

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERE GÖRE HASTALARIN HEMŞİRELİK
HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİ ve BEKLENTİLERİN
KARŞILANABİLİRLİĞİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
GÖZLEMLİ TEZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUKİYE AYLAZ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. METİN GENÇ

Malatya -2000

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TABLolar DİZİNİ

BÖLÜM

I-GİRİŞ ve AMAÇ	1-3
II-GENEL BİLGİLER	4-18.
1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	
2. Sağlık Hizmetlerinde Hemşireliğin Tarihçesi ve Rolü	
3. Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi	
4. Sağlıkta Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi	
5. Toplam Kalite Yönetimi ve Hemşirelik Hizmetleri	
6. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini Kavramı	
7. Hasta-Hemşire İlişkileri	
III-MATERYAL VE METOD	19-21
IV-BULGULAR	22-34
V-TARTIŞMA	35-48
VI-SONUÇ, ÖNERİLER ve ÖZET	49-52
SUMMARY	53-54
VII-KAYNAKLAR ve EKLER	55-59
ÖZGEÇMİŞ	60
TEŞEKKÜRLER	61

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo	Sayfa No
1	TÖTM'de Çalışan Hemşirelerin Servislere Göre Dağılımı	
2	Hemşirelerin Sosyo - Demografik Özelliklerinin Dağılımı	
3	Hemşirelerin Aldığı Ücretten, Vardiya Sisteminden, İş Yükünden, İşyerindeki Çalışanlarla İlişkilerden, Yönetime Katılım Hususundan Memnuniyet Durumlarının Dağılımı	
4	Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.	
5	Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerini Dağılımı	
6	Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamalarını Değerlendirme Durumuna Göre Dağılımı	
7	Hemşirelerin Hastalardan Beklentilerinin Karşılama Düzeylerine Göre Dağılımı.	
8	Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerin Karşılama Düzeyi Arasındaki İlişki.	
9	Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri ile Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamalarını Değerlendirmelerinin İlişkisi.	
10	TÖTM'de Çalışma Statülerine göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.	
11	TÖTM'de Yaş Ortalamasına Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması	
12	TÖTM'de Memuriyet Süresine Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması	
13	TÖTM'de Medeni Durumuna Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.	
14	TÖTM'de Eğitim Düzeylerine Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Karşılaştırılması.	

BÖLÜM I

GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık hizmetleri, hizmet sektöründe yer alan ve kendine özgü yanları ile diğerlerinden ayrı ele alınması gereken bir sektördür.

Sağlık hizmetlerine talebin artması ve buna karşın kaynakların azalması, ülkeleri bu artan talebi etkili bir şekilde karşılamak üzere sistemlerini geliştirmeye yönlendirmektedir. Bu ilke, karışık ya da tek başına serbest pazar ekonomisine sahip ülkelerin bir çok sağlık hizmeti için geçerlidir. Bu kısaca, sağlık kuruluşlarının kalite konularına önem vermesi gerektiği anlamına gelmektedir. Herkesin ulaşılabilir, en iyi sağlık seviyesine sahip olma hakkı vardır. Bu da mevcut ekonomik kaynaklar elverdiği ölçüde hizmet kalitesinin sürekli iyileştirmesini gerektirir (1).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi söz konusu olduğunda, hasta memnuniyeti temel basamaklardan birini oluşturmaktadır. Memnuniyet, çeşitli durumlara ve faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Memnuniyetin ölçümü ve memnuniyet seviyesini belirleyen faktörlerin belirlenmesi; durum saptanması, önceliklerin belirlenmesi ve planların yapılabilmesi açısından bilimsel bir doğrudur. Bu tür araştırmalar hizmet alanların beklentilerini daha iyi karşılayabilecek sağlık sistemlerini oluşturmada yardımcı olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin üretimi, birbirinden farklı özelliklere sahip, farklı beklentileri bulunan ve profesyonelleşmiş grupların uyumlu çalışmalarıyla gerçekleştirilir. Hizmet üretiminde kalite ve verimlilik hedeflerinin ya da genel olarak örgütsel performansı gerçekleştirmek için iş gören grupların eylem sonuçları üzerinde odaklaşmanın yararlı olacağı söylenebilir.

İyi bir tıbbi bakım tüm hastaların hakkı olmakla birlikte, bu hizmeti veren hemşirelerin de temel sorumluluğudur. Hemşirelik hizmetlerinin kalitesine yönelik ilgi, Florence Nightingale'in çalışmalarına dayanmaktadır. Son otuz yılda, hemşirelik bakımı standartları ve kalite güvencesi konusu büyük önem kazanmıştır. Klinik hemşire, kaliteyi sağlamanın önemini anlamak, standartları belirlemek ve kendi hizmetlerini gerçekçi biçimde izlemek, değerlendirmek ve başkalarına hemşirelik hizmetlerini düzenleme olanağı tanımak durumundadır. Birinci seçeneği benimseyen hemşireler, kalite ve ilgili kavramları, ölçüm tekniklerini anlamak zorundadır.

Yataklı tedavi kurumlarında hastalara verilen bakımın etkinliği hakkındaki eleştiriler çok yaygındır. Yetiřkin hastalar ve onlara bakım veren profesyonel hemşireler, “hangi hemşirelik faaliyetlerinin daha önemli olduğu” hakkında farklı dűřünebilirler. Hastanın, sağlığı için neyin önemli olduğu hakkındaki gűrűřű, kendi sağlığına karşı davranışını etkiler. Elbette hemşirelerin faaliyetleri de bűyűk ölçűde hemşirelik bilgisine dayalı olarak hastanın ihtiyaçlarını anlama yeteneği ile belirlenir. Hastanın bakımında başarılı olabilmek için, bakım planında, hemşirenin hastaya yönelik amaçları ile hastanın amaçları bağdaşabilmelidir.

Bazı hemřirelik gűrevleri, yardımcı ve diđer sađlık personeli tarafından yapılıyorsa da, bu gűrevlerin yűnlendirilmesinden ve gűrevlerin tamamlanmasından profesyonel hemřireler sorumludur. Bu nedenle, hemřirenin hangi hemřirelik faaliyetlerinin daha önemli olduđu hakkındaki yargısı önemlidir.

Klinik hemřirelerinin sűrtűşmeleri, karřılařtıkları gűçlűkler ve hastaların hemřirelik bakımından doyumсуuzluđunun bir bűlűmű, bűyűk olasılıkla, neyin önemli olduđu hakkındaki gűrűřlerin farklılıđından dođmaktadır.

Tűm hemřirelik bakım faaliyetlerinin, bűtűn hastalar için, her zaman, eřit derecede önemli olmadığı kanısı vardır. Bu nedenle, hasta ve hemřire, özel bir durum ve özel bir zaman kesitinde ele alınmadıkça, bir hemřirelik faaliyetinin önemi ile ilgili isabetli bir yargıya varılamaz.

Hemřireliđin temel iřlevi sađlam bireyin sađlıđını sűrdűrmesi, hastanın yeniden sađlıđına kavuřması için gerekli bilgi istek ve gűce kavuřmasına yönelik etkinlikleri içerir. Bunları gerçekteřtirmek için bakım hizmeti sunar.

Hemřirelik, toplumun her kesiminde kişinin, bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında hemşirelik bakım planı yapan, bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir sűreçtir.

Geliřen toplumda sađlık hizmetleri beklentilerinde, dolayısı ile hemřirelik hizmetlerinde geliřme ve deđiřmeler sűz konusudur. Bunlardan birisi de geleneksel hemřirelik fonksiyonlarından olan “iř ve tedavi merkezli bakım” yerine hasta ve sađlıklı bireye, aile ve topluma bakım verilmesi yűnűndeki geliřmedir.

Hemřirelik hizmetlerindeki kalitenin artması, hastane hizmetlerindeki kalitenin artmasına yardımcı olan unsurlardan biridir. Kalitenin arttırılmasında, hasta beklentileri de gűz önűne alınması gereken önemli bir adımdır.

Turgut Őzal Tıp Merkezi (T.ŐT.M), bűlgenin en modern hastanesi olması nedeniyle yurdun çeřitli bűlgelerinden gelen insanlara hizmet vermektedir. İnönű Üniversitesi Turgut Őzal Tıp Merkezi Arařtırma ve Uygulama Hastanesi'nin henűz yakın bir geçmiři vardır.

Halkın Üniversite hastanesi hizmetleri ile yeni karşılaşıyor olması, memnuniyet çalışmalarına olanak sağlayan nedenlerdendir.

Bu çalışma, T.Ö.T.M'de çalışan hemşirelere göre, hastaların beklentilerini saptamak ve bu beklentilerinin ne düzeyde karşılandığını tesbit ederek, mevcut hizmeti iyileştirmek ve bütüncül hemşirelik bakımıyla ilgili sorunlara çözüm bulmak amacıyla yapılmıştır.



BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri (health services); İngilizce'de, kamu sağlık örgütlerinin çalışması anlamında kullanılırken, dilimizde genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamında kullanılır (2).

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır:

1-Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer.

Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır:

a) Primer Koruma:

Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

b) Sekonder Koruma:

Sağlığın bozulma olasılığı karşısında kişisel ve toplumsal düzeyde erken tanı ve tedavi önlemlerinin alınması.

c) Tersiyer Koruma:

Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri başka bir sınıflamayla iki grupta incelenmektedir:

Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler

- Bağışıklama
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım

- Yeterli ve dengeli beslenme
- Aşırı doğurganlığın kontrolü
- Sağlık eğitimi

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler

- Besin kontrolü ve güvenliği
- Yeterli ve temiz su sağlanması
- Hava kirliliğinin kontrolü
- Atıkların kontrolü
- Konut sağlığı
- İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü

2-Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır.

a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana –Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı örnekleridir.

b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:

Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıklar hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

3- Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir.

Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir:

a) Tıbbi Rehabilitasyon:

Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozuklukların düzeltilmesi, ekstremite protezlerin kullanılması, işitme, görme, vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir.

b) Sosyal Rehabilitasyon:

Sakat ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar (2).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hemşireliğin Tarihçesi ve Rolü

Hemşirelik ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda da iyileştirmek amacıyla yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (3).

Kum'a göre hemşirelik; sağlık sisteminin bütünleyici bir parçası olarak, sağlığın yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi ile bütün toplumsal ortamlarda ve bakım kurumlarında her yaşta fiziksel ve mental hasta ve engellilerin bakımı hizmetlerini planlama, örgütleme, uygulama ve değerlendirmekten sorumlu bilim ve sanattan oluşan disiplindir(4).

Hemşirenin görev alanları koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, eğitim ve yönetim hizmetlerini kapsar.

1-Koruyucu Sağlık Hizmetleri İle İlgili İşlevler :

Hemşireler; ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde, dispanser hizmetlerinde, endüstri ve iş sağlığı hizmetlerinde, okul sağlığı hizmetlerinde sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitim hizmetlerinde görev alabilirler. Hemşireler koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili bu işlevlerin yürütülmesinden sorumlu olmalarına karşın; ülkemizde toplum tarafından daha çok yataklı tedavi kurumlarındaki hizmetleriyle bilinirler.

2- Eğitim Hizmetleriyle İlgili İşlevler:

Hemşire; birey, aile ve topluma sağlık eğitimi yapmaktan sorumludur.

3- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri İle İlgili İşlevler:

Bu hizmetler ülkemizde hemşirenin yaygın olarak bilinen hizmetidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında hemşirelik hizmetleri "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"ne göre yürütülmektedir (5).

Hemşireliğin bugünkü durumunu daha iyi kavrayabilmek için tarihsel gelişimini iyi bilmek gerekir. Böylece mesleğin sosyal, mesleki, ekonomik ve politik konumu daha iyi anlaşılır; meslek üyelerinin rolleri ve işlevleri daha belirgin olarak ortaya çıkar(6).

Hemşireliğin tarihi, kadının sağaltıcı (şifa verici) rolü ile başlar. Yazılı tarihin

başladığı günden beri kadınların bu görevi yaptıkları bilinmektedir. Bu nedenle hemşireliğin günümüzde de bir kadın mesleği olması tesadüf değildir. Ortaçağ Avrupa'sında sağlık hizmetleri büyük ölçüde İsa Peygamberin felsefesinin etkisinde kalmıştır. İsa'nın doğduğu yıllarda yer yüzünde kölelik yaygınlaşmış; korku, dehşet ve işkence ortama egemen olmuştur. İsa yoksul ve hasta kimselere kısa ömrü boyunca yardımcı olarak, kendisini izleyenlere örnek olmuştur. Ortaçağda hemşirelik hizmetleri oldukça basit bir biçimde uygulanıyordu. Ancak o dönemde hemşirelik gücü devletlerin de üstünde olan katolik kilisesinin bünyesinde ve koruması altındaydı. Hemşirelik hizmetini verenler arasında rahibeler de bulunuyordu ve kadınlar çoğunlukta idi. Hemşireler hasta bakımının yanında hastaların ruhsal gereksinimleri ve dini inançları açısından da yardımcı olmaktaydılar. Özellikle yaşlı hemşirelerin zamanlarının çoğunu bu görevler alırdı. Bu kimselerin bir kısmı hala azize ve aziz sıfatlarıyla anılmaktadır.

Modern hemşirelik tarihi, Florence Nightingale ile başlar denilebilir. O'nun zamanına kadar hemşirelik, toplumun kötü gözle baktığı ve hizmetçilik olarak algılanan bir işti. Ancak 18. yüzyılın sonlarında, çeşitli Avrupa ülkelerinde modern hemşireliğin uluslar arası başlangıcı olarak nitelendirilen olumlu çalışmalar başlatılmış bulunmaktaydı. Nightingale'in rahibe hemşirelerin yürüttükleri çalışmalardan yararlandığı ve esinlendiğini unutmamak gerekir(7).

19.yy'ın ortalarında, meşhur sosyal reformcu ve yardımsever Florance Nightingale, hemşireliğin bağımsız bir meslek olarak kurulması gerektiğini öne sürdü. Bu enerjik ve icracı kadın, günümüz hemşirelik sürecinin ilke ve uygulamalarını tanımladı. O'nun sistemli çalışmasındaki etkinlik Kırım Savaşında önemli bir rol oynadı. Nightingale'in yararlı çalışmalarına bağlı olarak, Kırım Savaşından sonra hemşirelik bir meslek olarak algılanmaya başlandı(7).

Amerikan İç Savaşı esnasında bilgili kadın hemşirelerin gerekliliği görüldü ve savaştan sonra hemşirelik okulları yayılmaya başladı. Bu süreçte hemşireler hastalarının evlerinde çalıştılar. Birinci Dünya Savaşı boyunca savaş alanında yaralanan ve hastanelerde yatan askerler için hemşirelere ihtiyaç duyuldu. Askeri Hastaneler ve Kızılhaç hastaneleri, hemşirelik okulundan mezun olanlar için ilk organizasyonlardı(8).

Ekonomik kriz esnasında, hemşireler hastaların evlerinin yerine bir hastane personeli olarak hizmet vererek ekonomik olarak kendilerini güvenliğe almak istediler. Teknoloji ilerleyip, tedavi tarzı daha karmaşık bir durum aldığına, hastaneler, evlere nazaran bakım için daha uygun mekan olarak ortaya çıktılar(8).

Hemşireliğin işlevleri; bağımlı, bağımsız ve karşılıklı ilişki içinde olan kısımlar olarak sınıflandırılabilir. Bağımlı işlevler doktorlar tarafından verilen direktiflerdir. Örneğin tedavinin yönlendirilmesi veya IV ilaç verilmesi gibi. Karşılıklı ilişki içinde olunan işlevler ise diğer sağlık personeli ile beraber yapılan işlerdir. Örneğin fizyoterapistin kararıyla verilecek bazı hareketleri içeren egzersizlerin hastaya yaptırılması gibi. Vital bulguların ölçülmesi, cildi korumak amacıyla alınan önlemler ve sosyal danışma hizmetleri gibi(8).

Yukarıda belirtilen süreç, hemşireliğin bağımsız olarak gerçekleştirdiği görevin kuramsal bir çatısıdır. Hemşirelik; bilişsel, teknik ve kişiler arası ilişki becerileri ile hasta ve ailelerin gereksinimlerine yönelen dikkatli bir sorun çözme yaklaşımıdır.

Hemşirelik süreci şu basamakları içerir:

1-Bilgi Toplama: Bu adımı hastanın gereksinim ve sorunlarını anlamaya dayanan sistemik bilgi toplama oluşturur.

2- Teşhis: Hemşirelik teşhisi hastanın gereksinim ve sorunlarına bakılarak konur. Hemşirenin teşhisi hastanın problemi ile ilgilenmede verimliliği sağlar.

3- Planlama: Plan, yapılması gerekenlerin sistematik biçimde sıraya konulmasını içerir.

4- Uygulama: Hemşirelik uygulaması ve yakınlarının da yardımı ile hasta, olumlu bir sonuca ulaşır.

5- Değerlendirme: Hastanın istenilen sonuca ulaşıp ulaşmadığı hastanın kendisi veya hemşire tarafından tesbit edilir(8).

2.3. Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi

Türk Standartlar Enstitüsü (TSE)'nin tanımıyla kalite; bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamıdır(9).

Kalite kavramını; Juran "kullanıma uygunluk" Crosby: "Koşullara uygunluk", Deming: "herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam tatmin eden en ucuz değer", Taguchi:: "Ürünün sevkiyatından itibaren üründen dolayı topluma yansıyan en az kayıptır" biçiminde tanımlamaktadırlar.

Amerika Kalite Kontrol Derneği-ASOC'ye göre: "Kalite bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerinin tümüdür"(10).

Kalite müşterinin tatminidir. Ürün ve hizmetin ne kadar iyi olduğu konusunda son kararın verdiği memnunluktur(11).

Kalite esnekliktir. Talepleri karşılamak için gerekli eğitimden geçen, gereksinim duyduğu araç- gereç ve talimatlarla desteklenen personelden elde edilir.

