



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ACİL SERVİS HASTALARININ HEMŞİRELİK BAKIMINA
İLİŞKİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜLŞEN SÖYLEMEZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof.Dr. AYTOLAN YILDIRIM

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda çok yoğun programı olmasına rağmen ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a; Çalışmamı yapmamda destek veren İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı başhemşiresi Şükran KİŞİOĞLU, sorumlu hemşirelerimiz Gülten DOĞRU, Nursel ONUR ve Nuray EMAN'a; her zaman yanımda hissettiğim ve yardımlarını esirgemeyen canım arkadaşlarım Tuba ELÇİ, Melek ŞALGAM ve Elif ALTUNTAŞ'a

Beni bugünlere getiren, bana ve aldığım kararlara güvenen, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, annem Sultan SÖYLEMEZ ve babam Memet SÖYLEMEZ'e,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Sağlık Kavramı ve Hemşirelik.....	6
4.2. Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Hemşireliği	8
4.2.1. Acil Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi	8
4.2.2. Acil Servisin Yapısı	11
4.2.3. Acil Hemşireliği ve Tarihçesi	13
4.2.4. Triyaj Hemşiresinin Görevleri.....	14
4.2.5. Acil Hemşiresinin Görevleri.....	15
4.2.6. Acil Servis Hemşiresinin Sorumlulukları	16
4.2.7. Acil Hemşiresinin Hukuksal Sorumlulukları	17
4.2.8. Acil Servis Hemşiresinin Etik Sorumlulukları	19
4.3. Hasta Memnuniyeti.....	20
4.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	22
4.3.2. Hastanelerde Toplam Kalite	25

4.3.3. Toplam Kalite Yönetim İlkeleri	26
4.3.4. Toplam Kalite Yöntemlerinde Deming Çevirimi	28
4.3.5. Toplam Kalite Yönetiminin Felsefesi	29
4.3.6. Hasta Memnuniyetini Ölçme Yöntemleri	30
4.3.7. Hasta Memnuniyetinin Yeri ve Önemi.....	31
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
5.1. Araştırmanın Amacı	33
5.2. Araştırma Soruları.....	33
5.3. Araştırmanın Tipi	33
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
5.5. Veri Toplama Araçları	35
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
5.7. Araştırmanın Etik Boyutu	36
6. BULGULAR.....	37
7. TARTIŞMA	51
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
9. KAYNAKLAR	57
10. EKLER.....	64
Ek-1: Ölçek İzni	64
Ek-2: Kurum İzni.....	67
Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	69
11. ETİK KURUL ONAYI.....	70
12. ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMA VE SİMGELER

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SSK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
EDNA	: Acil Departman Hemşireler Birliği
SANERC	: Semahat Arsel Hemşirelik ve Araştırma Merkezi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TATD	: Türkiye Acil Tıp Derneği
İ.Ü	: İstanbul Üniversitesi
EKG	: Elektrokardiyografi
JCI	: Joint Commission International
ANA	: Amerikan Nurses Association
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Kaizen ile Batı ve ABD türü teknolojik gelişme ve yeniliğin mukayesesi	27
Şekil 4.2. TKY’de Tersine Dönmüş Örgüt Yapısı.....	30
Şekil 6.1. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	42
Şekil 6.2. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	43
Şekil 6.3. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	44
Şekil 6.4. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	45
Şekil 6.5. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı.....	46
Şekil 6.6. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	47
Şekil 6.7. Hastaların Hastanede Önceki Ve Sonraki Kalış Arasında Hemşirelik Bakımı Yönündeki Gelişmelere Yönelik Memnuniyet Dağılımı	48
Şekil 6.8a.Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Yaşa Göre Dağılımı	49
Şekil 6.8b. Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Hastaneye Toplam Yatışa Göre Dağılımı.....	50
Şekil 6.8c Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Hastanede Toplam Kalış Gecesine Göre Dağılımı.....	50

TABLO LİSTESİ

Tablo 6.1. Hastalara Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı (N:340).....	37
Tablo 6.2. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Ölçeği Düzeylerinin Dağılımı (N:340)	39
Tablo 6.3. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Ölçeği Ortalamaları Dağılımı (N:340)	41
Tablo 6.4. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Cinsiyete Göre Dağılımı (N:340).....	42
Tablo 6.5. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Dağılımı (N:340).....	43
Tablo 6.6. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (N:340)	44
Tablo 6.7. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (N:340)	45
Tablo 6.8. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı (N:340)	46
Tablo 6.9. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı (N:340).....	47
Tablo 6.10. Hastaların Hastanede Önceki Ve Sonraki Kalış Arasında Hemşirelik Bakımı Yönündeki Gelişmelere Yönelik Memnuniyet Dağılımı (N:340).....	48
Tablo 6.11. Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Yaşa, Hastaneye Toplam Yatış Sayısına Ve Toplam Kalış Gecesine Göre Dağılımı (N:340)	49

1. ÖZET

ACİL SERVİS HASTALARININ HEMŞİRELİK BAKIMINA İLİŞKİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergelerinden biri hasta memnuniyetidir. Bu araştırma; acil servise başvuran ve yatarak tedavi olan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı ve tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni, İstanbul Avrupa Bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin Acil Tıp Anabilim Dalı Gözlem Servisi'ne başvurup yatarak tedavi olan hastalar (399), örnekleme ise 1 Mayıs-31 Ekim 2015 tarihleri arasında yatan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalardan oluşturuldu (N:340). Araştırma verileri, hastalara ait Sosyo-demografik özellikleri içeren Tanım Formu ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ile araştırmacı tarafından toplandı. Elde edilen verilerin istatistik analizinde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Kruskal-wallis, mann-whitney u test kullanıldı. Araştırma sonucunda hastaların hemşirelik bakımından oldukça memnun oldukları (68.1 ± 13.2) en yüksek ortalama ile hemşirelerin yardımseverliği ve mahremiyete (bireysel ve bedensel sınırlara) gösterilen saygıdan memnun oldukları saptandı. Hastalara serviste sağlanan özgürlükten ve hastaları evlerindeymiş gibi rahat ettirmelerinden daha düşük oranda memnun kalmadıkları belirlendi. Bekarlarda Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği skoru evlilerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Anahtar kelimeler: *Acil Servis, Hasta Memnuniyeti, Hastane, Hemşirelik Bakımı, Kalite.*

2. SUMMARY

EVALUATION OF THE SATISFACTION LEVEL (DEGREE) PERTAINING TO NURSING CARE OF EMERGENCY SERVICE PATIENTS

One of the most important indicators of the quality health service is the patient satisfaction. This research has been planned in order to determine the satisfaction levels of patients, who apply to the emergency service and receive inpatient treatment, with relation to their nursing care and effectuated in a descriptive manner. The research area has been constituted by the patients having applied to the Emergency medicine Department (Major) Observation Service of a university hospital taking place in the European Part of Istanbul and receiving inpatient treatment and the sample of the same, however, by the patients, who were hospitalized between the dates of May 01 and October 31, 2015 and taken part in this research voluntarily (N:340). The research data were collected by a researcher with a Definition Form containing socio-demographic characteristics belonging to the patients and Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale. SPSS 22.0 program was used in the statistics analyses of the data so collected. Average, standard deviation, median the lowest, highest, frequency and rate values were used in the descriptive statistics. The dispersion of variances was measured by the kolmogorov smirnov test. In the analyses of quantitative data, however, the Kruskal-wallis, mann-whitney u test was used. As a result of the research it was established that patients were satisfied with helpfulness and respect that was shown the privacy (about personel and physical boundaries) with the highest mean (68.1 ± 13.2). It was determined patients were less satisfied with their freedom and the feeling of home at hospital ward. Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale score was found significantly higher with single people than married people.

Key words: Emergency Service, Patient Satisfaction, Hospital, Nursing Care, Quality.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı olma, bireylerin yaşamlarını mutlu olarak devam ettirmelerinde önemli etkenlerden biridir. İnsan sağlığı ruhsal ya da bedensel yönden bozulabilir. Bu aşamada yapılması gereken, tedavi olmak amacıyla bir hastaneye başvurmaktır. Genellikle sağlıklı ya da hasta bireyin sağlık sistemine kabulü geleneksel bir yol olan hekime veya polikliniğe başvuru ile gerçekleşir. Ancak günümüz yaşam koşullarının getirdiği, hızlı ve teknolojik yaşam biçimine bağlı sağlık sorunları, bireyin tıbbi bakım altına girmesi için başka bir kaynak olan acil servis birimini kullanmalarını zorlamaktadır, Olgun (1).

“Acil” sözcüğü terim olarak; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünü bozan ve yaşamsal tehlikeye eğilimli durumdaki hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın acilen verilmesi anlamını taşımaktadır. Diğer bir deyişle bedensel organizasyonun işlevlerini ve bütünlüğünü, yaşamı tehlikeye atacak şekilde bozan etkilere karşı bedenin yanıtların yetersiz kaldığı durumda acil tıbbi bakım girişimleri gerektiren durumlardır, Oktay ve ark(2). Zamanın iyi değerlendirilmesinin önemli bir unsur olduğu “acil”, geciktirilmemesi, sonraya bırakılmaması, bir an önce yerine getirilmesi gereken uygulamalar ve önlemler için kullanılan bir terimdir. Tıbbi anlamda ise, fiziksel ya da duygusal yönden yaşamsal tehlike içinde bulunulması durumudur, Akyolcu ve ark (3).

Yirmi dört saat boyunca sürekli hizmet verilen ve çalışan ve ekipman bakımından tam donanımlı olması gereken acil servisin primer görevi, şiddetli kazalar ve medikal ve cerrahi aciller için bakım sağlamaktır. Acil servislerdeki bakım ise kişi hayatının iki önemli ögesi olan sağlık ve yaşam kalitesinin sürdürülmesine yardım etme üzerine kurulmuştur. Acil servisteki bakım süreci, yalnızca tıbbi bilgiyi kullanmaksızın kendi profesyonel kararı çerçevesinde, hemşirenin hastayı sürekli takip etmesini ve kendi profesyonel kararı ile hareket etmesini gerektirir, Işık(4). Hastalar bakımlarıyla ilgili yargıya, kişisel izlenimlerine dayanarak, beklentileriyle yaşadıkları deneyimleri karşılaştırarak varmaktadırlar, Tükel ve ark (5).

Hemşireliğin amacı: hastada normal fiziksel ve psikolojik işlevlerini yerine getirmeye engel olan problemlerin üstesinden gelmeye yardımcı olmaktır. Diğer bir deyişle, sağlıklı ya da hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanmasını ve en kısa zamanda onun bağımsız hale gelmesini sağlama eylemidir. Bu amaca ulaşmak için hemşire hastayı birey olarak tanır, problemleri belirler, problemi çözmek için hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve sonunda durumu değerlendirir. Hemşirenin bunları mantığa uygun ve sistematik bir şekilde yapması gerekir, Işık (4).

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır, Özer ve Çakıl (6).

Teknolojinin ilerlemesi etkisini en hızlı sağlık sektörüne göstermektedir. Sağlık sektöründe ileri teknolojinin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteğinin yaygınlaşması bireylere ve topluma kaliteli sağlık hizmeti verilmesini gündeme getirmektedir, Aytar ve Yeşildal (7).Hasta/hasta yakınının memnuniyetinin belirlenmesi, hastaya verilen tüm hizmet bileşenlerinin kalitesini ortaya koyacağı gibi aynı zamanda hizmet planlayıcılarına ve sunucularına hizmetin niteliği ve niceliğinin nasıl olması gerektiği konusunda öneriler verir, Şahin ve ark (8).

Hasta memnuniyeti çeşitli unsurlardan etkilenen karmaşık bir kavramdır ve kaliteli hasta bakımının da en önemli göstergelerindedir. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerinin karşılanması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır. Hizmet kalitesini belirleyen unsurlar, hizmetin sunulduğu ortam, görünüm, hizmetin zamanlaması, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmetin süreklilik arz etmesi, güvenilir, doğru ve esnek olması gibi unsurlardır. Bununla birlikte sağlık hizmeti kalitesinin belirlenmesi ve algılanmasında; hastaların bekleme süreleri, çalışanların nezaketi ve tutarlılığı, hizmete ulaşılabilirlik, sunulan hizmetin bir kerede ve doğru olarak yapılması, beklenmedik bir durumda, çalışanların gerekli çözümleri bulması ve yanıt vermesi ile hizmetin zamanında

eksiksiz olarak yerine getirilmesi gibi unsurlar önemli yer almaktadır, Kıdak ve Aksaraylı (9). Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinde kalitenin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır, Emhan ve Bez (10).

Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler ve algılama faktörü hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyokültürel özelliklerine ve geçmiş deneyimlerine göre farklılıklar gösterebilmektedir, Savaş ve Bahar (11), Özer ve Çakıl (6).

Kalite uygunluk, bulunulabilirlik, süreklilik, etkinlik, geçerlilik, saygı, özen, güven ve zaman gibi boyutları içermektedir. Bu boyutlar dikkate alındığında, kalitenin insanın kendisini iyi ve güvende hissetmesini sağlayan, dolayısıyla sağlık hizmetlerinde gereksinim duyulan ve aranan önemli bir olgu olduğu görülmektedir, Geçkil, ve ark (12).

Hemşirelik bakımında kaliteye ulaşabilmek için önce Türkiye’de ve dünyada hemşirelikte beklenen kalite standardını, sağlık sisteminde ve hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan güçlükleri iyi değerlendirmek gerekir. Standartların oluşturulmasına başlamadan sorunların neler olduğunun saptanması ve sonuca nasıl ulaşılacağı doğrultusunda araştırılmaların yapılması oldukça önemlidir, Ovayolu ve Bahar (13).

Bu araştırma; acil servise başvuran ve yatarak tedavi olan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Kavramı ve Hemşirelik

Yaşamın insanlara sunacağı en değerli nimetin sağlık, sağlığı korumak ve iyileştirmek olduğuna hiç kuşku yoktur, Taşlıyan ve Gök (14). Sağlık tanımlanması oldukça zor ve karmaşık kavramlardan biridir. Bu kavramın tanımlanması, tartışılmakta olduğu tarihsel döneme ve tanımlanmakta olduğu kültüre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Son yüz elli yıldır Amerika Birleşik Devletlerinde sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın kişilerin “yaşamlarını sürdürebilmelerinden”, “hasta olmamalarına”, “günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine”, “mutluluk duygularına sahip olmalarına” ve “iyilik halinin sağlanmasına” varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur, Somunoğlu (15).

Sağlık ve hastalık kavramları hayatımızın en önemli kavramlarıdır. Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir çevrenin yaratılması ve sonuçta toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi tüm hükümetlerin öncelikli hedeflerinden birini oluşturmaktadır, Kavuncubaşı ve Yıldırım (16).Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuş biçimi günümüzde ülkelerin Sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer almaktadır, Dölek ve ark (17), Kavuncubaşı ve Yıldırım (16).

Hastalık ve sağlık kavramları kültüre bağlı olmasına rağmen, insan her yerde insandır ve bu nedenle sağlığını evrensel bir tanımlı olmalıdır, Taşlıyan ve Akyüz (18). Sağlık ve hastalık, herkes tarafından çok önemsenen ve tanımlamaya gerek duyulmayacak kadar iyi bilindiği sanılan kavramlar olmakla birlikte aslında çok değişken ve karmaşık kavramlardır. Sağlık için en yaygın kabul gören tanım 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş yasasında yer alan tanımdır. DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü) göre sağlık, “ yalnızca hatalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu “ dur, Kavuncubaşı ve Yıldırım (16),Taşlıyan ve Akyüz (18). Bu tanımda yer alan “sosyal yönden” ve “tam iyilik hali” terimleri uzun tartışmalardan sonra belirlenmiş ve bilinçli olarak kullanılmış terimlerdir. “Tam iyilik hali” mükemmeli

hatta ideali ifade etmektedir ki gerçekleşmesi çok zordur. “Sosyal yönden” terimi ise sağlığın kapsamını çok genişletmiştir. Örneğin geçim sıkıntısı nedeniyle da iş ortamındaki çatışmalar nedeniyle bir kişide “tam iyilik hali” gerçekleşemiyorsa sağlık da gerçekleşemiyor demektir. Peki, sosyal yönden “tam iyilik hali”nin olmaması ne anlama gelmelidir: Hastalık mı? Sağlıksızlık mı? Burada üzerinde durulması gereken bir diğer önemli nokta, sağlığın olmamasının “hastalık” anlamına gelip gelmediği konusudur. Başka bir deyişle, bu tanıma uygun “sağlık yok ise “hastalık” mı söz konusudur? Hemen şunu vurgulamak gerekir ki “sağlık” ve “hastalık” birbirinin zıddı değildir. Sağlıklı olmak hasta olmaktan farklı bir kavramdır. Tıbbın ve sağlık hizmetlerini sunanların amacı, sadece hastalıklarla uğraşmak değil, insanları sağlıklı yaşatmaktır, Hayran (19).

