 41
www.cagsu.com duzce@cagsu.com

Sayı : 131

Konu: Araştırma İzni-Esra ÇALIŞ

16/02/2021
DÜZCE

T.C. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi: 12.02.2021 tarih ve 14591sayılı yazınız.

İlgi yazınızla tarafımıza sunulan Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi () Esra ÇALIŞ 'ın "Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili araştırma yapması konusunda, hastanemizde anket, görüşme, gözlem vb yollarla elde edilecek bilgilerin var olan tezde kullanılması dışında üçüncü kişilerle paylaşılmaması ve Kişisel Verileri Koruma Kanunu dışında yapılacak işlemlerin tüm sorumluluğun araştırmacıda olması kaydı ile araştırma yapılmasında tarafımızca sakınca görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

İsmail ALTIN
İşletme Direktörü

Cumhuriyet Mah. D100 Karayolu Ankara Asfaltı Üzeri No:152/A Merkez Düzce
Tel:03805241666 Fax:03805247741

www.cagsu.com

duzce@cagsu.com



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi

DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ -
DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
24.02.2021 16:36 - E-58230125 - 929 - 2192
00135334829

Sayı : E-58230125-929
Konu : Araştırma İzni () Esra
ÇALIŞ)

Esra ÇALIŞ
Hemşire

İlgi : 22/02/2021 tarih ve 946 sayılı dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçenizde "Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki" başlıklı çalışma bir çalışma yapmayı planladığınız anlaşılmıştır. Söz konusu çalışmanızda kurumumuzda görev yapan klinik hemşirelere anket uygulaması yapmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Volkan TEMİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 36140acf-ecce-45df-b57a-bec54e76867e Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Aziziye Mahallesi, Şht. Ramazan Gel Cd. No:7, 81010 Düzce Merkez/Düzce

Telefon: 0380 529 13 00 Faks No: 0.380 549 78 19

e-Posta: onur.macka@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://duzceadn.saglik.gov.tr/>.

Bilgi için: Onur MAÇKA

Veri Giriş Personeli

Telefon No: (0 380) 529 13 00



Evrak Tarih ve Sayısı: 03.03.2021-20229



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : E-69898333-605.01-20229
Konu : Araştırma İzni-Esra ÇALIŞ

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 12.02.2021 tarihli, 14562 sayılı ve "Araştırma İzni-Esra ÇALIŞ" konulu yazısı

İlgi yazınıza istinaden, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Esra ÇALIŞ'ın "Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı İle Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmasını Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde yapması, bilgilerin üçüncü şahıslar ile paylaşılmaması şartı ile uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Öner Abidin BALBAY
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürü (Başhekim)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BEKAK4R5H* Pin Kodu :07502
Adres:Konuralp Yerleşkesi 81620 Merkez DÜZCE
Telefon:0 380 542 13 90 Faks:0 380 542 13 87
e-Posta:hastane@duzce.edu.tr Web:www.hastane.duzce.edu.tr
Kep Adresi:duzceuniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/duzce-universitesi-ebys?V=BEKAK4R5H>

Bilgi için: Derya Aktaş
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu





T.C.
DÜZCE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

DÜZCE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - DÜZCE ÖZLÜK
İŞLERİ BİRİMİ
12/03/2021 09:31 - E-61518654 - 619 - 393
00136417498

Sayı : E-61518654-619
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Sağlık Bakanlığı Sağlık Alanında Yapılacak olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu gereğince; Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esra ÇALIŞ'ın 22.02.2021 tarihli ve 0134745193 barkot sayılı başvurusunda yapılmak istenen;"Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı İle Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki"konu başlıklı çalışmanın Makam Olur'u yazı ekinde gönderilmiştir. Anılan çalışmanın tamamlanması sonunda bir nüshasının Destek Hizmetleri Başkanlığı'na gönderilmesi konusunda adı geçen kişiye tebliğ edilmesi ve yapılan çalışmada gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini bilginize rica ederim.

Dr. Yasin YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzni_Ustyazi_d5f02817-fd34-431e-a498-4467aa4078da

Dağıtım:
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi
Düzce Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü

~~Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.~~
Mühür Binası D Blok Kat:1
Belge Doğrulama Kodu: 5674f119-b382-48ba-90a1-b300d5eafbce Belge Doğrulama Adresi: <http://www.dusnye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Telefon: Faks No: EBE
e-Posta: hamiyet.caglar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı Ayrıntılı Bilgi İçin: H. ÇAĞLAR 0 380 523 92 72 (Dahili 1514) Telefon No: (0 380) 523 92 71



Ek 7: “Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği” İzin Yazısı

Re: Ölçek izni hk.



Nükhet BAYER
8.01.2020 Çar 08:30

Kime: Siz

Merhaba Esra, ölçeği kullanman beni mutlu eder. Başarılar dilerim. kolay gelsin



Dr. Nükhet BAYER

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri
Faculty of Health Sciences, Nursing and Health Services

📍 : Söğütözü Mah. 2779 Cad. No: 6 Ankara / Türkiye
☎ : 444 8 548
✉ : nukhet.bayer@lokmanhokimedu.tr
🌐 : www.lokmanhokimedu.tr

esra çevik <

7 Oca 2020 Sal, 21:55 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, Sayın Nükhet BAYER hocam,

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim AD Yüksek Lisans (Tezli) öğrencisiyim. Düzce ilinde bir devlet hastanesinde, servis hemşirelerinin kalite algısı ile yatan hastaların hemşirelik bakımı ve kalite algısının karşılaştırılması konulu tez çalışmamda müsaadeniz olursa referans göstererek “Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği” ölçeğinizden yararlanmak istiyorum. Desteginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Ek 8: “Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği” İzin Yazısı

Re: ölçek kullanım izni hk.



Fusun Terzioğlu

20.01.2020 Pzt 09:41

Kime: Siz

Sevgili Esra

Yayınımı göstermek koşulu ile elbette kullanabilirsin, başarılar dilerim

17 Oca 2020 Cum 16:26 tarihinde esra çevik şunu yazdı:

Merhaba, Sayın Fusun TERZİOĞLU hocam,

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim AD Yüksek Lisans (Tezli) öğrencisiyim. Düzce ilinde "servis hemşirelerinin kalite algısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişki" konulu tez çalışmamda müsaadeniz olursa referans göstererek “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği” ölçeğinizden yararlanmak istiyorum. Desteginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Esra ÇEVİK

Hemşire

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelikte Yönetim AD

Yüksek Lisans Öğrencisi

9. ÖZGEÇMİŞ

yılında doğdu. İlk, Orta ve Lise eğitimini Düzce’de tamamladı. 1998 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi’nde Hemşirelik lisans eğitimine başladı ve 1999 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksek Okulu’na yatay geçiş yaparak 2002 yılında mezun oldu. 2019 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2002-2007 yılları arasında özel sağlık kuruluşlarında hemşirelik yaptı. 2007-2012 yılları arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalıştı. 2012 yılında Düzce Atatürk Devlet Hastanesi’nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2015 yılından itibaren Düzce Atatürk Devlet Hastanesi’nde Kalite Direktörü olarak çalışmaya devam etmektedir.