Kalite etkili olmaktır, işleri çabuk ve doğru yapmaktır;

Kalite bir süreçtir, süregelen bir gelişmeyi kapsar;

Kalite, kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır;

Kalite planlara, spesifikasyonlara ve prosedürlere uygunluktur (12).

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı gibi kalite mutlak anlamda "en iyi" demek değildir. Çok boyutluluğu, kaliteyi bir bileşim olarak ortaya çıkarmaktadır (13).

Kalite, bir ürün ya da hizmet hakkında müşteri ya da kullanıcıların bir yargısıdır.

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) bir yönetim stratejisidir. TKY kavramı 1980'lerde ortaya çıkmıştır. TKY, toplam kalite kontrolü, kalite yönetimi, kalitenin sürekli iyileştirilmesi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. TKY, "müşteri beklentileri ve gereksinimlerini karşılamak üzere bir örgütün tüm üyelerinin sürekli çabası" olarak tanımlanır (14).

Toplam Kalite Yönetimi felsefesi, kuruluştaki tüm çalışanların katılımı ile personel ve müşteri memnuniyetini sağlayarak, verilen hizmetin sürekli geliştirilmesini amaçlar.

Toplam Kalite Yönetimi olgusu, kalite kontrol uzmanları olan Dr.W Edwards Deming ve Dr. Joseph M.Juran'nın İkinci Dünya Savaşından sora Japon tüketim mallarının kalitesini iyileştirme çalışmaları ile geliştirilmiştir. Endüstri devriminin getirdiği, bir ürünü oluşturan parçaların, özel deneyim kazanmış grupların çalışmaları ile verim ve kaliteyi artıracak yaklaşımı, değerini yitirmeye başlamıştır. Verim, kalite ve düşük maliyet üçlüsünü bir araya

getirebileceğinin savunan Toplam Kalite Yönetimi düşünüşü zamanımızda güç kazanmıştır(15).

Ticari sınırların ortadan kalktığı ve rekabetin yoğunlaştığı günümüzde, işletmeler hayatta kalabilmek için çalışmalarını müşteri tatmini konusuna odaklamaktadırlar. İşletmeler ancak müşterinin istediği kalitede mal ve hizmeti daha ucuza ve daha kısa sürede karşılayabildikleri ölçüde, bu yoğun rekabet ortamında ayakta kalabileceklerini görmüşlerdir. Müşteri tatmini gerçekleştirmek, yani istediği mal ve hizmeti daha ucuza ve daha kısa sürede sağlayabilme gereği yepyeni bir yönetim anlayışının, TKY anlayışının ortaya çıkmasına neden olmuştur(16).

Kaliteyi artırarak rekabet gücünü geliştirmenin çağdaş yönetim biçimi TKY'dir. Doğru üretimi, ilk defasında yapmayı ve bunu her defasında tekrarlamayı hedefleyen TKY; örgütün bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, esnekliğe ulaşmasını ve rekabet gücünü arttırmayı amaçlayan bir yöntemdir. TKY sadece bir kalite kavramı değildir; bunun çok ötesinde bir yönetim yaklaşımı, bir düşünce ve bir yaşam tarzıdır(17).

TKY, zamanında ve daima diğer şeylerin doğru yapılması ve müşteri doyumunu geliştirme çabalarıdır(17).

TKY sadece endüstride değil, son yıllarda sağlık bakım endüstrisinde de en ümit verici yeniliklerden biri olarak görülmektedir. Bu yönetim felsefesi, kaliteli mal ve hizmet sunumunda tüketiciyi ön plana çıkarmıştır. Ancak sağlık sektöründeki tüketicinin (hastaların) özelliklerinden ve hizmetin doğasından dolayı, sadece hasta beklenti ve gereksinimlerini kriter olarak alınması kaliteli hizmet sunma amacını gerçekleştirmeye yetmeyecektir(18).

TKY bir örgütteki herkesi ve her olayı içerir. "Toplam" denilmesinin nedeni kurumdaki herkesi kapsamasıdır, tüm çalışanları ve tüm bölümleri içine alır(18).

TKY uygulamalarında istatistiksel kalite kontrol yöntemleri, sorun çıkmasına engel olma (sıfır hata) amacına yönelik olarak kullanılmaktadır. TKY dikey yerine yatay yönetimi esas alan ve her kurumun kendi yapısı ve olanakları doğrultusunda standartlarını belirlemesini gerektiren bir sistemdir(18).

TKY devamlı iyileştirme çalışmalarını gerektiren, sorunların süreç içinde ortaya çıkış nedenlerini araştıran ve hatasız hizmet sunumunu amaç edinen dinamik bir yaklaşımdır(18).

TKY'nin Temel Özellikleri:

- İnsana saygı esastır.
- Müşterinin tam ve sürekli tatmini ilk hedeftir.
- İşletmenin politikasına kalite kavramı yön vermelidir.
- Kalite bilinci yaygınlaştırılmalı ve çalışanların tamamı bu bilinçle her alanda kaliteyi artırmaya çalışmalıdır.
- Herkesin işini zamanında, ilk seferinde doğru yapması esastır.
- Sürekli gelişme anlayışı esas olmalı, ürünün kontrolü değil önem taşımalıdır.
- Yöneticiler dahil bütün çalışanların katılacağı sürekli bir eğitim programı uygulanmalıdır.
- Her kademede grup çalışması yapılmalıdır.
- Her kademede katılımcı yönetim uygulanmalıdır(19).

2.4. Sağlıkta Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi

Kalite kavramı, "müşteri istek ve beklentilerin karşılanması" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, hizmetten yararlananların hizmet beklenti ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır. Böylece beklentileri karşılanan hastalar, tatmin olmakta ve sonuç olarak, tatmin olan hastaya verilen hizmetin kaliteli olduğu yargısına ulaşılmaktadır. Bu yaklaşımın, büyük ölçüde kabul görmesine karşın, tıbbi bakımın bilimsel ve teknik yönünü göz ardı ettiği söylenebilir. Hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere (örneğin beslenme, otelcilik hizmetleri) oranla hemen hemen yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi (temizlik, gürültü, bürokrasi) ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir.

Örneğin Esatoğlu (1997) tarafında yapılan bir çalışmada, hekim davranışı ve faktörleri, hasta tatmininde en önemli iki faktör olarak belirlenmiştir. Ayrıca hastaların beklentileri çok az ise ve hastaların düşük olan beklentileri karşılanmışsa, verilen hizmetin kaliteli olduğu sonucunu çıkartmak da hatalı olabilir.

Tıbbi bakımın kalitesi, nesnel olarak, verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak ölçülebilir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır. Ancak; hizmetten yararlanan kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini gözardı eden bir hizmet sunumu, ne

kadar bilimsel olursa olsun, kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalmaktadır. Tıbbi bakımın bu anlamda sosyal açıdan da yeterli olması gereklidir(20).

Roemer ve Montoya-Aguilar; sağlık hizmetlerinde kaliteyi “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi”olarak tanımlanmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için; kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında, gerek hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir(21).

Kalite güvencesi bir hastanede seçilmiş bir gurubu ya da bölümü (örneğin sadece hastanenin polikliniklerinin veya kadın-doğum polikliniğindeki aile planlaması hizmetlerini) kapsarken toplam kalite yönetimi hastanenin tümünü (örneğin sağlık hizmetleri sunumu sistemi veya otelcilik hizmetleri) kapsamaktadır(22).

Kaliteli sağlık bakımı,” bakım sürecinin istenen çıktıları artırıp, istenmeyenleri azaltma derecesi” olarak tanımlanmıştır

Kaliteli sağlık bakımına ilgi, hastaların bilinçlenmesi ve taleplerinin çoğalması gibi nedenlerle artmaktadır. Bir çok ülkede kalite güvenliği programları geliştirilmiştir. Bu programlar bakımı dikkatle tanılama ve değerlendirme, belirlenen sorunları düzeltme yoluyla hasta bakımı sunumunu iyileştirmek üzere düzenlenmiştir. Bir kalite güvenliği programının beş ana bileşeni vardır Bunlar :

- 1-Standartları saptamak;
- 2-Bu standartları mevcut uygulama ile karşılaştırmak,
- 3-Bu karşılaştırmaları yorumlayıp analiz etmek,
- 4-Uygulamayı değiştirecek eylemi seçmek ve yürütmek,
- 5-Bu eylemin etkililiğini değerlendirmek(23).

Sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimi, günümüzde, ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleye önemli göstergeler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmeti veren kuruluşlarca, modern işletmeciliğin organizasyon, planlama, yürütme ve kontrol ilkeleri doğrultusunda çalışmasının sağlanması, kalite yönetiminin sistematik olarak gerçekleştirilmesi ile kalite güvencesinin ve özellikle TKY'nin hizmetin üretiminde ve sunumunda esas alınması gerekir(24).

TKY'de hizmetler ile hastaların katılımcılığını sağlayan bir yönetim sürecinde, en üst düzeyde kalite, verimlilik, etkinlik, esenlik ve hasta tatmini amaçlanır. Böylece TKY bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin, yaygın , eşit, erişilebilir ve etkili bir biçimde sunulmasına olanak sağlayabilecektir(25).