Larson’un Hadley’den yaptığı alıntıda sağlığın genellikle “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda kişilerin normal aktivitelerini ve görevlerini yerine getirebilme ve sahip oldukları iyilik halini bütünüyle devam ettirebilme” yeteneğini de içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamıştır, Somunoğlu (15).

Hemşirelik kaynağını insan gereksinimlerinden alan meslek guruplarından biri olması nedeniyle başlangıcı insanın var oluşuna kadar dayanmaktadır. İnsanın var oluşundan günümüze değin yaşanan tüm evrensel değişimler hemşireliğin de değişimine ve gelişimine neden olmuştur. Topluma hizmet vermek üzere doğan hemşirelik, insanların sağlığını korumak ve geliştirmek, hastaya bakım vermek ve hastanın güvende olduğunu hissetmesini sağlamak üzere ortaya çıkan bir meslektir.

Hemşirelik bilim ve sanata dayalı kuramsal ve uygulama içerikli bir meslek olup yalnızca bakım/uygulama olarak düşünülmemelidir. Hemşireliğin oldukça zengin bir geçmişi vardır. Hemşirelik mesleği köklerini, binlerce yıl önce hemşirelerin bilimsel olmasa da, sevgi, şefkatle hasta bakım ve sağaltım yaklaşımlarından almıştır, Karagözoğlu (20). Çok eski zamanlardan beri sürdürülen bakım etkinliğinin görece yakın geçmişte meslek haline gelmesiyle ortaya çıkan hemşirelik, kuramsal-bilimsel bilgi temelli uygulama becerileri içeren bir sağlık disiplini, Taylan ve ark (21). Her profesyonel disiplinde olduğu gibi, hemşirelikte de uygulamaların bilimsel bir temele oturtulması gereği vardır. Çünkü hemşirelik,

kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir sağlık disiplini, Avşar ve ark (22).

Hemşirelik, birey, grup ya da toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla yönelik sağlık hizmeti sunar. Daha üst düzeyde sağlık hizmeti statüsüne ulaşmak için kişilere yardım etme hemşireliğin amacıdır. Bakım verme toplumdaki diğer kişilere yardım etme profesyonel hemşireliğin temel unsurlarıdır. Hemşirelik kişi ve toplumun sağlığının sürdürülmesinde vazgeçilmez bir meslektir, Karadağ (23).

Günümüzde hemşirelikte bütüncül yaklaşım önem kazanmıştır. Hemşirelik insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Yeni sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler holistik bir yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, hastaya yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir, Erdem ve Ergüney (24).

4.2. Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Hemşireliği

4.2.1. Acil Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi

Tarihsel süreçte, her ülke acil kurtarma ve bakım hizmetlerine, organizasyonun adı ne olursa olsun önem vermiştir. İlk ve acil bakım konularındaki gelişmeler son elli yıla kadar Almanlar ve İngilizler öncülük ederken, İkinci Dünya Savaşı ile başlayan dönemde Amerikalılar öncülük etmeye başlamıştır, Erdem ve İlhan (25).

Bireylerin kaza ve felaketlerde acil sağlık sorunlarını çözümlmek için girişimlerde bulunmaları insanlık kadar eskidir. Mısırlılar dönemine ait bazı acil önlemler ve başta delik açılarak kafa içi basıncını tedaviye ait girişimlerle ilgili belgeler vardır. Eski Yunan ve Roma döneminde de savaştaki yaralanmalarda ilk yardım ve savaş yaralılarının taşınmasına ait anlatımlara rastlanır. 1767’ de Amsterdam’da, 1768’ de Hamburg’ da, 1772’ de Paris’te ilk kurtarma topluluğu kurulmuştur. 1772’ de Danimarka kralı yaralı, hasta ve suda boğulanların kurtarılması ve en yakın evlerden birinde barındırılmasına dair karar yayınlamıştır.

1795’te Napolyon’un baş cerrahı Baron Larey Prusya seferinde yaralılar için atla hareket eden kapalı yaralı taşıma aracı kullanılır ve buna ‘ Flying Ambulance’ adını verir. İçinde eğitilmiş sağlık elemanları ile yaralıların taşınması ve taşınırken tedavisi işlemini gerçekleştirmiştir. 1813’ ten sonra ilk yardım ve tıbbi yaralı taşımacılığı Kızılhaç tarafından başlatılmıştır. 19. Yüzyılın ikinci yarısında ilk ‘Halk Kurtarma Servisi’ Almanya’ da kurulmuştur. 1823-1908 yılları arasında yaşayan ve adı ile anılan bandajla birçok kişiyi kurtaran Alman Esmarch, ilk yardımın önemi ve kuralları üzerinde durmuş ‘ Savaşta İlk Yardım’ ve ‘Yaralılara İlk Yardım’ adlı kitabı yazmıştır. 1863’ te İsviçre’ de Kızılhaç teşkilatı kurulmuş ve 1864’ te Cenevre Sözleşmesi ortaya çıkmıştır. 1865’te Osmanlı İmparatorluğu bu sözleşmeyi imzalanmıştır.

19 Eylül 1867’de Cenevre Anlaşması gereğince Türkiye’de Serdar Ekrem, Dr. Ömer Paşa, Prof. Abdullah Bey, Tıbbiye Nazırı ve Doktor Marko Paşa, Doktor Kırımlı Aziz Bey ‘ Mecruhın ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenat’ (Yaralıları ve Askeri Esirleri Kurtarma ve Yardım Derneği) kurulmasına öncülük ederler. Bu daha sonra ‘Osmanlı Hilaliahmer (Kızılay) Cemiyeti (Derneği)’ adı ile 1867’de kurulur.

1880’de İngiltere’de savaş yaralıları ile St. Jones tarikatı ilgilenmeye başlar. İngiltere’de 1877’de kurulan acil yardım teşkilatı ülke çapında çok yaygınlaşır ve 1884’te sertifika vermeye başlar. 1911’de Dr. Besim Ömer Paşa Hemşirelik Okulu’na izin verilmediği için 6 aylık Hemşirelik Kursu düzenler, Şelimen (26). 20. Yüzyılın başlarında ilk motorlu ambulans ordu için açılır. 1940’lı yılların başında hastane trenleri, hastane gemileri, yaralı taşıma uçakları yanında helikopter de yaralı

taşımacılığında yer alır. Günümüzde hasta nakledilmesinde kullanılan tıbbi donanımlı ambulanslar hizmet vermektedir, Şelimen (26), Erdem ve İlhan (25).

Ülkemizde ise Türk Hilaliahmeri Osmanlılar döneminde Kızılay tüzüğünü hazırlayarak, padişah himayesinde ilk genel kurulunu yapar. 1898'den sonra Gülhane'ye gelen Alman hekimler sıhhiye eğitime önem verirler. Türk ordusunda yaralı tedavisi sağlık erleri ve hekimlerce yapılırken, Florence Nightingale Kırım Savaşında İstanbul'a gelerek yaralı askerlerin bakım ve tedavisi için uğraşır. Uluslararası Kızılhaç'ın ülkemizde gönüllü yardım şubeleri kurma önerisi ancak 1908'de meşrutiyetten sonra gerçekleştirilir ve yurt çapında şubeler açılır. Ülkemizde Türk Hilaliahmer (Kızılay) Derneği, askeri sağlık teşkilatı ile iş birliği yaparak Birinci Dünya ve Kurtuluş Savaşında yararlı hizmetler verir. 1960'lı yıllarda Kızılay " İlk Yardım" kursları açmaya başlar ve "St Johns" yardım organizasyonunun İlk yardım kitabını Türkçeye çevirir. Ülkemizde " Acil Bölüm" hizmetlerine Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, SSK hastanelerinin bazılarında Acil Bakım Bölümleri kurulmuş ise de yeterli ambulans, haberleşme, özel eğitim görmüş acil bakım ekibi olmaması nedeni ile batı ülkelerinin düzeyine ulaşamamıştır. Ülkemizde İlk yardım ile ilgili ilk kitap 1972'de Prof. Dr. Derviş Manizade'nin yazdığı "İlk Tıbbi Yardım" kitabıdır. Daha sonra da çeşitli kitaplar yazılmıştır, Şelimen (26),Erdem ve İlhan (25).

Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastanelerinde uygulanmak üzere "**Hizmet Kalite Standartları**" hazırlanarak, uygulamada önemli bir eksiklik giderilmiştir. Yaklaşık 380 alt bileşenden oluşan "Hizmet Kalite Standartları" uygulamada hem kurumlara hem de değerlendirenlere önemli kolaylıklar sağlamıştır. Sağlık hizmetinde önemli bir yer tutan acil sağlık hizmetlerine yönelik olarak "**112 Acil Servis Hizmetleri Kalite Standartları**" hazırlanmış ve bu konuda bir ilk gerçekleştirilmiştir, Sağlık Bakanlığı (28).

İşlevleri ve bütünlüğü, yaşamı tehlikeye sokacak şekilde bozan etkilere karşı, vücudun geliştirdiği yanıtın yetersiz kaldığı durumlar, acil tıbbi bakım girişimleri gerektiren durumlardır. Acil sağlık hizmeti, acil durumun olduğu yerde başlayan ve gerektiğinde iyileştirme aşamasına kadar sürebilen, birbirine bağlı çeşitli hizmetlerden oluşan bir zincirdir. Bu hizmet zincirinin halkalarını;

- ✓ Acil olay yerinde ilk yardım,
- ✓ Hastane ve taşıyıcı ile haberleşme,
- ✓ Acil bakım bölümüne taşıma organizasyonu,
- ✓ Acil bakım bölümüne yapılan ilk acil girişim, acil tedaviden sonraki hastane tedavisi ve bakımı oluşturur, Erdem ve İlhan (26).

Acil sağlık hizmetleri ülkemiz sağlık sisteminin temel yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Ülkemizde yaklaşık 5-7 hastadan biri acil servislerde muayene edilmektedir, Acar ve ark (28). Bu anlamda acil servisler hastaneler için bir giriş kapısıdır, Genç ve ark (29). Acil servisler günü yirmi dört saatinde hizmete ulaşılabilen bakım birimleridir, Yiğit ve ark. (30). Genellikle birbirinden farklı şikayetleri olan birçok hastaya hizmet vermektedir, Bulut (31). Acil bölümler, hastanelerde olmakla beraber bugünün şartlarına uygun olarak okullarda, hastane içindeki diğer kliniklerde, endüstriyel iş yerlerinde, mobil yoğun bakım ünitelerinde ve halk topluluklarında uygulanabilirlik kazanmaya devam etmektedir, Şelimen (26).

Acil servisler hastanelerin hastaları sıra veya randevu beklemeksizin kabul ettikleri bir çeşit giriş kapıları ve göz önünde olan birimlerdir. Her zaman için hastanelerin çalışma şartları açısından en yorucu birimlerinden birisi olmuştur ve olmaya devam edeceklerdir. Bu bakımdan acil servisler bağlı buldukları hastanelerin tartışmasız vitrinleri konumundadır ve en önemli özelliği kesintisiz ve hızlı hizmet vermeleridir, Aydın ve ark (32). Bu birimlerdeki bakım, yaşamı tehdit eden hastalık ya da yaralanmaların yönetimini kapsayan öncelikli ve acil sağlık bakımındır, Sucu ve ark (33)

4.2.2. Acil Servisin Yapısı

Acil servisler hastanelerin ilk izlenim alanı ve vitrinidir. Bu nedenle hastaların kolay ulaşabilmeleri için ana yola yakın bir yerde kurulmalı, yağmur ve güneş gibi hava koşullarından olumsuz etkilenmemek için giriş kapısının üstü yola çıkıntı yapacak şekilde kapatılmış olmalıdır. Ambulans ve ayaktan hasta giriş kapılarının görsel ve fonksiyonel olarak birbirinden ayrı olması ancak hastanenin diğer bölümleri ile bağlantısının yalnız bir kapıdan yapılmasıdır. Aksi takdirde servis içi trafik kontrol edilemez. Acil servis tasarlanırken mimari triyaj uygulanmalı, odalar

aciliyet sırasına göre sıralanmalıdır. En acil hastalarambulans girişinin hemen yanında olması gereken resüstasyon odasına, aciliyeti olmayan hastaların bakıldıkları birimler girişe uzak bölgelere yerleştirilmelidir. Acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunmalıdır, Yöndem (34).

Acil servis hastanede laboratuvarlara, yoğun bakıma, ameliyathanelere, röntgen, morg gibi bölümlere yakın olmalı ve bu bölgelere bağlantısı olan sedye asansörü bulunmalıdır. Muayene birimleri birbirinden perde ile ayrılmalıdır. Acil serviste resüstasyon odası gibi odalar dışında kapalı odalar bulunmamalıdır.

Giriş kapısı yanında hasta getiren araba ve ambulansların geçici olarak bekleme yapabilecekleri otopark bulunmalıdır. Hemen girişte sedyeler ile tekerlekli sandalyelerin bulunacağı boş alan bulunmalıdır. Hastalar, acil ekibinin, sedyelerin rahatlıkla hareket edebilecekleri kadar geniş, iyi aydınlatılmış olmalı, giriş kapıları otomatik açılıp kapanabilir olmalı, hastalar açmak için uğraşmamalıdır. Kapılar sedyenin geçebileceği genişlikte olmalı, hatta sedyelerin yanında asılı serum şişeleri, seyyar monitör ve respiratör cihazlarının olabileceği düşünülerek genişlik ona göre ayarlanmalıdır.

Girişten sonra bulunması gereken ana bölümler şunlar olmalıdır:

- Triyaj masası,
- Dekontaminasyon odası,
- Güvenlik (polis) ve basın odası,
- Bekletilen hastalar ve yakınlar için bekleme salonu,
- Tedavi odası,
- Psikiyatri hasta bakım odası,
- Resüstasyon odası,
- Monitörsüz hasta bakım odaları,
- Destek birimlerdir, Erdem ve İlhan (25).

4.2.3. Acil Hemşireliği ve Tarihçesi

Acil hemşireliği 1960'lerden itibaren ele alınmaya başlanmış, diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha farklı özelliklere sahip olmaları ve mutlaka özel eğitimden geçmelerinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. 1970 yılında ABD'de bir gurup hemşire Acil Departman Hemşireler Birliği'ni (EDNA) kurmuş ve 1975'te acil hemşireleri uygulama standartlarını belirlemiştir. Semahat Arsel Hemşirelik ve Araştırma Merkezi (SANERC) tarafından 1994 yılından itibaren her yıl 6 hafta süreyle 'Acil Bakım Hemşireliği Kursu' düzenlenmektedir. 1999 yılında Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) bünyesinde Acil Hemşireliği Komisyonu kurulmuş ve halen faaliyetlerine devam etmektedir, Isır ve ark (35), Çelik ve ark. (36).

Hemşirelik alanında ilk kitap ' Acil Hemşireliği Kitabı'dır. 1990 yılında İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim elemanları tarafından yazılmıştır, Şelimen (26).

Türkiye'de acil servis hemşireliğiyle ilgili profesyonel anlamda ilk olarak yüksek lisans programı 1996-1997 eğitim –öğretim döneminde, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde açılmıştır. Ayrıca hemşirelik yüksekokullarında lisans programında okutulan acil/ilk yardım derslerinin dışında, lisansüstü eğitim programlarında da, cerrahi, çocuk ve iç hastalıkları hemşireliği kapsamında zorunlu ders olarak acil hemşireliğine yer verilmektedir. 30 Ekim- 1 Aralık 2006 tarihleri arasında, TC Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliğiyle gerçekleştirilen ve yılda iki defa tekrarlanan " Acil Hemşireliği Sertifika Programı" na da acil hemşireleri katılmaktadır, Çelik ve ark (36), Şelimen ve Gürkan (37).