2.5. Toplam Kalite Yönetimi ve Hemşirelik Hizmetleri

Hemşirelik hizmetlerinde TKY çalışmalarının ilk basamağı standart geliştirmedir. Standart, “mevcut uygulamaya karşı, ona kıyasla istendik ve başarılabılır düzeyde bir performans” olarak tanımlanmaktadır(23).

Erefe, ICN kriterlerine atıfta bulunarak, standartların amacının, hizmetlerin kalitesini, “toplumu korumak üzere yetkin ve ulaşılabilir hemşirelik bakımını güvenceye alarak tesis etmek” olarak belirtmektedir. Standartlar, hizmetin niteliğini planlama, yürütme ve tanılama karşısında bir yargılama noktası sağlar. Nitelik ve niceliğin otorize ölçütleri olarak standartlar, toplum için ve onun kaynakları dahilinde oluşturularak toplumun gereksinimlerini karşılamalıdır(23).

Kaliteli bakım:

- 1-Mümkün olan en kısa zamanda sağlık düzeyinde büyük gelişme sağlar;
- 2-Hastalıkların önlenmesinde erken tanı ve tedaviyi temel alır;
- 3-Hizmetin zamanında sağlanmasına ve gereksiz ertelemelerin önlenmesine neden olur;
- 4-Hizmet sürecinde yer alan kararlara hastanın görüş ve katılımını sağlar;
- 5-Kabul edilebilir bilimsel ve teknolojik gelişmelere, kaynakların etkili ve yeterli kullanımına temellenir;
- 6-Hastaların ve ailelerinin, iyileşme sürecinden kaynaklanan anksiyete ve streslerinin farkına varmalarının sağlar(26).

Standardize edilmiş hemşirelik hizmeti sunulmasının, hem hizmeti alan bireylere, hem de hemşirelik mesleğine faydaları vardır.

a) Hizmeti alan birey yönünden faydaları:

- 1-Bireyin, aldığı hizmetin kalitesi yönünden endişe yaşamasını engeller;
- 2- Bireye, aldığı hizmeti diğer hizmetlerle karşılaştırma ve tercih yapma kolaylığı sağlar;
- 3- Standartlar hizmeti isteme –alma konusunda bireye kolaylık sağlar;
- 4- Zaman, para, insan gücü vb. yönünden kayıplar önlendiği için birey daha ucuza hizmet alır;
- 5- Fiyat ve kalite yönünden aldanmaları önler

b) Hemşireler yönünden faydaları:

- 1-Hemşirelik uygulamalarının nerede olursa olsun ya da kim tarafından yapılırsa yapılsın, standart olması sağlanarak mesleğin statüsünü ve prestijini artırır;
- 2-Hemşirelik hizmeti için gerekli araç- gereç ve binanın standart olmasını sağlar;
- 3-Hemşirelik bakımının hedeflerini belirleyerek profesyonel hemşireliğe açıklık getirir;
- 4-Hemşirelik hizmetlerinin ölçüm ve değerlendirmesini kolaylaştırır;
- 5-Yetkililere hizmet için gerekli malzemelerin listesini sağlar;
- 6-Meslek üyelerini profesyonel yönden gelişim ve özdenetim için yönlendirir;
- 7-Profesyonel hemşirenin rolünü tam olarak tanımlar

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini Kavramı

En genel tanımı ile müşteri, ikili bir ilişkide etkileşim içinde bulunan ve sorumlu olunan ikinci ve üçüncü şahıslardır. Başka bir ifadeyle, hayatımız boyunca etkileşim içinde olduğumuz, tutum ve davranışlarımızdan etkilenen ikinci ve üçüncü şahıslar bizim müşterimizdir.

Hasta tatmini= Beklentiler- Elde Edilenler (Clemenhagen,1994).

Hasta tatmini; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlar, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo- kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, alışkanlıklarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur(27).

Sağlık bakımında hasta tatmini; alınan bakımın kalitesi, ile ilgili beklentiler ve algılamalar yanında tıbbi bakım sistemine karşı önceden belirlenmiş davranışlarla ilgilidir.

Müşteriyi sadece “ürettiğimiz mal veya hizmeti satın alan kişiler” olarak tanımlama gerçekte yetersiz kalmaktadır. Ürettiğimiz mal ve hizmetlerden haberi olan, potansiyel olarak o mal ve hizmetlere ulaşabilecek ve tüketebilecek tüm bireyler, müşteridir(27)

Müşteri kavramı, TKY literatüründe “iç müşteri” ve dış müşteri” diye iki başlıkta incelenmektedir.

İç Müşteri: Mesleki çalışmalarımızı yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır.

Dış Müşteri: Mesleki çalışmalarımız sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır.

Hasta kimdir?

Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu

hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür(27).

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik ve üç temel sosyo-kültürel ögenin müşteri memnuniyetini etkilediği görülmektedir.

Psikolojik öğeler;

- Kişilik,
- Algılama,
- Motivasyon,
- Tutum,
- Yenilikçilik düzeyi

Sosyo-kültürel öğeler ise

- Sosyal sınıf,
- Kültür,
- Aile ilişkileri

olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda müşteri bir hasta olabileceği gibi, hastanın yakınları, sağlık sigortası kuruluşları, sağlık kurumuna dışardan hizmet sunan doktorlar ve benzeri kişi veya birimlerdir.

Tatmin; tüketicinin üründen beklediği gerçek performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan üründen gerçek performansı arasındaki farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Eğer hizmetin tüketimiyle ortaya çıkan performans mevcut beklentileri en azından karşılıyor ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşın, beklentilerin altında kalıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir. Tüketicilerin tatmini ve şikayet davranışı konusunda yapılmış bir araştırmada, tüketici beklentileri, tatmin düzeyini etkileyen faktörler içinde en önemli faktör olarak bulunmuştur(28).

Tatmin, beklentilerin bir fonksiyonu olduğuna göre, beklentilerin nasıl oluştuğu da önem kazanmaktadır. Beklentiler, aynı ya da benzer durumlardaki geçmiş deneyimlere bağlı olarak oluşmaktadır. Beklentiler zaman içinde değiştikçe duyulan tatmin düzeyi de değişmektedir. Buna bağlı olarak geçmişte yeterli olarak algılanan bir hizmet daha sonra yetersiz olarak düşünülebilir. Burada göz önünde bulundurulması gereken bir konu; hizmet sunan örgütün performansının sadece tatmini etkilemekle kalmayacağı, aynı zamanda yeni beklentiler de yaratacağıdır. Bunlar da gelecekteki tatmin düzeyini etkileyecektir.

Hasta tatminsizliği hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanabileceği gibi, genel refah düzeyine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Refah düzeyi arttıka, diğer konularda olduğu gibi sunulan sağlık hizmetlerinden hastaların beklentileri de değişecektir(29).

Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

- 1- Hastanın karar verme sürecine katılımı,
- 2- Hastanın, tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi,
- 3- Aile bireylerinin desteğinin sağlanması,
- 4- Hasta ve profesyoneller arasındaki haberleşme- iletişim,
- 5- Emosyonel destek,
- 6- Fiziki gereksinimlere zamanında cevap verme (banyo gibi),
- 7- Çabuk ve uygun ağrıyı dindirme,
- 8- Yeterli finansal bilgi ve tavsiyeler,
- 9- Pre-op, post-op dönemlerde operasyon hakkındaki açıklamalar,
- 10- Çıkış ve çıkış sonrası için bakıma hazırlama (30).

HASTA TATMİNİNDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN YERİ VE ÖNEMİ

Müşteri tatmini, müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak tanımlanabilir. Tatmin ile ilgili literatürde tüketicilerin beklenti ve algılamaları, sunulan hizmetten tatmin olup olunmamasında en önemli belirleyiciler olarak yer almaktadır. Örneğin, hastane hizmetlerinde, hasta belirli bir takım beklentilerle hastaneye gelmekte, hastanede karşılaştığı mevcut durumla (algılamaları) beklentilerini karşılaştırmakta, bu karşılaştırma sonucu tatmin veya tatminsizlik ortaya çıkmaktadır. Nitekim, Hasta Algılamaları (HA) > Hasta Beklentileri (HB) ise, hastanede hasta beklentilerinin üzerinde hizmet sunulduğu ve hasta tatmininin tam olarak sağlanmış olduğu söylenebilir. HA=HB ise hastanın algılamaları beklentileri düzeyindedir. Bu durumda da hasta tatmini gerçekeşmiştir. HA<HB ise, hastaya beklentilerinin altında hizmet sunulduğu ve bu durumda hastanın verilen hizmetten tatmin olmadığı şeklinde değerlendirilebilir(31).

Hemşirelikte kalite; “hemşirelik hizmetlerinin birey, aile ve toplumun gereksinmelerini karşılayabilme derecesi” olarak tanımlanabilir.