Acil Servis Hemşiresi; teşhis konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır (Isır ve ark (35), Şelimen (26).Acil hemşireliği; karmaşık, birincil ve akut gelişen, geniş kapsamlı bilgi ve beceriye gereksinim duyulan, hastalığın tanısına yardımcı, sağlığı destekleyici özelliklere sahip olunması gereken bir alandır. Hastanın esenliğinin korunarak ve öncelikle bireylere 'zarar vermeme' inancına bağlı kalınarak, her zaman aynı duygu, yargı ve empati ile hareket edilmesini gerektirir. Bu özellikleri

acil birim hemşiresinin uzman, ileri bilgi ve beceriye sahip, yasal düzenlemelerden haberdar olmasını zorunlu kılmaktadır, <http://www.tatd.org.tr> (38).

Acil bakımda yürütülen hemşirelik işlevleri diğer klinik alanlardaki hemşirelik işlevlerine benzerlik göstermekle birlikte zamanın sınırlı olması, kişilerin durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edebilmesi, hasta yakınları, basın, güvenlik güçleri, idareciler ve diğer sağlık personellerinin gözü önünde çalışma zorunluluğu olması ve acil servisteki olanaklar gibi çok sayıda bağımsız faktörün varlığı hemşirenin görev ve uygulamalarını karmaşık hale getirmektedir, Isır ve ark (35), Gökçen ve ark (39). Hemşirenin bilhassa acil hallerde, çabuk karar verebilme ve yargılama gücüne sahip olmak için, kendine güven duygusunu geliştirmiş olmalıdır, Özaydın (40).

Acil hemşirelik bakımı: karmaşık, birincil ve akut; kapsamı geniş bilgi ve beceri gereksinimi bulunan; hastalığın teşhisine yardımcı ve sağlığı destekleyici özelliklere sahiptir, Şelimen (37).

Acil bölümdeki hastalar, hastanenin diğer bölümlerinde yatan diğer bireylerden farklı olarak henüz hasta rolünü kabul etmemiş, tanının konmasını ve tedavi planının yapılmasını bekleyen kişilerdir. Bu bölümlerde beklenmedik durum/olayla karşılaşıldığında herkesin gösterebileceği kızgın insan davranışlarıyla karşılaşılabilir gibi sürekli bir şeylerden yakınan hasta ve yakınları ile de karşılaşmaktadır. Bu bireyler kontrollerini, bireyselliklerini ya da kimliklerini kaybetmiş olabilirler. Bu nedenle acil birim ekibinden hastanın duygularını düşüncelerini ve gereksinimlerinin fark edilmesi beklenmektedir. Bu bağlamda acil bölüm ekibinin amacı, acil durumda gerekli bakımı en kısa sürede başlatmak, gerekli durumlarda tanı işlemleri ve cerrahi girişim in hastayı hazırlayarak, acil duruma bağlı fiziksel, ruhsal engelleri ve ölümleri en aza indirmektir, Erdem ve İlhan (25).

4.2.4. Triyaj Hemşiresinin Görevleri

- Hastanın karşılanması ve hasta yakınlarıyla diyalog kurmak,
- Sevk, kayıt, resmi prosedür ve evrak işlerinin takibini yapmak,
- İlk değerlendirmede (sorun hakkında yeterli bilgi toplar) bulunmak,

- Fiziksel muayene (dış görünüş, yaşam bulguları, yara bölgesi değerlendirilir) yapmak,
- Teşhise yönelik işlemlerin başlatılmasını (EKG çekimi, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri alıp gönderme) sağlamak,
- Kayıt ve bildirim (verilen kararların, yapılan işlemlerin kayda geçirilmesi) yerine getirmek,
- Hastanenin en uygun bakım alacağı bölgeye gönderilmesini sağlamaktır, Isır ve ark (35).

4.2.5. Acil Hemşiresinin Görevleri

- Acil girişimde bulunmak,
- Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulması usulüne uygun kullanılması ve korunmasını takip ve kontrol etmek,
- Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- Acil ilaçların güvenle saklanması sağlamak,
- Acil malzeme dışındaki araç gerecin kullanımdan önce temiz ve fonksiyonel olmasını sağlamak,
- Acil birimin temizliği için ilgilileri yönlendirmek,
- Hasta ve servisin durumu ile ilgili olarak diğer birimleri ile koordinasyonu sağlamak,
- Hasta haklarını dikkate almak, hastanın mahremiyetini korumak,
- Tüm uygulama ve girişimleri etik kurallara göre yapmak,
- Kısa süre içinde hava yolunu açmak, yeterli ventilasyon ve perfüzyonu sağlamak, kısa nörolojik bakı ve bilinç durumu değerlendirmek,
- Şikayetin hikayesini ve ağrının özelliklerini araştırmak,
- Hastanın vital bulgularını almak, zamanı belirterek kaydetmek, hastanın esas şikayeti ve tıbbi öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi almak ve dökümante etmek,
- Primer değerlendirme sonucu hastaları acil-önemli-acil olamayan şeklinde sınıflandırmak ve hasta kabul formuna yazarak belirlemek,

- Gözlemleri sonucu mevcut gizli ve önemli sorunları belirleyerek hemşirelik tanısını koymak ve hemşirelik girişimlerini başlatmak, vital bulguları tekrarlamak, tedavi içeriği ve şekli yazılı hekim order'ine göre uygulamak, verilen tedavinin etkilerini izlemektir, Isır ve ark (35), Oktay ve ark (2).
- Bazı durumlarda başlangıçta hastanın hayatının tehlikeli olup olmadığı şüpheli olabilir. Böyle durumlarda hastanın belli bir süre gözlem altında tutulması gerekir. Böyle durumlarda acil birime kabul edilme,, triaj ve izlenme sürecinde acil birim hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Ayrıca acil birim hemşiresi hasta yakınlarıyla iletişime girerek gerekli bilgilendirmeyi yapar. Böylece hasta yakınlarının stresinin azalmasına, işbirlikçi bir tutum içerisine girmelerine olanak sağlanmış olur. Kurumlar arasında farklı uygulamalar olmakla birlikte, acil birim hemşiresinin, hastayla ilgili tıbbi bilgilerin kaydedilmesi, tıbbi girişim öncesi onamın alınması aşamalarında da önemli katkıları bulunmaktadır (Yıldırım (41), Erdem ve İlhan (25).

4.2.6. Acil Servis Hemşiresinin Sorumlulukları

Acil servis hemşiresinin öncelikle kendisine, hasta/yaralıya, hasta/yaralının ailesi ve yakınlarına, birimde görevli olan ekip üyelerine ve meslektaşlarına, servis ve kurum yönetimine ve topluma karşı sorumlulukları vardır, Oktay ve ark (2).

Bu sorumluluklar:

- Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirleme,
- İlk tanılama ve genel tanılama işlemlerini yapma,
- Hekimin olmadığı durumlarda yaşam kurtarıcı girişimlerde buluma,
- Hastaya hemşirelik süreci ve standartlar doğrultusunda acil bakım hizmeti verme,
- Mesleğin getirdiği ahlaki unsurlar çerçevesinde, bireysellik ve bütünlüğün zarar görmemesi ilkesi ile yaklaşımda bulunma,

- Eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine önem verme,
- Aileye hastanın genel durumu, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verme,
- Aileden bir kişinin ortama zarar vermeyecek şekilde hastasını görmesini sağlama,
- Yapılan tüm işlemleri kaydetme,
- Birimin işleyiş koşullarını iyileştirmek amacıyla olası sorunları önleme,
- Bilgi ve uzmanlık sağlayacak deneyimleri edinme amacıyla hizmet içi eğitim planlama ve uygulanmasını sağlama,
- Birim ekip üyelerinde meydana gelen stres ve endişe ile sağlıklı baş etmek için olumlu iletişim kurma,
- Kurum yönetimi ve hizmet veren meslek üyeleri arasında geliştirilen ve uygulamaya konulan iş tanımları doğrultusunda politika ve yöntemleri belirleme,
- Verilen hizmetin kalite güvenliğini sağlama,
- Birimde profesyonel, kendisine başvuru alan kişi olarak hizmet verme,
- Verilen hemşirelik bakımını değerlendirme,
- Ulusal düzeyde bakım standardı sağlama,
- Kurum ve birim için olumlu toplumsal ilişkileri sağlama ve sürdürmedir, Isır ve ark(35), Oktay ve ark (2).

4.2.7. Acil Hemşiresinin Hukuksal Sorumlulukları

Acil bakım hemşireleri, uyguladıkları acil hemşirelik girişimlerini destekleyen, hasta bakımının belirli standartlarda gerçekleştirilmesini sağlayan yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmaları gerekir.

- Hasta ve yaralının saygı görme, uygun bakım ve tedavi alma, bakım ve tedavisi hakkında bilgilendirilme, tedaviyi kabul ve reddedebilme, mahremiyetine saygı gösterilme gibi hakları vardır hemşirenin bu hasta haklarına gereken önemi göstermesi gereklidir.
- Acil bakım hemşiresi hastaya zarar verecek hatalı uygulamalar konusunda dikkatli olmalıdır. Yanlış uygulamanın yasal çerçevesi oldukça geniştir. Kusurlu, bozuk araç-gereç kullanımından ya da personelin hatalı hareketinden tedavi ya da bakımda hastanın zarar görmüş olması, bunlardan bazıları olarak sayılabilir. Araçların seçimi ve kullanımında hata, hem koruma hem de denetleme ve uygulama sorumluluğu olan kişidedir.
- Görevi gereği yapılması gereken bir hareket yapılmamışsa ve nedenleri açıklanmamışsa ya da dikkatsizce, beceriksizce yapılmışsa kasıt unsuru bulunmasa da ihmal olarak nitelendirilir. İhmal sonucunda hasta bulunduğu durumdan daha kötü hale gelmişse hemşire cezai yaptırımla karşılaşabilir.
- Hasta hastaneye götürülene ve sorumluluk daha ileri düzeyde bir ekip ve birime devredilene kadar hekim ve hemşire tedaviye devam etmelidir. Nakil sırasında yaşamını kaybetme riski olan hastayı başka bir hastaneye sevk etmenin suç olduğu bilinmelidir, Şelimen (26).
- Hastanın tedaviye dair rızası alınmalıdır. Bunun geçerli olması için aynı zamanda hastaya bilgi de verilmelidir. Bilgilendirilmiş rızada hasta kabul etmeden ne yapıldığını anlamış olmalıdır. Bu iş için hastanın şuuru ve akli yerinde olması gerekir. Hastaneler genellikle bir form imzalatarak hastanın rızasını alırlar. Bu imzalı form hastaya bilgi verildiğinin iyi bir kanıtıdır. Ancak sağlık ekibinin karşılaştığı durumların çoğunda yazılı rıza alması mümkün değildir. Kanıtlanması zor da olsa sözlü rıza yeterlidir, Şelimen (26). Hasta tedaviyi reddediyor, hiçbir şekilde ikna edilemiyorsa kabul etmediğine dair formu imzalaması istenir. Çocuklarda ve bilinci yerinde olmayan hastalarda tedaviyi reddeden yakın akrabasının imzası alınır, Isır ve ark (35), Şelimen (26).

- Acil bakım hemşirelerinin kurum yöneticileri ile iş tanımları yapmaları mesleki ve yasal açıdan zorunludur. Çünkü iddia edilen bir ihmal ya da zararın kanıtlanması sonucu devlet memuru olarak Borçlar Kanunu'nun 'Haksız Eylem' kurallarına göre yükümlü tutularak yasalar önünde suçlanabilirler.
- Acil bakım hemşiresi yaptığı her türlü tedavi ve bakım hakkında hastalara bilgi vermelidir. Yaptığı işleri açıklamalıdır. Hastanın üzerinde taşıdığı kişisel eşyaların listesini çıkararak imza karşılığı teslim alma ve muhafaza etme zorunluluğu vardır.
- Hasta acil birime girdiği andan taburcu olana ya da başka bir kuruma nakledilinceye kadar yapılan her türlü işlem doğru, tam ve anlaşılır bir şekilde, tarih ve saati de belirterek yazılmalıdır. Kayıtlar yazılı kanıttır ve saklanmalıdır. Yapılanlar yazılmamışsa yasalar tarafından yapılmamış kabul edilir. Eksik ve düzensiz kayıt eksik tedavinin göstergesidir.
- En küçük bir yaşam belirtisi varlığında bile acil sağlık ekibi tüm resüstasyon çabalarını sürdürmelidir. Ülkemizde ölü vakalarda polis, adli vakalarda savcı gelmeden olay yerinden kaldırılmaz. Ölüm raporu hekim tarafından verilir.
- Şüpheli intihar, kazara ölüm, çocuk istismarı, bıçaklanma, ateşli silahlı yaralanma, saldırı, ırza tecavüz gibi yasal olarak bildirim zorunlu durumlar Cumhuriyet Savcılığı'na ihbar edilmelidir. Bulaşıcı hastalıkların da Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesi zorunludur. Acil olay yerinde suç söz konusu ise acil sağlık ekibi ortamın korunmasına dikkat ederek ilk müdahaleyi ve gerekiyorsa hastanın naklini yapıp ilgili makamlara haber vermelidir, Isır ve ark (35).

4.2.8. Acil Servis Hemşiresinin Etik Sorumlulukları

Etik, insan eylemlerinin teorik bileşkesini hedef alır. Etiğin ahlak sistemi ile birlikte görev yapabilmesi için iyi- kötü, gerçek-yalan, doğru-yanlış arasındaki ayırımların ortaya konmuş olması gerekmektedir. Hemen her mesleğin belli etik

kuralları mevcut olmaktadır. Hukuk etiği, basın etiği, endüstri etiği, tıp etiği, hemşirelik etiği, mimarlık etiği vb... şeklinde uzatılabilen etik kurallar her mesleğin özelliğine uygun olarak varlığını devam ettirir.

Hemşirelerin etik sorumluluğuna Kanada'daki hemşirelik etik Urallarını dikkate alarak bakacak olursak;

- Hemşire hastalara ve onların bireysel gereksinimlerine saygı göstermek zorundadır.
- Hemşirelik bakımı, hastalara saygıyı ve onların bakımını kontrol etme hakkına dayalı olarak, hastanın seçme hakkına saygıyı yansıtmalıdır.
- Hemşire, sağlık bakım kurumunda hastalar hakkında öğrendiği tüm bilgileri gizli tutmak durumundadır.
- Hemşirenin, hastaların onurunu göz önünde bulundurma yükümlülüğü vardır.
- Hemşirenin, meslektaşları ve başkaları önünde hemşirelik etiğine uyma yükümlülüğü vardır.
- Hemşirenin, hastanın sözcülüğünü (savunuculuğunu) üstlenme yükümlülüğü vardır.
- Hemşire, eğitim, araştırma ve yönetimi içeren tüm profesyonel kurumlarda, hastaların iyiliğini ön planda tutmakla yükümlüdür.
- Hemşire hemşireliğe ve hemşirelere güveni devam ettirecek şekilde davranmakla yükümlüdür, Isır ve ark (35).

4.3. Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyet ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hemşirelik alanında değerlendirilmiş olup son on yıldır özellikle ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olarak önem kazanmıştır. Uluslararası Sağlık Kurumlarının Akreditasyon

Komisyonu (Joint Commission International, JCI)ve Amerikan Hemşireler Birliği'ne (Amerikan Nurses Association, ANA) göre hasta memnuniyeti hasta çıktılarının anahtar göstergesi gibi görünmektedir, Arslan ve Kelleci (42).

Hasta memnuniyetinin sağlanması sağlık bakım hizmeti sunan kurumların öncelik vermesi gereken konulardan birisidir. Halkın sağlık hizmetini kullanırken daha bilinçli ve objektif ölçütlerine göre tercih yapmaları nedeniyle geçmişte yalnızca teknik tıbbi konulara odaklanan kalite programları, artık hasta memnuniyetini de bir ölçüt olarak değerlendirmektedir, Yiğit ve ark (30), Al ve ark (43).

Günümüzde sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden yapılabilir. Bu değerlendirmelerden birisi olan hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemlidir ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedeflerinden biri olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan kalite kavramı ve hasta memnuniyeti hizmetin değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik gösteriyor olması, bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini güçleştirmektedir. Hasta memnuniyeti sağlık hizmetinde kalitenin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır, Önsüz ve ark (44).

Kalite ölçütü olarak hasta memnuniyetini ölçmenin önemi tartışılmayacak kadar büyüktür. Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirilmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamusal gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır, Önsüz ve ark (44).

Hastaneler bir işletme olarak geleceklerini garanti altına almak istiyorlarsa hasta memnuniyetini ön planda tutmalıdır, Tengilimoğlu ve ark (45). Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğunu gösteren kalitenin temel bir ölçütüdür, Koç ve ark (46).

Hasta memnuniyeti hastanın beklentilerinin karşılanması ve bunu algılamasıyla oluşmaktadır, Şişe (47), Tükel ve ark (5), Savaş ve Bahar (11),Çakıl (48), Tengilimoğlu ve ark (45).Gerçek kalite, belirlenmiş standartlara uygunluğu gösterir. Algılanan kalite ise, müşteri beklentilerinin karşılanmasını ifade eder, Taşlıyan ve Gök (14). Buna göre, bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir, Tükel ve ark (5).

Hasta memnuniyetinin temelini büyük ölçüde hasta hemşire birlikteliği oluşturur. Hasta ile günün 24 saati birlikte olan, hastanın tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadığı olaylardan nasıl etkilendiğini en yakından gözlemleyen sağlık personeli hemşiredir. Dolayısıyla servise kabulden taburculuğa kadar geçen süreçte hastanın memnuniyetini arttırmada hemşirenin sorumluluğu büyüktür, Kayrakçi ve Özşaker (49).

Hastaların hemşireden aldığı destek, hemşirenin onlara gösterdiği saygı, onlara karşı olumlu davranması, sorularına açık yanıt vermesi, her zaman ulaşılabilir olması; kısacası mesleki davranması, hastaların memnuniyeti için önemli etmenlerdir, Kayrakçi ve Özşaker (49).

Hemşirelik hizmetleri açısından hasta memnuniyeti; bireye kendi bakımını yapabilir hale gelene kadar yardımcı olmak, en kısa sürede bireyin kendi bakım ve gereksinimlerini karşılamasını sağlamak ve bu süreçte eğitim vermek ile doğrudan ilişkilidir, Şahin ve Özdemir (50), Şişe (47),Kıdak ve Aksaraylı (9). Hemşirelik bakımından memnuniyetin değerlendirilmesinde, hemşirelerin hastalara destek olmaları, hastalara ve ailelerine güler yüz, saygı ve nezaket göstermeleri, onların sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastalar tarafından her zaman kolayca ulaşılabilir olmaları ve hastaların diğer beklentilerine cevap vermeleri gibi ölçütler kullanılmaktadır, Geçkil ve ark (12), Yılmaz (51).

4.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık sektörü, sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında

kurulmuş sistem ve alt sistemler ile bunların içerdiği kişi kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır, Sargutan (52).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve iyileştirme yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesiyle ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık işletmelerinin temel işlevi olan hasta bakımı tüm toplumların potansiyel müşterisi konumunda olduğu hizmetlerdir. Bu nedenle hastaneler toplumun her kesiminden her yaş ve cinsiyetten kişiye hizmet götüren, diğer bir deyişle sözü edile kitlelerin ilgili oldukları kuruluşlardır, Büber ve Başer (53).

Hizmet kalitesi, her geçen gün hem yerel hem de küresel alanda rekabet eden organizasyonların ilgisini çekmektedir, Zaim ve ark (54). Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonunda başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Toplumlarda eğitim düzeyinin artmasıyla daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıılarını anlamak istemektedirler, Taşlıyan ve Gök (14).

Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergelerinden biri hasta memnuniyetidir, Taşlıyan ve Gök (14). Bireyin sağlık gereksinimlerinin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeniyle memnuniyet ile ilgili ölçütler, bir restorandaki ya da toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki ölçütlerden daha farklı ve karmaşıktır. Başka bir ifade ile bazı önemli yönlerden diğer endüstri ve hizmet şirketlerinde belirli bir şekilde farklılık gösterir. Bu özelliklerde özgün bir hizmetin sunulduğu sağlık kurumlarında kalite birçok kuruma göre çok daha hayati ve öncelikli bir öneme sahiptir. Kalitenin sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak 'hasta mutluluğu' olarak tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemezsizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilirler, Taşlıyan ve Akyüz (18).

Sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi, klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojisinden yararlanılması, hekim hasta ilişkilerinin ve iş gören hasta ilişkilerinin belirli bir düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilir, Taşlıyan ve Gök (14).

Donabedian sağlık hizmeti kalitesini, 'sağlık hizmeti sunumu süresince kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisi' olarak tanımlamaktadır, Tengilimoğlu ve ark (46). Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verilebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır. Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılabilir, Taşlıyan ve Akyüz (18).

Kalite, bilgi beceri ve deneyimden etkilendiğinden, bu sorumluluk yerine getirilirken hasta ya da hizmet verilen bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında bilgi, beceri ve deneyimlerden akıllıca yararlanması gerekir. İyi kalitede bir hizmette ölçülebilir dört temel öge, aşağıdaki gibi belirtilmektedir:

1. Ulaşılabilir en uygun süreç ve hizmet kalitesi,
2. Kaynakların verimli kullanılması,
3. Hizmetten kaynaklanabilecek problemlerin en aza indirgenmesi,
4. Müşteri ve personel memnuniyeti, Ovayolu ve Bahar (13).

Kaliteli bir sağlık hizmeti;

- ✓ Hastanın fiziksel yapısında ve fonksiyonlarında, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde mümkün olan en kısa zamanda bir iyileşme yaratır.

- ✓ Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik ve beşeri ve finansal kaynaklarının en verimli şekilde kullanılabilmesine imkan sağlar, Taşlıyan ve Gök (14).

Yöneticiler sağlık kuruluşlarını (hastaneleri), plan ve programlarına göre değerlendirerek hedeflerine ulaştırmak için çalışmak, maddi kaynakları ve insan kaynaklarını örgütlemek, bu kaynaklardan en iyi şekilde nasıl yararlanacağını belirlemek ve elde edilecek sonuçları denetleyip hedeflerine ulaşmadaki performansı ölçerek belirlenen hedefler ile faaliyetler arasındaki uyumun sürekliliğini kontrol etmek zorundadırlar, Tükel ve ark (5).

4.3.2. Hastanelerde Toplam Kalite

Kalite terimi çok eskiden beri bilinen ve çok kullanılan bir terim olmakla beraber, bilinegelen anlamından daha fazla anlam içermektedir. Bir ürünün kalitesini değerlendirirken benzer ürüne göre olan üstünlükleri ya da eksikliklerin akla gelmesi, halk arasında çok kullanılan bir yöntemdir. Bir malın kalitesi hakkında geçmiş deneyimlerden de yararlanarak belli bir düşünceye sahip olmak kolaydır. Ancak hizmetin kalitesi konusunda fikir yürütebilmek için, aynı hizmeti veren diğer kişi ve kuruluşlarla genellikle bir karşılaştırma yapma gereği ortaya çıkmaktadır. 1900'lü yıllarda kalite denildiğinde daha çok üretilen malın denetimi-kontrolü anlaşılırmaktaydı. 2. Dünya Savaşı'ndan sonra, hataları ortaya çıkmadan önleyen ve kalite sorumluluğunu büyük birimlere yayan bir anlayış geliştirmiştir, bu kısaca kalite kontroldür. Kalite kontrolde belli özellikler ve ölçüler doğrultusunda, ürün veya hizmetin bu ölçülere uygunluğu kontrol edilmekte ve hatalar üretim sürecinin sonunda düzeltilmektedir. Bu amaçla kalite kontrol birimi oluşturulmakta ve kalite müfettişleri tarafından denetleme yapılmaktadır. 1960'lardan sonra Kalite Güvencesi kavramı ortaya çıkmıştır. Kalite Güvencesi hatasız üretim, müşteri tatmini ve gelişiminde süreklilik kavramlarını gündeme getirmiştir. Son yıllarda Toplam Kalite Yönetimi (TKY) denilen yeni bir yaklaşım tarzı ortaya çıkmıştır. TKY'de amaç, müşterinin istediği kaliteye ulaşmaktan öte, müşteriyi hayran bırakacak tasarımlar geliştirmektir. TKY anlayışında kalite politikası geliştirmek ve sürekliliğini sağlamak için yönetimin desteği ve katılımına ihtiyaç vardır. Böylece tüm çalışanları desteği katılımı, her kademedede yetki ve sorumlulukların paylaşımı söz konusudur, Akbayrak (55).

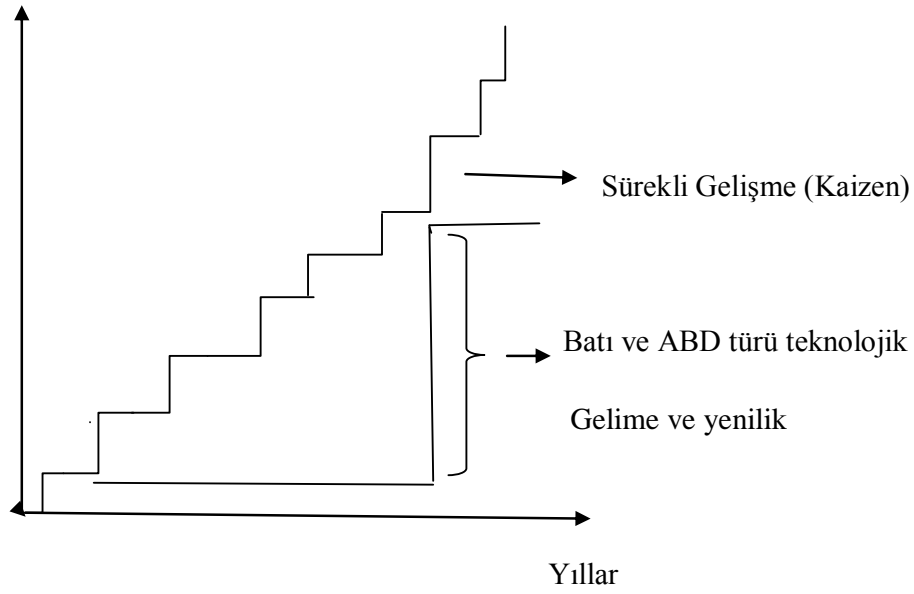
“Sanat sanat için mi, yoksa toplum için mi” “bilim bilim için mi, yoksa toplum için mi” gibi tartışmaların bir benzeri de “ürün veya hizmet kimin içindir” tartışmasıdır. Son zamanlarda eğitimlerdeki gelişmeler ne istediğini iyi bilen ve bunu talep eden bilinçli bir tüketici sınıfı yaratmış ve yıllardır süren bu tartışma kalitenin müşteri tatminine eşitliği kavramının kabulüyle son bulmuştur. İşletmeler kar ya da bir fayda yaratmak amacıyla kurulan müesseselerdir. Bu yüzden ürettikleri mal veya hizmetin müşteri tarafından beğenilmesi gerekir. Şüphesiz müşteriler beklentilerinin üzerinde kalite kıstaslarına sahip mal veya hizmetle daha çok mutlu olurlar. Ancak o zaman da maliyetler artar. Pazarın fiyatı belirlediği tam rekabet koşullarında bu durum ya kar payını azaltır veya fiyatından dolayı satılamayan mal birikimine neden olur. Oysa işletmeler sıkı rekabet dolayısıyla zorlu bir yarış içindedirler. Bu yüzden fazlalıkları üzerinden atmalıdırlar ki rakiplerinden önde olsunlar. İşte bu görüş Toplam Kalite Yönetimi’nin temelini oluşturmuştur, Özevren (56).

4.3.3. Toplam Kalite Yönetim İlkeleri

Toplam kalite yönetim anlayışı birbirini tamamlayan beş ana ilkeye dayanır. Bunlar:

1. Sürekli geliştirme ve iyileştirme (Kaizen): Kaizen ‘iyileştirme’ demektir. Kaizen yöneticilerden işçilere herkesi içeren sürekli iyileşmedir. Kaizen kavramı sonuç odaklı değil süreç odaklı bir kavramdır. Bu süreçte çalışanlara düşen görev; kendi yaptıkları işi daha iyi nasıl yapabilecekleri, geliştirebileceklerini düşünmek ve projelendirmektir. Toplam Kalite Yönetiminin temelini oluşturan küçük adımlarla devamlı gelişme, sonuçları etkileyen süreçler üzerinde odaklanmıştır. Çünkü süreçler sonucu doğuran nedenlerdir. Bunu içi neden-sonuç analizi yapılarak sonuçları olumsuz şekilde etkileyen sebepler bulunmalıdır, Eren (57), Tengilimoğlu (45).

İyileştirmeler



Şekil 4.1. Kaizen ile Batı ve ABD türü teknolojik gelişme ve yeniliğin mukayesesi

2. Çalışanların Eğitimi: Ishikawa' ya göre, 'Kalite kontrol eğitimle başlar, eğitimle biter.' Kalite kontrol düşünsel bir devrimdir ve tüm çalışanların düşünce sistemi değişmelidir. Bunu sağlamak için eğitim sürekli yenilenmelidir
3. Liderlik: Toplam kalite felsefesinin uygulanmasında etkinlik üst yönetimin liderlik rolü üstlenmesi ile mümkün olabilir. Liderlik örgütlerdeki davranış bilimlerinin en önemli ve ilgi çekici alanlarından birisidir. Pek çok lider tanımlaması yapılmasına rağmen, en genel anlamıyla lider, gurubun amaçlarını belirleyerek o guruptaki kişileri örgütün amaçlarının arkasından sürükleyen kişidir. Etkin liderlik açısından gerekli ön koşullar şunlardır:
 - ✓ Liderin bir vizyonu olmalıdır.
 - ✓ Lider vizyonunu gerçekleştirmek uğruna yapılması zorunlu her şey için irade gücüne ve azme sahip olmalıdır. Sabır ve direnç gösterebilmelidir.
 - ✓ Lider izleyenlerinin desteğini kazanabilmelidir. Bunu için vizyonun bir değerinin olması gerekir.

- ✓ Lider izleyenlerinden daha fazlasını yapabilmelidir. Aynı zamanda izleyenlerinin kendi başlarına yapabildiklerine karışmamalıdır.
 - ✓ Lider her zaman başarı kazanmalıdır, am bu amaçla hiçbir zaman izleyicilerini feda etmemelidir.
 - ✓ Lider izleyicilerine doğru zamanda doğru öneride bulunabilmelidir.
4. Takım Çalışması: Bir organizasyon, kuruluş, örgüt ya da şirket içerisinde çalışanlar arasında bağımsızlığı ve iletişimi geliştirip, onları ortak hedefler için bir araya getiren, güven ortamının oluşması için zemin hazırlayan ve bu ortamın kalıcı olmasını sağlayan, üretkenliği ve verimliliği arttıran çağdaş bir çalışma sistemidir. Toplam Kalite Yönetimi sistemi içinde başlıca dört ekip vardır:
- ✓ Bölüm geliştirme ekipleri
 - ✓ Kalite çemberleri
 - ✓ Süreç geliştirme ekipleri
 - ✓ Görev ekipleri
5. Müşteri Odaklılık: Toplam Kalite Yönetimi içinde, başarı için müşteri memnuniyeti anahtardır. Müşteri memnuniyeti ya da bir başka deyişle müşteriye yönelme, her çeşit ikili ilişkilerde davranışların, karşı tarafın düşüncelerini ve durumunu göz önüne alarak düzenlemesi şeklindeki olumlu tutumun, müşteri-tedarikçi ikilisine uygulanmasıdır, (Tengilimoğlu ve ark (45).