Kişilerin; toplum içindeki yerleri, sağlık durumları, yaşları gibi çeşitli faktörlerin etkisiyle sağlık hizmetlerinden farklı beklentileri vardır. Bu nedenle, hemşirelik hizmeti alan kişilerin isteklerinin çok iyi bir şekilde saptanması ve isteğe en uygun olan hemşirelik hizmetlerini gerçeek anlamda verilebilmesi için, kişilerin istekleri ile hizmet özellikleri arasında en iyi uyumu sağlayacak ortak noktayı, yani kaliteyi saptamak gerekir(32).

Sağlık hizmetlerinin müşterileri olan hastalar, verilen sağlık hizmetinde tıbbi müdahale söz konusu olduğunda bu hizmeti veren doktorları, hastane veya bakım evleri söz konusu olduğunda da hemşireleri, fizyoterapistleri düşünmektedir. Başka bir ifade ile, hastanın değerlendirmesinde, söz konusu hizmetten çok, hizmeti veren kişiler önemli rol oynamaktadır(33).

Sağlık hizmetlerinde personel, teknik olanaklar ve fiziksel ortam hasta tatminini etkileyen önemli unsurlardır. Hasta tatminini sağlamak, önemli ölçüde bu unsurların hastanın beklentilerine uygun olmasına bağlıdır. Hemşire sağlık ekibi içinde diğer sağlık personeline oranla hasta tatminini sağlanmasında daha önemli bir role sahiptir. Çünkü hasta ile hemşire arasındaki ilişki, diğer sağlık personeline göre, daha uzun süreli ve doğaldır.

Bilim ve teknolojideki gelişmeler sağlık hizmetlerini büyük ölçüde etkilemiştir. Tıbbi teknoloji, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve maliyetini etkilemektedir. Kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması, bireylerin gelişmelerden çabuk haberdar olması, uluslar arası bilimsel toplantıların sık düzenlenmesi, karşılaştırma (benchmarking) yoluyla memnuniyetin ele alınması sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Tüm bunlara karşın, bireyler ne istemeleri gerektiğinin farkında olmayabilirler. Bu nedenle bireylerin kaliteli standart sağlık hizmetlerini talep edecek şekilde bilgilendirmeleri kaçınılmazdır. “Sağlıklı yaşama hakkı” temel insan haklarından biridir.

Bireylerin hastalanması;

-Ailevi ve sosyal yaşamının bozulmasına,

-İş ortamında iş günü kayıplarına

-Kendisinin holistik dengesinin bozulmasına neden olmaktadır.

2.7.Hasta-Hemşire İlişkileri

Hemşire ister tedavi edici, ister koruyucu hizmet alanında çalışsın, bireylerle doğrudan etkileşime girmektedir. Görevinin temel amacı olan “hasta veya sağlıklı bireye yardım etmek ve ona destek olmak”işlevini yerine getirebilmesi için, hizmet verdiği bireylerle “olumlu”, “güvence verici” nitelikte, yakın ilişkiler kurmasına gerek vardır. Bu yönüyle hemşirelik, kişilerarası bir etkileşim sürecidir.

Hastayla veya sağlıklı bireylerle kurulan ilişki ve etkileşim, yardım edici (terapötik) anlamda bir ilişkidir ve hemşirenin bireye ulaşma ve yardım işlevini yerine getirirken yararlandığı en önemli araçtır. Matheney ve Topalis, hastayla kurulan ilişkinin ağrı tedavisinde morfin kullanılması kadar önemli olduğunu belirtirler. Lewis, hastayla etkileşime girmediğimiz sürece, sahip olduğumuz tıbbi ve bilimsel bilginin bir değeri olmadığını söyler

ve ekler; ”hasta- hemşire ilişkilerinde yaşanan sorunların çoğu, hastayı anlama yeteneğimizdeki yetersizlikten ve iletişim sürecindeki sorumluluğumuzu tanıyamayışımızdan kaynaklanır”.

İnsanlarla ilişkinin yoğun yaşandığı mesleklerden biri olan hemşirelikte, etkileşimin tedavi edici (yararlı) nitelikte olabilmesi için, iletişimin amaçlı ve planlı olması gerekir. Bu iletişim, rastgele, alışlagelmiş karşılıklı konuşmalardan farklı olmak zorundadır. Hemşirelikte iletişimin amacı, hizmet verilen bireyi ve sorununu tanımak, nasıl bir bakıma gereksinmesi olduğunu belirlemek ve sonuçta bakımın amacına ulaşmaktır.

İletişimi açık tutan teknikler, hastanın duygularını, düşüncelerini, gereksinmelerini ifade etmesini kolaylaştıran tekniklerdir. Burada güven veren yaklaşım, söylediği veya yaptığı şeylerden dolayı hastanın yargılanmadığı, kınanmadığı alaya alınıp küçümsenmediği, duygu ve düşüncelerine değer verildiği, haklarına saygı duyulduğu, söylediklerinin dinlendiği, anlaşıldığı, duygularının kabullenildiği bir yaklaşımdır(34)

Hemşire uygulamalarında hem sosyal, hem formal, hem de yardım amaçlı iletişim türlerinin üçü de kullanılır. Örneğin; hemşirenin hastaneye yatan hastayla ya da ailesi ile ilk görüşmesinde, fazla planlı olmayan, ailenin veya hastanın soruları ile şekillenen, sosyal iletişim tarzı sürebilir. Sosyal iletişim aracılığı ile hemşire, “hastaya” ulaşılabilir bir insan olduğu” mesajını iletebilir. Velilere okul öncesi çocuklarını okula hazırlanma konusunda eğitim yapan rehabilitasyon merkezi hemşiresi, kalabalık veli grubu ile teke tek iletişimi sınırlı olabileceğinden formal iletişim şeklini kullanır. Yardım amaçlı iletişim ise, yardımı talep eden bireyle kurulan planlı iletişimidir. Bu tür iletişim; bireyin sorununu keşfetmesine, sorunu ile bağlantılı duygularını açıklamasına yol gösterir ve sorunu çözme çabasını kolaylaştırır. Hasta yararına olan ilişkide, karşılıklı öğrenme yaşanır. Hemşire belirlenmiş ilkeler ve teknikleri kendi bireysel tutumları çerçevesinde kullanırken her ilişkide bir önceki deneyiminin öğretilerinden yararlanır ve deneyimini de bir sonraki ilişkiye aktarır. Kullanılan iletişim biçimi aynı ve hastanın yaşadığı sorun benzer de olsa, her iletişim durumu, kendine özeldir(35).

BÖLÜM III

MATERYAL ve METOD

1.Araştırmanın Tipi

Araştırma deskriptif (tanımlayıcı) özellikleri olan cross-sectional (kesitsel) bir çalışma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Malatya il merkezinde bulunan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde 1 Ağustos 1999 - 1 Eylül 2000 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.Araştırmanın Evreni

Malatya il merkezinde bulunan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 240 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. T.Ö.T.M Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün kayıtlarına göre servis ve polikliniklerde çalışan hemşire sayısı 265'tir. Araştırmanın yapıldığı tarihte bazı hemşirelerin doğum izni, yıllık izni vb.. gibi nedenlerle bulunmamalarından dolayı 265 hemşireden 240'na (%90.5) ulaşılarak veriler toplanmıştır.

Tablo 1: TÖTM'de Çalışan Hemşirelerin Servislere Göre Dağılımı

servis	Hemşire		servis	Hemşire	
	N	%		n	%
Acil	16	6.6	Göğüs ve K.D.H	8	3.3
Kadın Doğum Servisi	14	5.8	Dahiliye	8	3.3
Cerrahi Yoğun Bakım	13	5.4	Poliklinik	8	3.3
Dahiliye Yoğun Bakım	13	5.4	Çocuk Cerrahisi	8	3.3
Göğüs K.D.C.Y.B	12	5.0	K.B.B Dermatoloji	7	2.9
Nöroşiroji	11	4.5	Genel Cerrahi	7	2.9
Süt Çocuğu	10	4.1	Genel Cerrahi	7	2.9
Yeni Doğan Servisi	10	4.1	Hemodiyaliz	6	2.5
Ortopedi	9	3,7	Psikiyatri	6	2.5
Üroloji	9	3.7	Kardiyoloji ve G.H	6	2.5
İntaniye	9	3.7	Çocuk Yoğun Bakımı	5	2.1
Hematoloji	9	3.7	Plastik Cerrahisi	4	1.6
Koroner Yoğun Bakım	9	3,7	Endoskopi	3	1.2
Gastroenteroloji	9	3.7	Kemoterapi	1	
Nöroloji	9	3.7			
			TOPLAM	240	100.0

4.Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri, hemşirelerin hastaların beklentileri konusundaki “ bilgi-tutum-davranış” düzeyleridir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise şunlardır:

- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Kaç yıldır hemşirelik yaptığı
- Çalışma statüsü

5.Verilerin Toplanması

5.1.Anket Formunun Hazırlanması

Anket formu, konuyla ilgili kaynakların incelemesi yapılarak hazırlanmıştır ve toplam 53 sorudan oluşmaktadır. İlk dokuz soru hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini tanımlayıcı sorulardır. 10-14. sorular hemşirelerin iş ortamından memnuniyet durumlarına ilişkin soruları kapsamaktadır. 15-16. sorular, çalışılan servisle ilgili hizmet içi eğitime ilişkin sorulardır. 17-32. sorular, hemşirelere göre hastanın hemşirelik hizmetlerinin çeşitli unsurlarına ne kadar önem verdiğiine ilişkin sorulardır. Hemşirelerin hastaların beklentilerini uygulama düzeylerini ölçmeyi amaçlayan sorular 33-48., hemşirelerin meslek yaşamları boyunca hastalardan beklentilerinin karşılanma düzeyini sorgulayanlar ise 49 -53 . sorulardır. Anket formu ekte sunulmuştur.

Anket formunun ön uygulaması Devlet Hastanesi’nde çalışan 30 hemşire üzerinde yapılmıştır.

5.2. Anket Formunun Uygulanması

Anket formu uygulaması 3 Nisan 2000 - 16 Mayıs 2000 tarihleri arasında 240 hemşireye araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce T.Ö.T.M Hemşirelik Hizmetler Müdürlüğü’nden gerekli izin alınmıştır.

6.Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 6.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin sayı ve yüzde dağılımlarını içeren tanımlayıcı istatistiklerden sonra analitik istatistiklerden ki-kare önemlilik testleri ile korelasyon analizleri kullanılmıştır.

7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya ameliyathane hemşireleri alınmamıştır.

8-Araştırmanın Kaynakları

Bu alışma İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı olanakları ile birlikte araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilmiştir.



BÖLÜM IV

BULGULAR

1-Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri:

Araştırmaya katılan hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur:

Tablo 2.Hemşirelerin Sosyo - Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo demografik Özellikler (n=240)	N	%
<i>Yaş</i>		
<20	14	5.9
21-25	140	59.4
26-30	62	26.2
31-35	13	5.4
36>	7	2.8

<i>Medeni Durum</i>		
Evli	78	32.8
Bekar	153	64.3
Boşanmış	1	0.4
Dul	-	-
Diğerleri	5	2.1
Toplam	240	100.0

<i>Mezun Olduğu Okul</i>		
Sağlık Meslek Lisesi	47	19.7
Sağlık Hizmetleri Meslek Y.O	145	60.7
Hemşirelik Yüksek Okulu	47	19.7
Toplam	239	100.0

<i>Memuriyet Yılı</i>		
1 ve altı	43	18.3
2-5	145	61.6
6-9	31	13.2
10-14	8	3.4
15-19	4	1.7
20-25	4	1.7
Toplam	235	100.0

<i>Mesleğe ara verme süresi</i>		
Ara vermemiş	171	77.4
1-2	41	15.9
3-4	6	2.7
5-6	2	1.0
Toplam	221	100.0

<i>T.Ö.T.M'de Çalışma Statüsü</i>		
Geçici	154	64.4
Kadrolu	85	35.6
Toplam	239	100.0

Hemşirelerin 140'ı (%59.4) 21-25 yaş grubunda yoğunlaşmakta olup, 62'si (%26.2) 26-30 yaş grubunda, 14'ü (%5.9) 20 ve daha küçük yaş grubunda, 7'si (%2.8) 36 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin 153'ü (%64.3) bekar, 78 kişi (%32.8) evlidir. Eğitim düzeyileri incelendiğinde; 47'si (%19.7) Sağlık Meslek Lisesi, 145'i (%60.7) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, 47'si (%19.7) Hemşirelik Yüksek Okulu mezunudur. Çalışma sürelerine bakıldığında; 43'ü (%18.3) bir yıl yada daha az sürede çalıştığı, 145'i (%61.6) 2-5 yıl, 31'i (%13.2) 6-9 yıl, 8'i (%3.4) 10-14 ve 8'i (%3.4) 15 yıl ve üzerinde çalıştıkları belirlendi. Mesleğe ara verme durumları incelendiğinde; 171'i (%77.4) mesleğe hiç ara vermediği, 41'i (%15.9) 1-2 yıl, 6'sı (%2.7) 3-4 yıl, 2'si (%1.0) 5-6 yıl ara verdiği saptandı. Hemşirelerin 154'ü (%64.4) geçici statüde, 85'i (%35.6) ise kadrolu statüde görev yaptıkları tespit edildi.

Bu tablo genel olarak incelendiğinde; TÖTM'de çalışan hemşirelerin çoğunun genç, bekar, Sağlık Hizmetleri Meslek Y.O mezunu, 5 yıl ve daha az memuriyeti olan ve geçici statüde çalışan bir profil çizdiği görülmektedir.

2- Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Hususlardan Memnuniyet Durumları:

Tablo 3. Hemşirelerin Aldığı Ücretten, Vardiya Sisteminden, İş Yükünden, İşyerindeki Çalışanlarla İlişkilerden, Yönetime Katılım Hususundan Memnuniyet Durumlarının Dağılımı.

İncelenen Konu	Çok Memnun		Memnun		Kararsız		Memnun Değil		Hiç Memnun Değil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ücret (n=238).	-	-	23	9.7	5	2.1	69	29.0	141	59.2
Vardiya Sistemi(n=236)	2	0.8	90	38.1	39	16.5	52	22.0	53	22.5
İş Yükü (n=238).	-	-	42	17.6	14	5.9	100	42.0	82	34.5
İşYerindeki Çalışanlarla ilişkiler (n=239).	29	12.1	120	50.2	30	12.6	33	13.8	27	11.3
Yönetime Katılım (n=230).	1	0.4	49	21.3	55	23.9	65	28.3	60	26.1

Tabloda görüldüğü gibi; hemşirelerin 23'ü (%9.7) aldığı ücretten memnun, 5'i (%2.1) kararsız, 69'u (%29.0) memnun değil, 141'i (%59.2) hiç memnun değildir. Vardiya sisteminden; 2'si (%0.8) çok memnun, 90'nı (%38) memnun, 39'u (%16.5) kararsız, 52'si (%22.0) memnun değil, 53'ü (%22.5) hiç memnun değildir. İş yükünden 42'si (%17.6)

memnun, 14'ü (%5.9) kararsız, (100) %42.0) memnun değil, 82'si (%34.5) hiç memnun değildir. İş yerindeki çalışanlarla ilişkilerden; 29'u (%12.1) çok memnun, 120'si (%50.2) memnun, 33'ü (%12.6) kararsız, 33'ü (%12.6) memnun değil, 27'si (%11.3) hiç memnun değildir. Yönetime katılma konusunda; 1'i (%0.4) çok memnun, 49'u (%21.3) memnun, 55'i (%23.9) kararsız, 65'i (%28.3) memnun değil, 60'ı (%26.1) hiç memnun değildir.

3-Hemşirelerin Hizmet-içi Eğitim Durumları:

Tablo 4. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı.

Hizmet İçi Eğitim Durumları	N	%
Evet	139	59.1
Hayır	96	40.9
Toplam	235	100.0

Hemşirelerin hizmet içi eğitim durumları incelendiğinde 139'u (%59.1) hizmet içi eğitime tabi tutuldukları, 96'sı (%40.9) hizmet içi eğitime tabi tutulmadıkları belirlendi.

4- Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri:

Tablo 5. Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Dağılımı.

Hemşire Özelliği	Hastalara Göre									
	Çok Önemli		Önemli		Fikri Yok		Önemsiz		Tamamen Önemsiz	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Kendini Hastaya Tanıtma (n=237)	91	38.4	117	49.4	17	7.2	9	3.8	3	1.3
Servis Hakkında Gerekli Bilgileri Verme (n=239)	124	51.9	109	45.6	3	1.3	2	0.8	1	0.4
Güleryüz, Nezaket (n=238).	139	58.4	93	39.1	3	1.3	3	1.3	-	-
Rahat, Hoş, Temiz Bir Ortam Sağlama (n=239).	145	60.7	88	36.8	5	2.1	1	0.4	-	-
Anlaşılır Açıklamalar Yapma (n=239).	150	62.8	83	34.7	4	1.7	2	0.8	-	-
Şikayetlerinin Sebeplerini Anlatma (n=237).	123	51.9	100	42.2	13	5.5	1	0.4	-	-
Hasta Yakınlarına Karşı Güleryüz, Nezaket (n=237).	105	44.3	100	42.2	19	8.0	11	4.6	2	0.8
Hasta Mahremiyetine Saygı (n=238)	164	68.9	71	29.8	-	-	1	0.4	2	0.8
Hastaya Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verme (n=238).	153	64.3	79	33.2	5	2.1	-	-	1	0.4
Evde Sürdüreceği Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesi (n=236).	158	66.9	74	31.4	3	1.3	-	-	1	0.4
İlaçları Doğru ve Zamanında Verme (n=238).	181	76.1	51	21.4	4	1.7	1	0.4	1	0.4
İstekle Memnuniyetle Bakım Verme (n=237.)	155	64.6	75	31.6	2	0.8	5	2.1	-	-
Durumdaki Değişiklikleri Fark Edip yetkililere Bildirme (n=238).	189	79.4	47	19.7	2	0.8	-	-	-	-
İşinde Bilgili olma (n=238).	186	78.2	50	21.0	1	0.4	-	-	1	0.4
İV. Enjeksiyonların Olabildiğince Seri ve Ağrısız Yapılması (n=235).	159	67.7	74	31.5	1	0.4	1	0.4	-	-
Arandığında Bulunabilme (n=237).	159	67.1	77	32.5	1	0.4	-	-	-	-