4.3.4. Toplam Kalite Yöntemlerinde Deming Çevirimi

Toplam Kalite Yönetiminin temelleri Amerikan asıllı Prof. Dr. Edward Deming tarafından atılmıştır. Deming 'in yanında Prof. Dr. J.M. Juran'ın da kalite kontrolünün tüm yönetimi ve çalışanları ilgilendiren bir süreç olduğunu iddia etmesi bugünkü çağdaş anlamda toplam kalite felsefesine gelinmesine yol açmıştır. Topla Kalite Yaklaşımında Deming'in önemi, Japonya'da Japonlara istatistiksel kalite

kontrolünün nasıl yapılacağını öğretirken geliştirmiş olduğu bir mantıksal çevrime dayanır. Daha sonraları Deming Çevrimi adı verilen bu mantıksal süreç;

- Hareket et
- Planla
- Yap
- Denetle

İşlevlerinden ibarettir. Topla kalite yönetiminin mantıksal işlevlerini oluşturan bu işlevler, durmaksızın sürekli olarak sürdürülecek ve böylece devamlı iyileştirme ve gelişmeler sağlanacaktır, Eren (57).

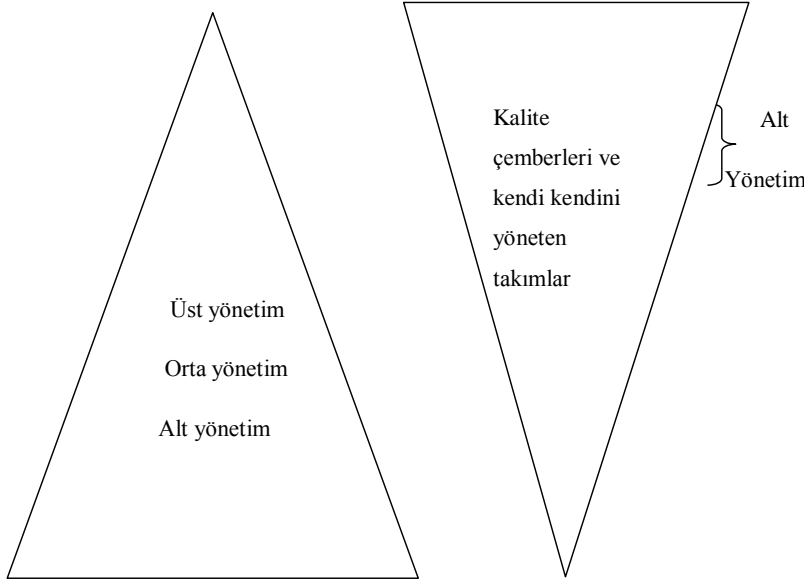
Toplam Kalite Yönetiminin Uygulamalarında Göz Önünde Bulundurulanan Temel İlkeler

- Müşteri odaklılık ve müşteri memnuniyeti,
- İç müşterilerin memnuniyeti ve iç müşteriye odaklılık,
- Çalışan tüm personelin eğitilmesi,
- En iyi uygulamayı yapan firmalar ile başarılı rakipleri örnek alarak kıyas yapma (Benchmarking),
- Tedarikçilerin denetimi ve onlarla iş birliği yapılması,
- Hata yapmamak ve hataları önleyici biçimde davranmak,
- Gurup çalışmasına gereken önemi vermek,
- İstatistik analizlere önem verme ve onlardan yararlanma,
- Rekabet üstünlüğü için sürekli gelişme, Eren (57).

4.3.5. Toplam Kalite Yönetiminin Felsefesi

Toplam Kalite Yönetimi'nde geleneksel hiyerarşik ve piramit nitelikli yapı tersine dönmekte pramidin tabanı yukarıda sivri ucu aşağıda bulunmaktadır. Dönüşüm sürecine hakim olan piramidin en alt düzeyde çalışan işçiler ve diğer personeller ye alır. Bunların sorunlara hakimiyeti ve müşteri odaklı çözümler

bulması, orta ve üst kademelerde çalışan yöneticilerden daha fazladır. TKY felsefesinde bu yaklaşımın kültüründe, üst kademe yöneticileri ile orta kademe yöneticileri çalışanları desteklemek, görüş ve önerilerini almak, üretim sürecindeki sorunları öğrenmek için alt kademe çalışanları desteklemek ve güçlendirmektir, Eren (57).



Geleneksel hiyerarşik örgüt

TKY' inde tersine çalışan örgüt yapısı

Şekil 4.2. TKY'de Tersine Dönmüş Örgüt Yapısı

TKY, asıl amacı tüketici isteklerine hizmet etmesi, temelde insan unsurunu ele alması, takım ruhu olgusu taşıması ve en önemlisi sıfır hata gibi bir prensibe sahip olması ile sağlık gibi hiçbir hata kabul etmeyen sağlık alanında önemli bir yere sahiptir, Mutlu (58).

4.3.6. Hasta Memnuniyetini Ölçme Yöntemleri

Hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki temel yöntem kullanılmaktadır. Dolaysız yöntemler tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemleri içermektedir. Dolaylı yöntemlerde ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı ancak gerek hasta şikayet ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden

verdiği geri bildirimler, gerekse hasta başına düşen hemşire sayısı gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemleri ifade etmektedir. Hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ölçümünde yaygın olarak kullanılmakta olan SERVQUAL yöntemi 1983-1990 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş ve hizmet kalitesi ölçümünde bir standart olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre müşterilerin hizmet kalitesini nasıl algıladıklarına ilişkin birçok kavram ve önerme ortaya çıkmıştır. Ölçeğin geliştirilmesi süreci sonunda ‘Fiziksel Özellikler’, ‘Güvenirlilik’, ‘Heveslilik’, ‘Güven’, ‘Empati’ şeklinde ifade edilen beş hizmet kalitesi boyutu oluşturulmuştur. Ölçek ile müşteri memnuniyeti değerlendirmelerinde, müşterinin hizmetten beklediği performans ile tüketim tecrübesi neticesinde hizmetin gerçek performansı arasındaki algıyı ölçmeyi temel almıştır, Kıdak ve Aksaraylı (9).

4.3.7. Hasta Memnuniyetinin Yeri ve Önemi

Küreselleşmenin bir sonucu olarak günümüzün rekabet koşulları, işletmeleri rekabete üstünlük sağlamaya yardımcı olacak yöntemler aramaya itmiştir. İşletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri, müşteri odaklı kaliteli hizmet vermelerine bağlıdır. İşletmeler açısından müşteri inceleme basamağı çok önemli bir süreçtir.

Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır. Toplumdaki müşteri merkezli hizmet anlayışı giderek sağlık hizmeti alan bireylerin isteklerinin önem kazanmasına neden olmuştur. Ancak bireyin sağlık gereksiniminin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili ölçütler, bir restoran ya da toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki ölçütlerden daha farklı ve karmaşıktır, Özcan ve ark (59).

Kalite açısından; müşteri, ihtiyaç ve beklentilerinin sunulan ürün ya da hizmete yansıtılması olduğundan dolayı müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin bilinmesi hayati önem taşımaktadır. Bu beklentilerin belirlenmesinde çoğunlukla memnuniyet anketlerinden yararlanılır. Bunun için bir hastanenin müşterisi olan hastalarının

memnuniyetine önem vermesi, profesyonel hastane işletme yöneticiliği açısından kaçınılmazdır, Emhan ve Bez (10).

Hasta tatmini; sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kıstaslarından biridir, Taşlıyan ve Gök (14). Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında kalite geliştirme ve hizmet alanlarının algısını belirleyebilmenin ölçütleri arasında yer alır, Büber ve Başer (53).

Hastaneler için hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, hastaların daha sonraki gelişlerini sağlayabilmek ve hastanenin iyileştirmeye açık alanlarını belirleyebilmek için önemlidir, Kıdak ve Aksaraylı (9).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının politika ve hizmet geliştirme ile ilgili bilgi sağlanması, programların etkinliğini değerlendirmeyi mümkün kılması, benzer hastanelerle kıyaslama imkanı vermesi, sonuçların halka açıklanması ve hesap verme sorumluluğunu artırma gibi birçok potansiyel yararı bulunmaktadır, Savaş ve Bahar (11).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde sınıflanabilir, Özcan ve ark (59).

İşletmeler sonsuza kadar var olmak ve büyümek isterler. Var olmaları müşteri varlığına; büyümeleri müşteri sayısının artmasına ve rekabet gücüne sahip olmaya bağlıdır. Bunu sağlamanın yolu ise hastaları/müşterileri memnun etmek ve beklentilerini gerçekleştirmekle olmaktadır, Dölek ve ark (17).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; acil servise başvuran ve yatarak tedavi olan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

5.2. Araştırma Soruları

- Acil serviste yatan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeyi nedir?
- Acil serviste yatan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?

5.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirildi.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İstanbul Avrupa Bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin Acil Tıp Anabilim Dalı Gözlem Servisi'ne başvurup yatarak tedavi olan hastalar (399), örneklemi ise 1 Mayıs-31 Ekim 2015 tarihleri arasında yatan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalardan oluşturuldu (N:340).

Araştırma kapsamına alınan kurumun Acil Tıp Anabilim Dalı; Acil Poliklinik ve Acil Cerrahi/Travmatoloji Polikliniği olmak üzere iki birimden oluşmaktadır.

Acil Poliklinik' te daha çok öyküsünde kronik hastalıkların yer aldığı ve bunların alevlenmesi veya sekonder komplikasyonların oluşması sonucu başvuran hastalar takip edilmektedir. Bu birimde 16 yatak, 8 adet muayene sedyesi mevcuttur. Serviste 11 hemşire mevcut olup vardiyalı çalışılmaktadır. 08-20, 20-08 shiftlerinde vardiyalar dönmektedir. Her vardiyada 2 hemşire çalışmaktadır. Hafta içi sorumlu hemşire ile beraber saat 08:00 ile 16:00 arası 3 hemşire mevcuttur. Birime yatan aylık ortalama hasta sayısı 52,6 dır.

Acil Cerrahi Polikliniği'ne genellikle karın ağrısı Őikayetiyle hastalar başvurmaktadır. Sonrasında kolesistit, apandisit, barsaklarda obstrüksiyon vb. gibi tanılar almaktadırlar. Bu birimde 4 adet sedye mevcuttur. Birime yatan aylık ortalama hasta sayısı 5.6 dır. Acil Travmatoloji Polikliniği'ne yaralanma, düşme, yanık gibi sebeplerle hastalar başvurmaktadır. Acil Cerrahi/Travmatoloji Polikliniği'nde 10 hemşire mevcuttur. 08-20, 20-08 Őiflerinde çalışmaktadırlar. Bu vardiyalarda Acil Cerrahi Polikliniği'nde 1, Acil Travmatoloji Polikliniği'nde 1 hemşire çalışmaktadır. Acil Cerrahi/Travmatoloji Polikliniği'ne yatan ortalama aylık hasta sayısı 13.8' dir.

Acil Tıp Anabilim Dalı'na başvuran hastalar ilk muayene ve değerlendirilmelerin ardından Şikayetleri ve tetkikleri sonucunda uzun süreli yatış ve özellikle parenteral tedavi gereksinimi varsa gözlem servisine yatırılmaktadır. Őikayetlerin gerilememesi veya artması durumunda ilgili birime yatırılıncaya kadar ki süre içerisinde acil gözlem servisinde takip edilmektedir. İlgili birimde yatak açılması ile beraber hastalar o birime transfer edilmektedir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Acil Gözlem Servisi'nde en az iki gece yatan,
- Taburculuk aşamasında olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Türkçe okuyup yazabilen,
- Sağlık durumu araştırmaya katılmak için sakınca oluŐturmayan,
- Bilinci açık olan,
- Bu çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar seçildi.

Acil Cerrahi/Travmatoloji Polikliniği'ne başvuran hasta sayısının Acil Poliklinik' e göre daha az olması, hastaların tedavilerinde invaziv girişimler olması ve bu müdahalelerin çok daha kısa sürede yapılması gerektiğinden bu birimlere kabul edilmiŐ hastalar en kısa sürede ilgili cerrahi servislere transfer edilmektedirler. Bu

birimlerde yatış süresi fazla olan hasta sayısı daha azdır. Bu nedenle Acil Tıp Anabilim Dalı hastaları arasında karşılaştırma yapılamamıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, hastalara ait Sosyo-demografik özellikleri içeren Tanım Formu ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ile toplanmıştır.

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Ölçeği (NHBMÖ), 1995 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından, bireysel ve grup temelli görüşmeler yoluyla, İngiltere’de bir hastaneden dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan 150 hastanın hemşirelik bakımını iyi veya kötü olarak nasıl algıladıkları değerlendirilerek geliştirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Türk hastalar tarafından kullanılabileceği gösterilmiştir (Akın ve Erdoğan, 2006). Hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiş ve 19 sorudan oluşmuştur. NHBMÖ’nün tüm maddeleri olumludur. Sorulara verilen puanlar toplanır (*Hiç Memnun Değilim: 1 puan, Biraz Memnunum: 2 puan, Oldukça Memnunum: 3 puan, Çok Memnunum: 4 puan, Fazlasıyla Memnunum: 5 puan*). Ölçekten elde edilen maksimum puan 95, minimum puan 19’dur. her hasta için bulunan toplam puan 100’e dönüştürülerek değerlendirilir. Bu araştırmada elde edilen Chronbach alfa katsayısı 0.98 olarak belirlendi.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistik analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov Test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Kruskal-wallis, Mann-Whitney U test kullanıldı.

5.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada, NHBMÖ'yu Türkçe' ye uyarlayan yazarlardan e-posta yoluyla yazılı olarak izin alınmıştır (Ek 1). İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek 2). Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumdan anketleri dağıtmadan önce uygulama izni alınarak çalışmaya başlanmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olup araştırmayı kabul eden hastalar alındı (Ek 4).

6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç ana başlık altında toplam 10 tabloda gösterilmiştir.

A. Araştırmaya katılan hastaların Sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Tablo 6.1’de gösterilmiştir.

Tablo 6.1. Hastalara Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı (N:340)

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	177	52
Erkek	163	48
Medeni Durum		
Evli	229	67
Bekar	111	33
Gelir Düzeyi		
Kötü	18	5
Orta	197	58
İyi	120	35
Çok İyi	5	1
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar	26	8
İlköğretim	109	32
Lise	109	32
Üniversite	96	8
Sağlık Güvencesi		
Var	329	97
Yok	11	3
Çalışma Durumu		
Hastalık Sebebiyle Çalışmıyor	28	8
Başka Nedenlerle Çalışmıyor	148	44
Çalışıyor	164	48
Hastaneye Toplam Kaç Kez Yatışınız Var	1-16	2,9
1 Defa	24	7
2 Defa	149	44
3 Defa	100	29
4 Defa	31	9
5 Defa	20	6
6 Defa Ve Üstü	16	5
Bu Yatışta Hastanede Toplam Yatış Geceniz	2-70	3,7
2 Gece	48	14
3 Gece	234	69
4 Gece	27	8
5 Gece	8	2
6 Gece	5	1
7 Gece Ve Üstü	18	5
Hastaneye Toplam Yatış	1-6	2,8
Bu Yatışınızda Kalış Geceniz	2-7	2,2
Daha Önce Bu Hastanede Yattı İseniz Önceki Kalış Ve Sonraki Kalış Arasında Hemşirelik Bakımı Yönünde Değişmeler Var Mı?		
Hayır	66	19
Evet	184	54
Kısmen	90	26

Tablo 6.1 dearaştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastalar19-91 yaş arasında, % 52'sinin (n: 177) kadın, %67'sinin (n:229) evli, %58'nin (n:197) gelir düzeyinin orta düzeyde, %32'sinin (n:109) ilköğretim ve lise eğitimi olduğu, %97'sinin sağlık sigortasının (n:329) var olduğu, %48'inin (n:164) çalıştığı, hastaneye toplam yatışının 1 ile 16 defa arasında değiştiği, %44'ünün(n:149) iki defa, bu yatışta toplam kalış gecelerinin 2 ile 70 gün arasında değiştiği, %69'unun (n:234) üç gece yattığı, hastanede önceki kalış ile sonraki kalış arasında hemşirelik bakımı yönünde gelişmelerin olup olmadığında%54'ünün (n:184) evet şeklinde yanıtladığı saptanmıştır.

B. Araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerinin dağılımı Tablo 6.2 de gösterilmiştir.

Tablo 6.2. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Ölçeği Düzeylerinin Dağılımı (N:340)

Ölçeğin Maddeleri	Hiç Memnun Değilim		Biraz Memnunum		Oldukça Memnunum		Çok Memnunum		Fazlasıyla Memnunum		Ortalama
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1- Hemşirelerin size ayırdığı süreden	5	1,5	25	7,4	123	36,2	158	46,5	29	8,5	3.5
2- Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	2	0,6	14	4,1	120	35,3	168	49,4	35	10,3	3.6
3- Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	5	1,5	21	6,2	120	35,3	163	47,9	30	8,8	3.6
4- Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	0,3	17	5,0	128	37,6	161	47,4	33	9,7	3.6
5- Hemşireleri çağırdığımız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	3	0,9	25	7,4	132	38,8	146	42,9	33	9,7	3.5
6- Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	7	2,1	38	11,2	117	34,4	146	42,9	32	9,4	3.5
7- Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	6	1,8	24	7,1	126	37,1	147	43,2	37	10,9	3.5
8- Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	4	1,2	26	7,6	115	33,8	153	45,0	42	12,4	3.6
9- Hemşirelerin yardımseverliğinden	2	0,6	22	6,5	110	32,4	162	47,6	44	12,9	3.7
10- Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	3	0,9	17	5,0	120	35,3	161	47,4	39	11,5	3.6
11- Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	3	0,9	28	8,2	127	37,4	145	42,6	37	10,9	3.5
12- Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	2	0,6	23	6,8	119	35,0	150	44,1	45	13,2	3.6
13- Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	4	1,2	25	7,4	133	39,1	138	40,6	40	11,8	3.5
14- Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	0,3	19	5,6	129	37,9	149	43,8	42	12,4	3.6
15- Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	5	1,5	22	6,5	122	35,9	153	45,0	37	10,9	3.6
16- Serviste size sağlanan özgürlükten	7	2,1	29	8,5	118	34,7	148	43,5	37	10,9	3.5
17- Hemşirelerin isteklerinizi karşılama istekli olmalarından	4	1,2	19	5,6	128	37,6	145	42,6	44	12,9	3.6
18- Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	0	0,0	11	3,2	128	37,6	147	43,2	54	15,9	3.7
19- Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	2	0,6	18	5,3	127	37,4	145	42,6	48	14,1	3.6

Tablo 6.2’de araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerinin ortalamalarının dağılımlı incelendiğinde; NHBMÖ düzeyleri maddelerinden ‘hemşirelerin yardımseverliğinden’ ve ‘hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden’ ortalamalarının $x=3,7$ ile en yüksek değeri aldığı, bunu takiben ‘hemşirelerin size ayırdığı süreden’, ‘hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten’, ‘birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşire bulunmasından’, ‘hemşirenin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden’, ‘hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından’, ‘hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden’, ‘hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan’, ‘hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından’, ‘hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden’, ‘hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından’ ortalamasının $x=3,6$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2’de araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerinin ortalamalarının dağılımlı incelendiğinde; ‘hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden’%15,9’u‘hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından’ %14,1’i, ‘hemşirelerin işlerini yaparken gösterdiği tavırdan’ %13,2’si, ‘hemşirelerin yardımseverliğinden’ %12,9’u, ‘hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından’ ve ‘hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzından’ %12,4’ü ‘fazlasıyla memnunum’ yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılanların ‘hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten’ %49,4’ü, ‘birine ihtiyaç duyduğunuzda bir hemşirenin daima etrafta bulunmasından’ %47,9’u, ‘hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden’ %47,4’ü, ‘hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden’ ve ‘hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden’ %47,4’ü ise ‘çok memnunum’ yanıtını verdiği görölmüştür. ‘Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden’ %39,1’i ‘hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden’ %38,8’i ile en yüksek ‘oldukça memnunum’ yanıtı alındığı saptanmıştır. ‘Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden’ ve ‘serviste size sağlanan özgürlükten’ maddesi ise en yüksek %2,1 ile ‘hiç memnun değilim’ yanıtını aldığı ve yine ‘Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden’ maddesinden en yüksek %11,2 ile ‘biraz memnunum’ yanıtı alındığı saptanmıştır. Hastaların çoğunun daha

çok ‘oldukça memnunum’, ‘çok memnunum’ ve ‘fazlasıyla memnunum’ cevapları üzerinde yoğunlaştıkları görülmüştür.

Tablo 6.3. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Ölçeği Ortalamaları Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği		
Min-Max	Ortalama	Standart Sapma
26-95	68.1	13.2

Tablo 6.3’te NHBMÖ ortalamaları dağılımı incelendiğinde; Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği minimum 26 puan alırken maksimum 95 puan aldığı ve ortalama puanı 68.1 ± 13.2 bulunmuştur.

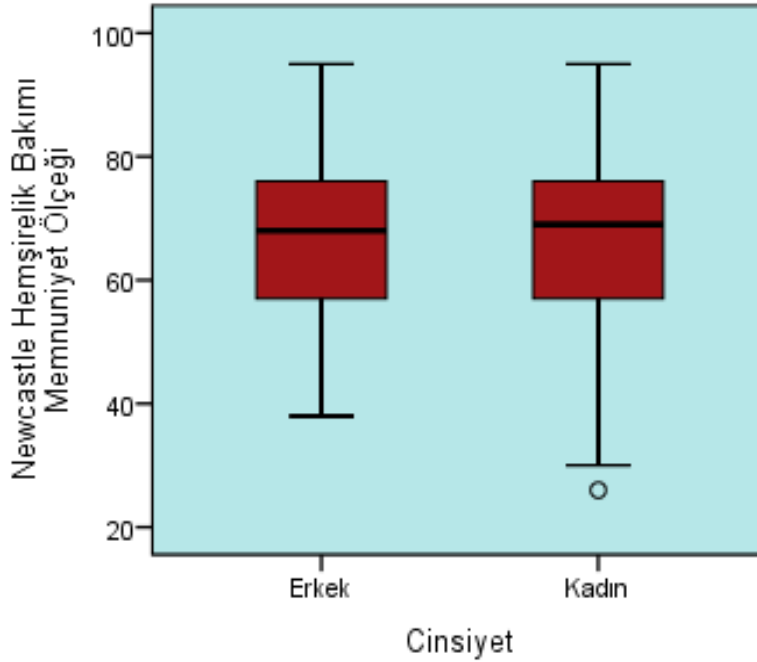
C. Araştırmaya Katılan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması

Tablo 6.4. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Cinsiyete Göre Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
Cinsiyet	Min- Max	Ortalama	Standart Sapma	p
Erkek	38-95	68	12	0,670
Kadın	26-95	68	14	

Mann-Whitney U Test

Tablo 6.4'te NHBMÖ'nün cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; kadın ve erkeklerin ortalamalarının eşit olduğu görülmüştür. Kadın ve erkeklerde NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).



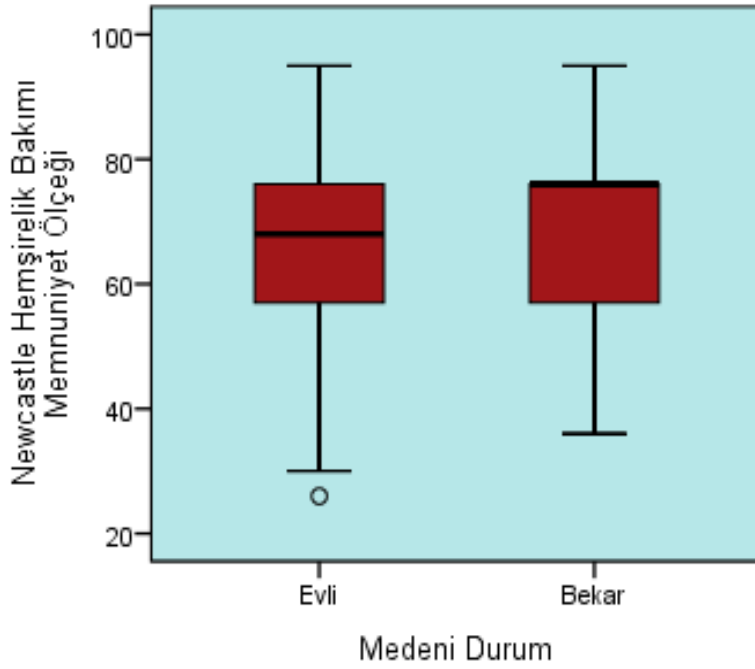
Şekil 6.1. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 6.5. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
Medeni Durum	Min- Max	Ortalama	Standart Sapma	p
Evli	26-95	67	13	0,023
Bekar	36-95	70	14	

Mann-whitney u test

Tablo 6.5'te NHBMÖ'nün medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde; bekarların ortalama değerinin evlilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekarlarda NHBMÖ skoru evlilerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).



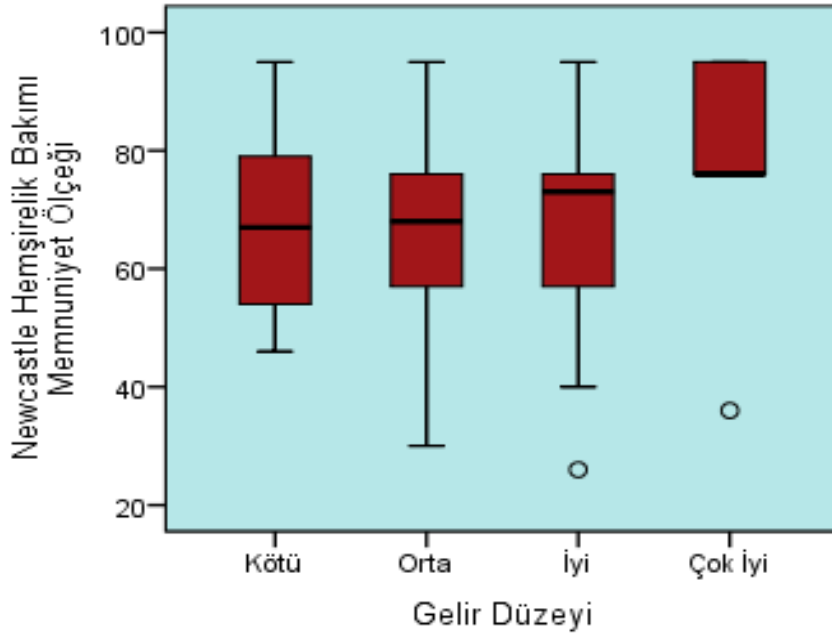
Şekil 6.2. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 6.6. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
Gelir Düzeyi	Min-Max	Ortalama	Standart Sapma	P
Kötü	46-95	68	17	0,080
Orta	30-95	67	13	
İyi	26-95	70	12	
Çok İyi	36-95	76	24	

Kruskal-wallis

Tablo 6.6’da NHBMÖ’ye göre gelir düzeyi dağılımı incelendiğinde; gelir düzeyi çok iyi olan hastaların ortalama değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi durumuna göre NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).



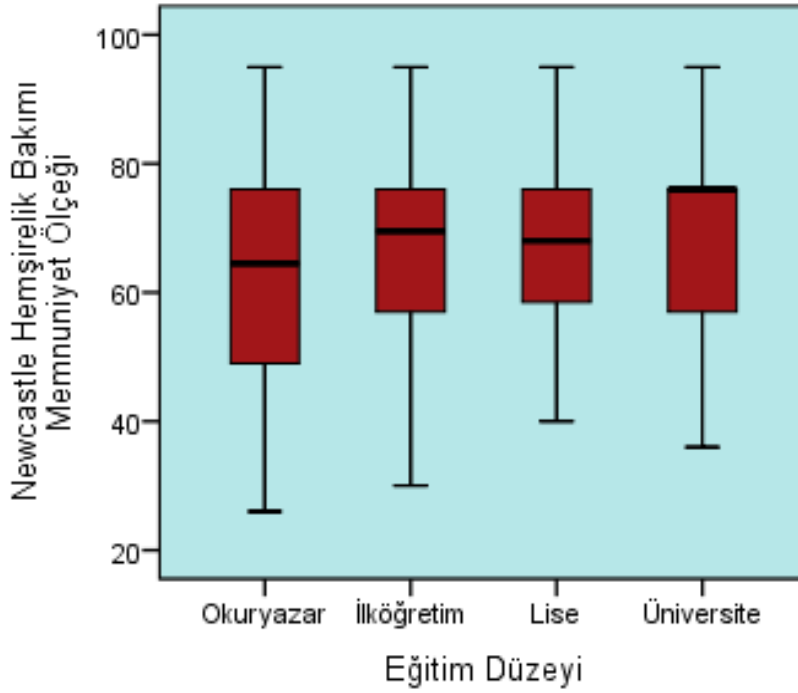
Şekil 6.3. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 6.7. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
Eğitim Düzeyi	Min-Max	Ortalama	Standart Sapma	p
Okur-Yazar	26-95	64	18	0,158
İlköğretim	30-95	67	13	
Lise	40-95	68	11	
Üniversite	36-95	70	14	

Kruskal-Wallis

Tablo 6.7’de NHBMÖ’ye göre eğitim düzeyi dağılımı incelendiğinde; üniversite eğitilmiş hastaların ortalama değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).



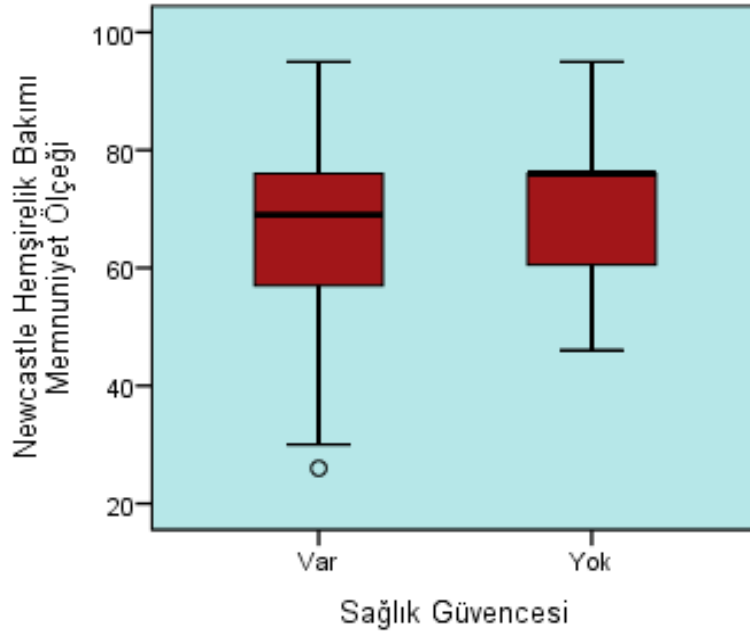
Şekil 6.4. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 6.8. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
Sağlık Güvencesi	Min-Max	Ortalama	Standart Sapma	p
Var	26-95	68	13	0,462
Yok	46-95	71	15	

Mann-Whitney U Test

Tablo 6.8’de NHBMÖ’ye göre sağlık güvencesi dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılan hastalarda sağlık güvencesi olmayan hastaların ortalama değerinin sağlık güvencesi olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olan ve olmayanlar arasında NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).



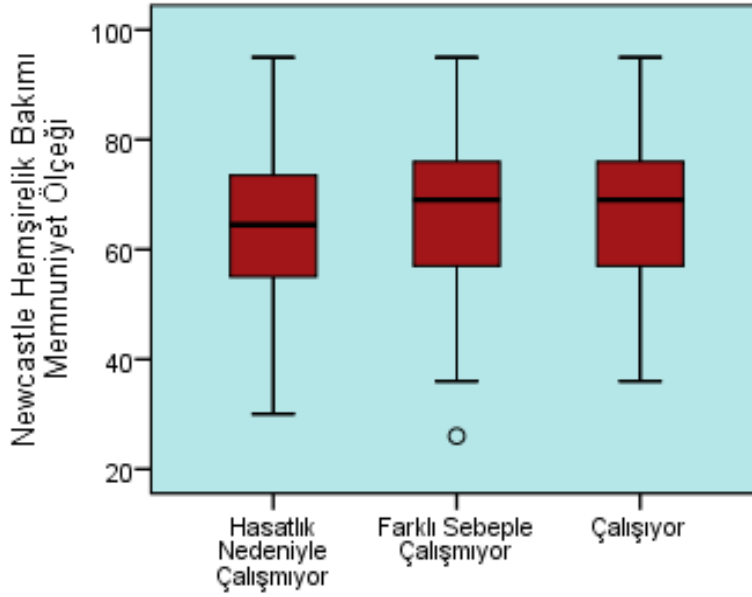
Şekil 6.5. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı

Tablo 6.9. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
Çalışma Durumu	Min-Max	Ortalama	Standart Sapma	p
Hastalık Nedeniyle Çalışmıyor	30-95	65	17	0,299
Başka Sebepden Çalışmıyor	26-95	68	13	
Çalışıyor	36-95	69	13	

Kruskal-Wallis

Tablo 6.9'da NHBMÖ'ye göre çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; çalışan hastaların ortalamasının diğer çalışma durumlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma durumuna göre NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).