*sattır yüzdesi

Hemşirelere göre hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri ele alındığında; hemşirelerin kendini hastaya tanıtmaya hususunda 91'i (%38.4) çok önemli 117'si (%49.4) önemli derken, 17'si (%7.2) fikri yok, 9'u (%3.8) önemsiz, 3'ü (%1.3) tamamen önemsiz demektir. Servis hakkında gerekli bilgiler verme 124'ü (%51.9) göre çok önemli, 109'u (%45.6) göre önemli iken, 3'ü (%1.3) fikri yok, 2'si (%0.8) göre önemsiz, 1'i (%0.4) göre tamamen önemsizdir. Güler yüz ve nezaket 139'u (%58.4) göre çok önemli, 93'ü (%39.1) göre önemli iken, 3'ü (%1.3) fikri yok, 3'ü (%1.3) ise önemsiz bulunmaktadır. Rahat hoş temiz bir ortam sağlama 145'i (%60.7) çok önemli, 88'i (%36.8) önemli, 5'i (%2.1) fikri yok, 1'i (%0.4) önemsiz buldukları gözlemlendi. Anlaşılır açıklamalar yapma 150'si (%62.8) çok önemli, 83'ü (%34.7) önemli, 4'ü (%1.7) fikri yok, 2'si (%0.8) önemsiz olarak ifade edildiği görüldü. Şikayetlerinin sebeplerini anlatmayı 123'ü (%51.9) çok önemli, 100'ü (%42.2) önemli, 13'ü (%5.5) fikri yok, 1'i (%0.4) önemsiz buldular. Hasta yakınlarına karşı güler yüz ve nezaket 105'i (%44.3) çok önemli, 100 (%42.2) önemli, 19'u (%8.0) fikri yok, 11'i (%4.6) önemsiz, 22'si (%0.8) tamamen önemsiz bulunduğu gözlemlendi. Hasta mahremiyetine saygıyı 164'ü (%68.9) çok önemli, 71'i (%29.8) önemli, 1'i (%0.4) önemsiz, 2'si (%0.8) tamamen önemsiz buldular. Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi vermeyi 153'ü (%64.3) çok önemli, 79'u (%33.2) önemli, 5'i (%2.1) fikri yok, %0.4'ü (1) tamamen önemsiz buldular. Evde sürdüreceği tedavi hakkında bilgi vermeyi 153'ü (%66.9) çok önemli, 79'u (%31.4) önemli, 5'i (%1.3) fikri yok, 1'i (%0.4) tamamen önemsiz buldular. İlaçları doğru ve zamanında verme 181'i (%76.1) çok önemli, 51'i (%21.4) önemli, 4'ü (%1.7) fikri yok, 1'i (%0.4) önemsiz, 1'i (%0.4) tamamen önemsiz buldular. İstekle memnuniyetle bakım verme 155'i (%64.6) çok önemli, 75'i (%31.6) önemli, 2'si (%0.8) fikri yok, 5'i (%2.1) önemsiz olduğu gözlemlendi. Durumundaki değişiklikleri fark edip yetkililere bildirmeyi 189'u (%79.4) çok önemli, 47'si (%19.7) önemli, 2'si (%0.8) fikri yok olarak gözlemlendi. İşinde bilgili olmayı 186'sı (%78.2) çok önemli, 50'si (%21.0) önemli, 1'i (%0.4) fikri yok, 1'i (%0.4) tamamen önemsiz buldular. İV. Enjeksiyonlarının olabildiğince seri ve ağrısız yapmayı 159'u (%67.7) çok önemli, 74'ü (%31.5) önemli, 1'i (%0.4) fikri yok, 1'i (%0.4) önemsiz buldular. Arandığında bulunabilmeyi 159'u (%67.1) çok önemli, 77'si (%32.5) önemli, 0.4'ü (%0.4) fikri yok olarak gözlemlendi.

5- Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamalarını Değerlendirmeleri :

Bu konu, kişinin özdenetimi ve benlik algısıyla ilişkili olduğundan, soruların hastalar yerine kendilerine sorulması öngörülmüştür.

Tablo 6. Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamalarını Değerlendirme Durumunun Dağılımı

	Daima		Çoğunlukla		Bazen		Nadiren		Kesinlikle	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Kendini Hastaya Tanıtma (n=238).	66	27.7	92	38.7	53	22.3	27	11.3	-	-
Servis Hakkında Gerekli Bilgileri Verme (n=238).	99	41.6	110	46.2	22	9.2	2	2.9	-	-
Güleryüz, Nezaket (n=238)	94	39.5	112	47.1	27	11.3	3	1.3	2	0.8
Rahat, Hoş, Temiz Bir Ortam Sağlama. (n=236).	83	35.2	131	55.5	19	8.1	3	1.3	-	-
Anlaşılır Açıklamalar Yapma (n=239).	103	43.1	118	49.4	17	7.1	-	-	1	0.4
Şikayetlerinin Sebeplerini Anlatma. (n=234).	81	34.6	113	48.3	36	15.4	3	1.3	1	0.4
Hasta Yakınlarına Karşı Güleryüz,Nezaket (n=239).	89	37.2	102	42.7	39	16.3	5	2.1	4	1.7
Hasta Mahremiyetine Saygı (n=236).	161	68.2	67	28.4	6	2.5	1	0.4	1	0.4
Hastaya Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verilmesi (n=235).	125	53.2	94	40.0	12	5.1	4	1.7	-	-
Evde Sürdüreceği Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesi (n=233).	101	43.3	80	34.3	41	17.6	10	4.3	1	0.4
İlaçları Doğru ve Zamanında Verme. (n=236).	176	74.6	56	23.7	3	1.3	1	0.4	-	-
İstekle Memnuniyetle Bakım Verme. (n=238).	125	52.5	98	41.2	14	5.9	1	0.4	-	-
Durumundaki Değişiklikleri Fark Edip yetkililere Bildirme (n=238).	177	74.4	58	24.4	-	-	2	0.8	1	0.4
İşinde Bilgili olma (n=239).	101	42.3	128	53.6	10	4.2	-	-	-	-
İV. Enjeksiyonların Olabildiğince Seri ve Ağrısız Yapma (n=235).	126	53.6	106	45.1	2	0.9	1	0.4	-	-
Arandığında Bulunabilme (n=239).	154	64.4	69	28.9	12	5.0	3	1.3	1	0.4

* satır yüzdesi

Hemşirelerin; mesleki uygulamaları kendi ifadelerine göre incelendiğinde;

Hemşirelerin 66'sı (%27.7) daima, 92'si (%38.7) çoğunlukla, 53'ü (%22.3)' bazen, 27'si (%13.3) nadiren kendilerini hastaya tanıtmaktadır. Hemşirelerin 99'u (%41.6) daima, 110'u (%46.2) çoğunlukla, 22'si (%9.2) bazen, 2'si (%2.9) nadiren hastalara servis hakkında bilgi vermektedir. Güler yüz ve nezaket konusunda 94'ü (%39.5) daima 112'si (41.7) çoğunlukla, 27'si (%11.3) bazen, 3'ü (%1.3) nadiren, 2'si (%0.8) hayır kesinlikle yanıtı verdiler. Rahat hoş temiz bir ortam sağlamayı 103'ü (%35.2) daima, 131'i (%55.5) çoğunlukla, 19'u (%8.1) bazen, 3'ü (%1.3) nadiren sağladıklarını belirttiler. Anlaşılır açıklamalar yapmayı 103'ü (%43.1) daima, 118'i (%49.4) çoğunlukla, 17'si (%7.1) bazen, 1'i (%0.4) hayır kesinlikle dedikleri belirlendi. Şikayetlerinin sebeplerini anlatmayı 81'i (%34.6) daima, 113'ü (%48.3) çoğunlukla, 36'sı (%15.4) bazen, 3'ü (%1.3) nadiren, 1'i (%0.4) hayır kesinlikle olarak ifade ettiler. Hasta yakınlarına karşı güler yüz konusunda 89'u (%37.2) daima, 102'si (%42.7) çoğunlukla, 39'u (%16.3) bazen, 5'i (%2.1) nadiren 4'ü (%1.7) hayır kesinlikle yanıtını verdiği gözlemlendi. Hasta mahrumiyetine saygı 161'i (%68.2) daima, 67'si (%28.4) çoğunlukla, 6'sı (% 2.5) bazen, 1'i (%0.4) nadiren 1'i (%0.4) hayır kesinlikle yanıtını verdiği gözlemlendi. Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi vermeyi 125'i (%53.2) daima, 94'ü (%40.0) çoğunlukla, 12'si (% 5.1) bazen, 4'ü (%1.7) nadiren olarak belirtti. Evde sürdüreceği tedavi hakkında bilgi vermeyi 101'i (%43.3) daima 80'ni (%34.3) çoğunlukla, 41'i (%17.6) bazen, 10'nu (%4.5) nadiren, 1'i (%0.4) hayır kesinlikle olarak belirtti. İlaçları doğru ve zamanında vermeyi 176'sı (%74.6) daima, 56'sı (%23.1) çoğunlukla 3'ü (%1.3) bazen, 1'i (%0.4) nadiren ifade ettikleri gözlemlendi. İstekle ve memnuniyetle bakım vermeyi 125'i (%52.5) daima, 98'i (%41.2) çoğunlukla 14'ü (%5.9) bazen, 1'i (%0.4) nadiren yaptıklarını belirttiler. Durumdaki değişikliği fark edip yetkililere bildirme 177'si (%74.4) daima, 58'i (%24.4) çoğunlukla, 2'si (%08) nadiren, 1'i (%0.4) hayır kesinlikle olarak ifade ettiler. İşinde bilgili olmaya; 101'i (%42.3) daima, 128'i (%53.6) çoğunlukla, 10'u (%4.2) bazen söyledikleri belirlendi. İV. Enjeksiyonları olabildiğince seri ve ağrısız yapma konusunda 126'sı (%53.6) daima, 106'sı (%45.1) çoğunlukla, 2'si (%0.9) bazen, 1'i (%0.4) nadiren uyguladıklarını belirttiler. Arandığında bulunabilmeye 154'ü (%64.4) daima 69'u (%28.9) çoğunlukla, 12'si (%8.0) bazen, 3'ü (%1.3) nadiren, 1'i (%0.4) hayır kesinlikle yanıtını verdiği belirlendi.