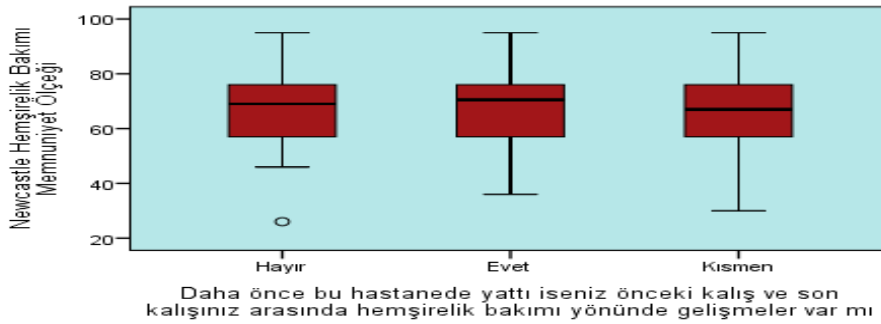
Şekil 6.6. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 6.10. Hastaların Hastanede Önceki Ve Sonraki Kalış Arasında Hemşirelik Bakımı Yönündeki Gelişmelere Yönelik Memnuniyet Dağılımı (N:340)

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği				
	Min-Max	Ortalama	Standart Sapma	p
Daha Önce Bu Hastanede Yattı İseniz Önceki Kalış Ve Sonraki Kalış Arasında Hemşirelik Bakımı Yönünde Gelişmeler Var Mı?				
Hayır	26-95	68	14	0,341
Kısmen	30-95	66	13	
Evet	36-95	69	13	

Kruskal-Wallis

Tablo 6.10’da hastaların hastanede önceki ve sonraki kalış arasında hemşirelik bakımı yönündeki gelişmelere yönelik memnuniyet dağılımı incelendiğinde; daha önce bu hastaneye yatan hastaların önceki kalış ile sonraki kalış arasındaki hemşirelik bakımını değerlendirdiklerinde hastaların büyük çoğunluğunun evet şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Daha önceden hastaneye yatışından bu yana hemşirelik bakımında gelişme olduğunu düşünen ve düşünmeyenlerde NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).



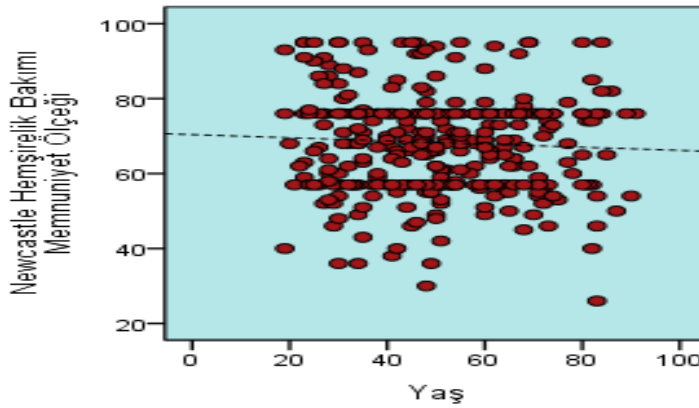
Şekil 6.7. Hastaların Hastanede Önceki Ve Sonraki Kalış Arasında Hemşirelik Bakımı Yönündeki Gelişmelere Yönelik Memnuniyet Dağılımı

Tablo 6.11. Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Yaşa, Hastaneye Toplam Yatış Sayısına Ve Toplam Kalış Gecesine Göre Dağılımı (N:340)

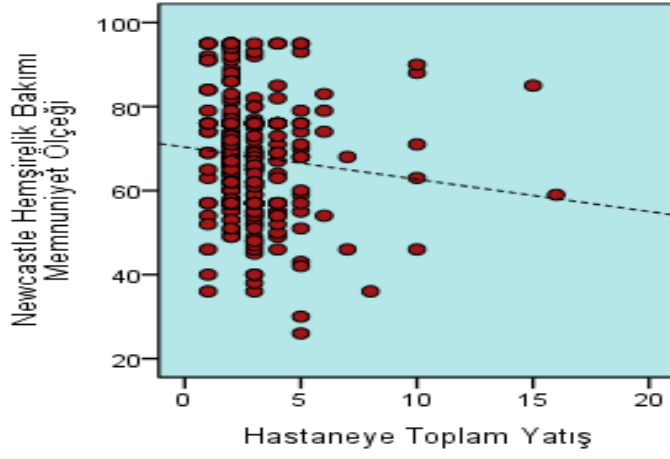
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği	Yaş	Hastaneye Toplam Yatış	Bu Yatışınızda Toplam Kalış Geceniz
r	-0,055	-0,107	0,007
p	0,317	0,051	0,905

Spearman Korelasyon

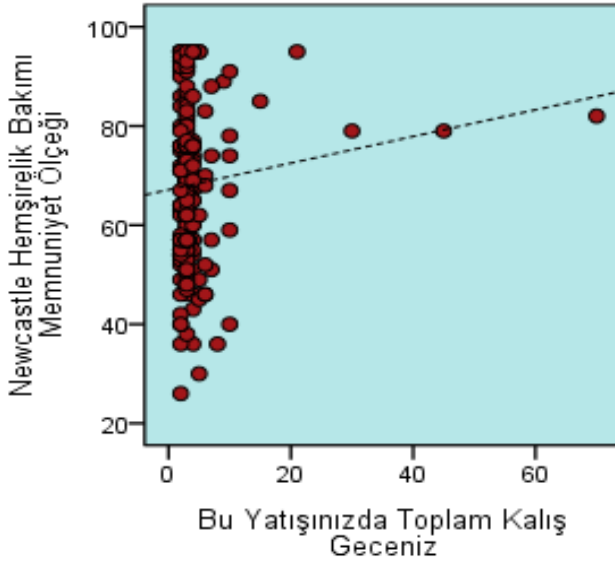
Tablo 6.11’de NHBMO’nün yaşa, hastaneye toplam yatış sayısına ve toplam kalış gecesine göre dağılımı incelendiğinde; Newcastle hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ile hastanın yaşı, hastaneye toplam yatış sayısı, toplam kalış gecesi arasında anlamlı korelasyon yoktur ($p>0.05$).



Şekil 6.8a. Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Yaşa Göre Dağılımı



Şekil 6.8b. Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Hastaneye Toplam Yatışa Göre Dağılımı



Şekil 6.8c. Hastaların Newcastle Hemşirelik Memnuniyet Ölçeğinin Hastanede Toplam Kalış Gecesine Göre Dağılımı

7. TARTIŞMA

Acil servis hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli kıstaslarından biri hasta memnuniyetidir.

Araştırmamızda hastaların demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %52'sinin kadın, %67'sinin evli, eğitim durumunun ilköğretim ve lise mezunu olduğu saptanmıştır. Tan'ın (60), yaptığı çalışmada demografik özellikleri incelediğinde, acile başvuran hastaların %60,7'sinin erkek, %80,1'inin evli ve eğitim durumunun yükseköğretim olduğunu saptamıştır.

Araştırmamızda acile başvuran hastaların %97'sinin sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Gürlek (61), yaptığı çalışma kapsamında ele aldığı hastaların %93,6'sının sağlık güvencesinin var olduğunu belirlemiştir. Bu durum çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bunun nedeni, ülkemizin sağlığı konusunda yapılan çalışmalara önem verildiğini ve toplumun hastaneleri daha rahat kullanmalarına olanak sağlandığını gösterir.

Araştırmamızda hastaların gelir düzeyinin %58'inin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Arslan (62), da araştırmasında hastaların gelir düzeyinin %53,08 ile orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Bu durumda araştırmamızla arasında bir paralellik söz konusudur. Araştırmamızda hastaların hastanede yatış gecesi %69 ile 3 gece olduğu belirlenmiştir. Yine Arslan (62), yapmış olduğu çalışmasında hastaların yatış gününün %68,41 ile 5-9 gün arasında değiştiğini belirlemiştir.

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin gelişmesi önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, hastanedeki hizmetlerin tümü ile ilgili memnuniyetini etkileyen en önemli faktördür. Buna göre Tablo 2 ve Tablo 3'teNHBMÖ maddelerine göre memnuniyet düzeyleri ve ortalamaları incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların NHBMÖ düzeyleri maddelerinden 'hemşirelerin yardımseverliğinden' ve 'hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden' ortalamalarının $x=3,7$ ile en yüksek değeri aldığı saptanmıştır. Tan (60), ise araştırmasında hastaların %63,9 ile

“mahremiyete gösterilen saygıdan” en yüksek değer ile memnun kaldıkları sonucuna ulaşmıştır. Geçkil ve ark (12), Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi şeklindeki dahiliye, cerrahi ve doğum kliniklerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların hemşirelik bakımına yönelik en yüksek düzeyde memnuniyet ifade ettikleri alanların; mahremiyete gösterdikleri saygı, işlerindeki becerileri ve hastalar tanınan serbestlik miktarı olduğunu belirlemiştir. Bu araştırmalar araştırmamızı desteklemektedir.

Araştırmamızda NHBMÖ incelendiğinde; hastaların %47,4’ü ‘hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden’ ve ‘hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden’ ‘çok memnunum’ yanıtını verdiği görülmüştür. Acil servisteki hemşirelik hizmetlerine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, acil servis hastaları, hemşirelerden iyi bir bakım almanın yanı sıra özellikle, tanı, tedavi, bakım ve sağlık konularında bilgi almalarından memnun olduklarını belirtmişlerdir,(Bruceve ark (63). Çelik (64), çalışmada hastalara acil birimdeki hemşirelerin uygulanan tedavi ve durumu hakkında hastaları bilgilendirme ile ilgili memnuniyetini sorduğunda, %38.1’ inin memnun, %45.2’sinin kararsız olduğu, %16,7’sinin memnun olmadığını belirlemiştir. Araştırmamızda Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği düzeyleri maddelerinden ‘hemşirelerin yardımseverliğinden’ ve ‘hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden’ sorularına verilen cevapların ortalamalarının $x=3.7$ ile en yüksek değeri aldığı görülmüştür. Pamukcu (65), araştırmasında Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği doğrultusundaki ortalamaları incelediğinde; ‘hemşirelerin iyi olup olmadığımızı kontrol etme sıklığından’, ‘hemşirelerin yardımseverliğinden’, ‘hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden’, ‘hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan’, ‘hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzından’, ‘serviste size sağlanan özgürlükten’, ‘hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından’, ‘hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden’ ve ‘hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından’ şeklinde belirlenen ölçek sorularına verilen ortalama dağılımlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda ‘Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden’ ve ‘serviste size sağlanan özgürlükten’ maddesi ise en yüksek %2,1 ile ‘hiç memnun değilim’ yanıtını aldığı ve yine ‘Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden’ maddesinden en yüksek %11,2 ile ‘biraz memnunum’ yanıtı alındığı saptanmıştır.

Araştırmamızda yaşın hemşirelik memnuniyeti üzerinde anlamlı bir ilişkisi görülmemiştir ($p>0.05$). Cengiz (66), araştırmasında yaş gruplarının memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır ($p>0.05$). Bu açıdan araştırmamızı desteklemektedir. Bu da yaşın hemşirelik bakımıyla ilişkili olmadığını ve hastaların daha çok hemşirelik bakımının kalitesine önem verdiklerini gösterir.

“Herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ve olacağına inanmak” olarak tanımlanan beklenti, cinsiyete özgü olabilir ve genel olarak hasta memnuniyeti de beklentilerle yakından ilişkilidir. Bu bağlamda ele alıp incelediğimiz NHBMÖ ile cinsiyet karşılaştırıldığında; kadın ve erkeklerin ortalamasının eşit olduğu görülmüştür. Kadın ve erkeklerde NHBMÖ skoru anlamlı farklılık göstermemiştir (Erkeklerde $x=68\pm 12$, kadında $x=68\pm 14$) ($p>0.05$). Buna paralel olarak Tan (60), Aragon ve Gesell (67), Eyi (68), yaptıkları çalışmalara göre araştırmaya katılan kadın ve erkek hastaların memnuniyet düzeyleri açısından aralarında anlamlı bir fark saptamamışlardır ($p>0.05$).

Araştırmamız NHBMÖ ile medeni duruma göre karşılaştırıldığında; bekarların ortalama değerinin evlilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($x=70\pm 14$) ($p<0.05$). Aydın’ın (71), çalışmasında hemşirelik bakımı değerlendirilmesine ilişkin verileri incelendiğinde %87,3 ünün evli olduğunu saptamıştır. Araştırmamız hemşirelik bakım davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir. Arslan (62), araştırmasında bekarların evlilere göre daha memnun olduklarını ve gruplar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemiştir ($p<0.05$).

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların NHBMÖ ile gelir düzeyleri karşılaştırıldığında; gelir düzeyi çok iyi olan hastaların ortalama değerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($x=76\pm 24$) ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların NHBMÖ ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında; üniversite mezunu hastaların ortalama değerinin daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($x=70\bar{1}4$) ($p>0.05$). Karadağ (23), çalışmasında eğitimin acildeki hasta beklentileri ve memnuniyet üzerinde etkili olmadığını belirlemiştir ($p>0.05$). Aynı zamanda Aydın'ın (70), yaptığı çalışmasında hastaların çoğunluğunun (%48.4) ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların eğitim düzeyine göre memnuniyet durumlarını incelediğinde eğitim durumunun memnuniyet durumunu etkilemediği saptanmıştır. Bu durumda araştırmamız diğer araştırmalarla benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni son yıllarda artan teknolojik gelişmeler ve toplumun eğitimi sayısının artması olabilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların NHBMÖ ile sağlık güvencesi karşılaştırıldığında; sağlık güvencesi olmayan hastaların ortalamaları sağlık güvencesi olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($x=71\bar{1}5$) ($p=0.05$). Toğun (70), araştırmasında hastaların sosyal güvencesi ile genel memnuniyet ilişkisi incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır ($x^2=68.935$, $p<0.001$). Sosyal güvencesi olan hastaların sosyal güvencesi olmayan hastalara göre daha fazla memnun oldukları görülmüştür. Araştırmamızın bu çalışma ile çelişmesinin nedeni hastaneye başvuran hastaların sağlık güvencesinin olmaması dolayısıyla maddi sıkıntılarının olması, buna bağlı olarak talep imkanlarının kısıtlı olması ve verilen tedavi ile yetinmek zorunda kalmalarından olabilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların NHBMÖ ile çalışma durumu karşılaştırıldığında; çalışan hastaların ortalamasının, hastalık sebebiyle veya başka sebeplerle çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($x=69\bar{1}3$) ($p>0.05$). Aydın (69), çalışmasında, çalışmayan hastaların çalışan hastalardan daha fazla olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda NHBMÖ ile elde edilen sonuçlar hastaların kalış sürelerinin hastaların bakım davranışlarını değerlendirmesi üzerinde herhangi bir yönde etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Aydın (69) ve Kaya (71), acil serviste hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirirken hastaların kalış süreleri

ile memnuniyeti değerlendirmiş ve aralarında anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir. Bu açıdan bu çalışma çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların kalış süreleri ile hemşirelik bakımının memnuniyeti açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Çelik (64), de çalışmasında acil birimde toplam kalış süresi uzun olanlar ile kısa olanların genel memnuniyet oranlarını karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamızda hastaların hastanede önceki ve sonraki kalış arasında hemşirelik bakımı yönündeki gelişmelere yönelik memnuniyet dağılımı incelendiğinde; daha önce bu hastaneye yatan hastaların önceki kalış ile sonraki kalış arasındaki hemşirelik bakımını değerlendirdiklerinde hastaların büyük çoğunluğunun evet şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın verileri doğrultusunda;

NHBMÖ ile araştırmaya katılan hastaların Sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırma sonucunda ‘hemşirelerin yardımseverliğinden’ ve ‘hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden’ ortalamalarının en yüksek değeri aldığı görülmüştür.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler

- Acilde hemşirelerin hastaları evindeymiş gibi rahat ettirmeleri ve serviste hastalara sağlanan özgürlüğün artırılması için çalışan hemşire sayısının artırılması,
- Hasta memnuniyetinin artırılabilmesi için hasta sirkülasyonunun fazla olduğu acil serviste çalışan hemşirelerin de motivasyonunun üstleri tarafından yüksek tutulması, ödüllendirilmesi, eğitim verilmesi ve bu alanda çalışmaların yapılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

- 1) Olgun N. Acil Bakım. Nobel Tıp Kitapları, Ankara, 1998.
- 2) Oktay, S. Aksoy, Y. Yürügen, B. Acil Hemşireliği, İstanbul Üniversitesi Florance Nihtingale Hemşirelik Yüksekokul Yayınları, İstanbul, 1990.
- 3) Akyolcu, N. Öztekin, D. Çelik, S. Acil Birimlerde Triyaj Kimler tarafından ve Nasıl Uygulanıyor? İstanbul Üniversitesi Florance Nihtingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(57):2-3, 2006.
- 4) Işık, G. Bir Acil Serviste Acil Hemşireliği Modeli ile Hemşirelik Süreci Uygulaması. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu. (263-269), Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1998.
- 5) Tükel, B. Acuner, A.M. Önder, Ö.R. Üzgül, A. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği), *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57(4):205-214,. 2004.
- 6) Özer, A. Çakıl, E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 5 (3): 140-143,2007.
- 7) Aytar, G. Yeşildal, N.Yatan Hasta Memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3: 10-14, 2004.
- 8) Şahin, T.K. Bakıcı, H. Bilban, S. Dinçer, Ş. Yurtçu, M. Günel, E. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Servisi'nde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması, *Genel Tıp Dergisi*. 15 (4): 137-142,2005.
- 9) Kıdak, L.B. Aksaraylı, M. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 10(3):87-122, 2008.
- 10) Emhan, A. Bez, Y. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*. 37(3): 241-247,2010.
- 11) Savaş, E. Bahar, A. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, *Gaziantep Tıp Dergisi*. 17(1):24-28, 2011.

- 12) Geçkil, E. Dündar, Ö. Şahin, T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-51, 2008.
- 13) Ovayolu, N. Bahar, A. Hemşirelik ve Kalite, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (6):104-110, 2006.
- 14) Taşlıyan, M. Gök, S. Kamu Ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2(1): 69-94, 2012.
- 15) Somunoğlu, S. Kavramsal Açından Sağlık, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 4(1): 51-62, 1999.
- 16) Kavuncubaşı, Ş. Yıldırım, S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (3. Baskı) Siyasal Basımevi. Ankara, S: 17-18, 2012.
- 17) Dölek, M. Turaba, F. Akbınar, C. Sezgin, B. Aksu, H. Solak, İ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi, *Acil Tıp Dergisi*. 5(3):122-127, 2005.
- 18) Taşlıyan, M. Akyüz, M. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 12(19):61-66, 2010.
- 19) Hayran, O. *Sağlık Ve Hastalık, Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Dergisi*. 23:82-85, 2012.
- 20) Karagözoğlu, Ş. Bir Disiplin Olarak Hemşirelik, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(1): 6-14, 2005.
- 21) Taylan, S. Alan, S. Kadioğlu, S. Hemşirelik Roller ve Özerklik, *Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi*. (3):66-74, 2012.
- 22) Avşar, G. Ögünç, A.E. Taşkın M. Burkay, Ö.F. Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreçleri Uygulamalarının Değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17(4):216-221, 2014.
- 23) Karadağ, Ş. Acil Üniteye Yönelik Hasta Memnuniyeti, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.

- 24) Erdem, N. Ergüney, S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(3): 1-9, 200).
- 25) Erdem, Y. İlhan, S.E. (Ed). Acil Bakım Hemşireliği Kurs Kitabı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008.
- 26) Şelimen, D. (Ed).Acil Bakım (3. Baskı). Yüce Yayım, İstanbul.
- 27) Sağlık Bakanlığı. (2009) Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları. Matsa Basımevi, Ankara, 2004.
- 28) Acar Y.A. Çevik, E. Uyguner, C. Çınar, O. Türkiye’de Basın Gözüyle ‘Acil Servis’: Ulusal Gazetelerdeki Acil Servis Haberlerinin İçerik Analizi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*.13(4):166-170, 2013.
- 29) Genç M. Eğri M. Pehlivan E. Kırımlıoğlu V. Yılmaz S. Acil Servise Başvuran Hastaların Bekleme Zamanları Üzerine Bir Çalışma, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 6(4):336-339, 1999.
- 30) Yiğit, Ö. Oktay, C. Bacakoğlu, G. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin Acil Servis Hizmetleri Konusundaki Memnuniyet Değerlendirme Formlarının İncelenmesi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 10(4):181-186, (2010).
- 31) Bulut, H. Acil Servislerde Hasta Ve Yakınını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 12(4):288-298, 2006.
- 32) Aydın, T. Aydın. Ş.A. Köksal, A. Özdemir, F. Kulaç, S. Bulut, M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Özelliklerinin Ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi, *Akademik Tıp Dergisi*. 9: 163-168, 2010.
- 33) Sucu, G. Cebeci, F. Karazeybek, E. Acil Servisteki Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri Ve Karşılama Durumu, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 15(5):473-481, 2009.
- 34) Yöndem, Ş. Acil Servislere Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentileri Ve Beklentilerine Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
- 35) Isır, A.B. Dülger, H.E. Yıldırım, C. Acil Hemşiresinin Görevleri İle Hukuksal Ve Etik Sorumlulukları, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 6(2):90-96, 2006.

- 36) Çelik, G.O. Kıyan, S. Tokem, Y. Yıldırım, Y. Dölek, M. Akbınar, C. Turaba, F. İzmir’de Çalışan Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 9(2):59-64, 2009.
- 37) Şelimen, D. Gürkan, A. Historical Development And Current Status of Emergency Nursing İn Turkey *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 15(5): 413-415, 2009.
- 38) <http://www.tatd.org.tr>, 23.10.2015
- 39) Gökçen, C. Zengin, S. Oktay, M.M. Alpak, G. Al, B. Yıldırım, C. Burnout Job Satisfaction And Depression İn The Persinnel Who Work İn The Emergency Department, *Anatolian Journal Of Psychiatry* 14: 122-128, 2013.
- 40) Özyayın, Z. Hemşirelikte Etik Görüşleri. Hemşirelikte Bir Öncü Perihan Velioglu (1. Baskı) İçinde (207-212). İstanbul: Prof. Dr. Perihan Velioglu Fonu Yayınları, 2001.
- 41) Yıldırım, A. Olağanüstü Durumlarda Hemşirelikte Acil Bakım Organizasyonu Ve Uygulamaları (1. Baskı) İçinde (5-13). İstanbul Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü, İstanbul, 2001.
- 42) Oktay, S. Aksoy, Y. Yürügen, B. Acil Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Florance Nihtingale Hemşirelik Yüksekokul Yayınları, 1990.
- 43) Arslan, Ç. Kelleci, M. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri Ve İlişkili Bazı Faktörler, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(1): 1-8, 2001.
- 44) Al, B. Yıldırım, C. Yarbıl, P. Kılıç, H. Kartal, Ş. Zengin, S. The Complaints Of Patients And Their Relatives About Emergency Service, *The Journal Of Academic Emergency Medicine*, 11: 141-145, 2012.
- 45) Önsüz, M.F. Topuzoğlu, A. Çebek, U.C. Ertürk, S. Yılmaz, F. Birol, S. İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri, *Marmara Medical Journal*. 21(1): 33-49, 2008.
- 46) Tengilimğlu D. Işık O. Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Sayfa 392-399, 1. Baskı, Nobel Basımevi, Ankara, 2009.
- 47) Koç, S. Büker, N. Şavkın, R. Kiter, E. Ortopedi Ve Travmatoloji Hastalarının Bağımsızlık Ve Depresyon Düzeylerinin Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi Üzerine Etkisi, *J Kartal TR*, 23 (3):130-136, 2012.

- 48) ŞiŖe, Ŗ. Hastaları HemŖirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti, *Kocatepe Tıp Dergisi*,14:69-75, 2013.
- 49) Çakıl, Ö.E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tıp AraŖtırmaları Dergisi*. 5(3): 140-143, 2007.
- 50) Kayrakçı, F. ÖzŖaker, E. Cerrahi Hastalarının HemŖirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, *Florange Nightingale HemŖirelik Dergisi*. 22(2):105-113, 2014.
- 51) Ŗahin, Z,A. Özdemir, F,K. Hastaların HemŖirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri, *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*,2:1-10, 2014.
- 52) Yılmaz, M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi HemŖirelik Yüksekokul Dergisi*, 5(2): 69-74, 2001.
- 53) Sargutan, A.E. Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8(3): 400-428, 2005.
- 54) Büber, R. BaŖer, H. Sağlık İŖletmelerinde MüŖteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama, *Sosyal Ve BeŖeri Bilimler Dergisi*. 4(1): 265-274, 2012.
- 55) Zaim, S. Tarım, M. Zaim,H. Sağlık Sektöründe Kalite ve Maliyet Analizi Kamu-Özel KarŖılaŖtırması. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları
- 56) Akbayrak, N. (1999). Kalite Ve HemŖirelik, *Atatürk Üniversitesi HemŖirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(2): 34-42, 2011.
- 57) Özevren, M. Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavramlar Ve Uygulamalar, Alfa Yayınevi, İstanbul.
- 58) Eren, E. Yönetim Ve Organizasyon ÇaędaŖ Ve Küresel YaklaŖımlar (9. Baskı). Beta Yayıncılık, İstanbul, 2009.
- 59) Mutlu, S. Akredite EdilmiŖ Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin KarŖılaŖtırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, , Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- 60) Özcan, M. Özkaynak, V. ToktaŖ, İ. Silvan Devlet Hastanesine BaŖvuran KiŖilerin Memnuniyet Düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*. 35(2): 92-101, 2008.
- 61) Tan, N.U. Cerrahi Hastalarının HemŖirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

- 62) Gürlek, Ö. Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları Ve Hemşirelerden Beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2005.
- 63) Arslan, Ç. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri İle İlişkili Bazı Faktörlerin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2009.
- 64) Bruce TA, Bowman JM, Brown ST. Factors that in fluen cepatient satisfaction in the emergency department. J Nurs Care Qual.13(2):31-37, 1998.
- 65) Çelik, P. Acil Birime Başvuran Dahili Hastalara Verilen Hemşirelik Hizmetleri Ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- 66) Pamukcu, S.C. Ameliyat Geçiren Hastaların Bakım Gereksinimlerin Ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, , Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
- 67) Cengiz, R. Aile Hekimliği Uygulaması Ve Hasta Memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı,2014.
- 68) Aragon SJ, Gesell SB. A. Patient satisfaction the oryandit srobustnessa crossgender in emergency departments: a multigroups tructurale quation modelin ginvestigation. Am J MedQual. 18(6):229-241, 2003.
- 69) Eyi, S.Ç. Ameliyat Sırasında Uygulanan Hemşirelik Bakımının Hasta Ve Hemşireler Tarafından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2012.
- 70) Aydın, H. Acil Serviste Hasta Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- 71) Toğun, İ. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2007.

72) Kaya, F. Hemşirelerin İletişim Ve Empatik Beceri Düzeyleri İle Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.

10. EKLER

Ek-1: Ölçek İzni

gölşen söylemez <soylemezgulsen@gmail.com>

5 May ☆



Alıcı: semraerdogan ▾

Merhaba Semra Hanım. Ben Gülşen Söylemez. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşireyim. Medipol Üniversitesi'nde Hemşirelikte Yönetim'de Yüksekisans yapıyorum. Prof. Dr. Aytolan Yıldırım danışmanlığında Acil servis hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi konulu bir tez çalışması yapmak niyetindeyim ve ölçek olarak da izin verirseniz sizin Prof.Dr. Semiha Akın ile beraber geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Eğer izin verirseniz orijinalini bana yollar mısınız?

Semra Erdogan <semraerdogan@hotmail.com>

5 May ☆



Alıcı: bana ▾

Sevgili Gülşen,
"Ölçeğ"i, "Kullanma rehberini" ve yayımlanan "makaleyi" gönderiyorum.
Sormak istediğin birşey varsa yazabilirsin.
Başarılar diliyorum..
Sevgiler...

Prof. Dr. Semra Erdoğan

İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Şişli/ İstanbul
Tel: iş/0212-4400000 /27024

Vaka No (kod):

TANIM FORMU

Yattığınız Servis: Dahiliye Cerrahi

Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumunuz: Evli Evli değil

Gelir düzeyiniz: Kötü Orta İyi Çok iyi

Eğitim düzeyiniz: Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite

Sağlık güvencesi: Evet Hayır

Çalışma Durumunuz:

Bu hastalık nedeniyle çalışmıyorum Başka nedenlerle çalışmıyorum Çalışıyorum

Su ana kadar hastaneye toplam kaç kez hastaneye yattınız (bu yatışınız dahil):

1 kez 2 kez 3 kez 4 kez 5 kez kez

Bu yatışınızda hastanedeki toplam kalış geceniz:

2 gece 3 gece 4 gece 5 gece 6 gece gece

Daha önce bu hastanede/serviste yattı iseniz, daha önceki hastane yatışınız ile son yatışınız sırasında hemşirelik bakımı yönünde gelişmeler var mı ?

Hayır Evet Kısmen

Öneriniz veya eklemek istediğiniz başka bir şey var mı ?

.....
.....
.....
.....
.....

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIMI MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

	<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunum</i>	<i>Oldukça Memnunum</i>	<i>Çok Memnunum</i>	<i>Fazlasıyla Memnunum</i>
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5. Hemşireleri çağırdığımız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarımıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

Ek-2: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 23/06/2015-192730



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Gülşen Söylemez'in anket
çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülşen SÖYLEMEZ'in "Acil Servis Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 18.06.2015 tarihli, 187238 sayılı yazı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca uygun görülmüştür
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgün ENVER
Dekan

EK :
5

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BE5U4EA2D

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Melek BÜYÜKZİLELİ Dahili : 22529

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul
Tel : 0212 414 30 00 Fax : 0212 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 18/06/2015-187238



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı :31887016-302.14.05-
Konu :Gülşen Söylemez'in tez çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :12.06.2015 tarih ve 179623 sayılı yazısına,

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülşen SÖYLEMEZ 'in "Acil Servis Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi " isimli tez çalışmasını Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalında yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz olunur.

e-İmzalı
Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ
Anabilim Dalı Başkanı

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BECN40H79

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Lütüfiye TOFEKÇİ (Fazilet ÖZDEMİR Vekaletiyle)

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 212 414 30 00 - 22961 Fax : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, acil tıp birimine başvuran hastalara sunulan hemşirelik hizmetleri ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu çalışmanın amacı, hastalara sunulan hizmet niteliğinin artırılmasıdır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Dolduracağınız anket bilgilerinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır ve sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmacının raporunda kullanılacaktır. Araştırmanın herhangi bir zamanında gerekçeli veya gerekçesiz olarak ayrılabilirsiniz.

Katıldığınız İçin Teşekkürler.

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 108400987-249
Konu: Etik Kurulu Kararı

11/05/2015

Sayın Gülşen SÖYLEMEZ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Acil servis hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil servis hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Gülşen SÖYLEMEZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	11.05.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.05.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 227	Tarih: 11.05.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülşen	Soyadı	Söylemez
Doğ.Yeri	Adıyaman	Doğ.Tar.	20.02.1988
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	24019042462
Email	soylemezgulsen@gmail.com	Tel	0 538 311 48 07

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2012
Lise	Adıyaman Erdemir Lisesi	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Servis Hemşiresi	İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi/Acil Tıp Anabilim Dalı	(2013-)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Ota	Orta		-

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

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı		71	

Bilgisayar Düzeyi

Program	Kullanma becerisi
Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	Orta
SPSS	Zayıf