6-Hemşirelerin Hastalardan Beklentilerinin Karşılama Düzeyi:

Tablo 7.Hemşirelerin Hastalardan Beklentilerinin Karşılama Düzeylerinin Dağılımı.

Meslek Yaşamım Boyunca Ben Hastalardan	Daima		Çoğunlukla		Bazen		Nadiren		Kesinlikle	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Güleryüz ve Nezaket Gördüm (n=239).	40	16.7	117	49.0	50	20.9	23	9.6	9	3.8
Hastanenin Temizlik Uyum Gördüm (n=239).	33	13.8	78	32.6	75	31.4	39	16.3	14	5.9
Mesleğime ve Kişiliğime Saygı Gördüm (n=236).	45	19.1	88	37.3	56	23.7	35	14.8	12	5.1
Verilen Bakım Önerilerine Uyum Gördüm (n=234).	39	16.7	90	38.5	60	25.6	39	16.7	6	2.6
Hastanenin Ziyaret Saati Kurallarına U.G (n=238).	30	12.6	45	18.9	38	16.0	61	25.6	64	26.9

* satır yüzdesi

Hemşirelerin hastalardan beklentilerinin karşılanma düzeyi incelendiğinde;

Hemşirelerin, 40'ı (%16.7) daima, 117'si (%49.0) çoğunlukla, 50'si (%20.9) bazen, 23'ü (%9.6) nadiren hastalardan güler yüz ve nezaket gördüm ifadesini kullanırken, 9'u (%3.8) "kesinlikle" yanıtını verdiği belirlendi. Hastanenin temizlik kurallarına uyum gördüm 33'ü (%13.8) daima, 78'i (%32.6) çoğunlukla, 75'i (%31.4) bazen, 39'u (%16.3) nadiren 14'ü (%5.9) hayır kesinlikle dediği belirlendi. Mesleğime ve kişiliğime saygı gördüm 45'i (%19.1) daima, 88'i (%37.3) çoğunlukla, 56'sı (%23.7) bazen, 35'i (%14.8) nadiren, 12'si (%5.1) hayır kesinlikle ifade ettikleri görüldü. Verilen bakım önerilerine uyum gördüm 39'u (%16.7) daima, 90'nı (%38.5) çoğunlukla, 60'ı (%25.6) bazen, 39'u (%16.7) nadiren, 6'sı (%2.6) hayır kesinlikle yanıtını verdikleri gözlemlendi. Hastanenin ziyaret saati kurallarına uyum gördüm 30'u (%12.6) daima, 45'i (%18.9) çoğunlukla, 38'i (%16.0) bazen, 61'i (%25.6) nadiren, 64'ünün (%26.9) hayır kesinlikle yanıtını verdiği belirlendi.

7- Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerin Karşılama Düzeyi Arasındaki İlişki:

Hemşirelerin mesleki uygulamalarına ilişkin 16 konunun kendi içinde gruplamaları yapılmıştır. Buna göre 16 özelliğe toplanan mesleki uygulama; iletişim, kişisel özellikler ve mesleki yeterlik başlıkları altında ele alınmıştır. Özdenetimin bir göstergesi olmak üzere, hemşirelerin beklentileri, beklentileri karşılamaları arasında pozitif bir ilişki olması gerektiği hipotezinden yola çıkarak her bir konunun kendi aralarında korelasyonlarına bakılmış, sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur:

Tablo 8. Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerin Karşılama Düzeyi Arasındaki İlişki:

İncelenen Husus	Grup	p	R*
1. Kendini Hastaya Tanıtma.	İletişim	0.000	0.287
2. Servis Hakkında Gerekli Bilgileri Verme.	İletişim	0.000	0.251
3. Gülüryüz, Nezaket.	Kişisel Özellikler	0.038	0.135
4. Rahat, Hoş, Temiz Bir Ortam Sağlama.	Mesleki yeterlik	0.826	-0.014
5. Anlaşılır Açıklamalar Yapma.	İletişim	0.025	0.145
6. Şikayetlerinin Sebeplerini Anlatma.	İletişim	0.007	0.178
7. Hasta Yakınlarına Karşı Gülüryüz, Nezaket.	Kişisel Özellikler	0.000	0.313
8. Hasta Mahremiyetine Saygı.	Kişisel Özellikler	0.001	0.207
9. Hastaya Yapılacak İşlemler Hakkında B.V.	İletişim	0.020	0.152
10. Evde Sürdüreceği Tedavi Hakkında Bilgi V.	İletişim	0.001	0.223
11. İlaçları Doğru ve Zamanında Verme.	Mesleki yeterlik	0.040	0.134
12. İstekle Memnuniyetle Bakım Verme.	Kişisel Özellikler	0.022	0.149
13. Durumundaki Değişiklikleri Fark Edip yetkililere Bildirme.	Mesleki yeterlik	0.066	0.120
14. İşinde Bilgili olma.	Mesleki yeterlik	0.015	0.157
15. İV. Enjeksiyonların Olabildiğince Seri ve Ağrısız Yapma.	Mesleki yeterlik	0.136	0.098
16. Arandığında Bulunabilme.	Mesleki yeterlik	0.169	0.090

*R: Spearman Korelasyon Katsayısı

Tablo 8’de görüldüğü üzere; kendini hastaya tanıtma, servis hakkında gerekli bilgileri verme, konularda hastaların beklentisi ile hemşirelerin beklentiyi karşılamaları arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon vardır ($p < 0,05$). Rahat, hoş, temiz bir ortam sağlama, İV. enjeksiyonları olabildiğince seri ve ağrısız yapma ve arandığında bulunabilme konularında ise anlamlı bir korelasyon yoktur ($p > 0,05$).

8- Yukarıda her bir konu için yapılan korelasyon analizleri, gruplanmış olarak tekrar analiz edilmiş ve sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

Tablo 9. Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri ile Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamalarını Değerlendirmeleri'nin İlişkisi:

İncelenen Husus	Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri Ortalaması*	Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamaları Ortalaması*	Korelasyon
İletişim	4.5±0.4	4.1±0.5	r=0.338 p=0.000
Kişisel Özellik	4.4±0.4	4.3±0.4	r=0.461 p=0.000
Mesleki Yeterlik	4.7±0.3	4.5±0.3	r=0.102 p=0.130

*5 puan üzerinden

Verilerin değerlendirilmesi

Sorulan soruları üç gruba ayırarak, gruplar birbiri ile karşılaştırıldı. Her soru 5 puan üzerinden değerlendirildi.

Hemşirelere göre, hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri ile hemşirelerin kendi mesleki uygulamalarını değerlendirmeleri arasındaki ilişki incelendiğinde; iletişim ve kişisel özellik puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken ($p=0,000$; $p=0,000$), mesleki yeterlik puanları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı değildir ($p=0,130$).

9- Hemşirelerin iletişim, kişisel özellikler ve mesleki yeterlik uygulamalarını içeren gruplamalardan 5 üzerinden alınan puanların ortalamaları, bazı bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. TÖTM'de Çalışma Statülerine Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması:

Statü	Ortalama İletişim Puanı	Ortalama Kişisel Özellik Puanı	Ortalama Mesleki Yeterlik Puan
Kadrolu	4.2 ±0.5 puan	4.3±0.4	4.5±0.3
Geçici	4.1±0.4	4.3±0.4	4.5±0.3
	P=0.549*	P=0.988*	P=0.740*

*Mann Whitey U Testi

Tablo 9'da görüldüğü üzere; kadrolu hemşirelerle geçici hemşireler arasında; iletişim, kişisel özellik ve mesleki yeterlik puanları bakımından istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık yoktur ($p=0.549$, $p=0.988$, $p=0.740$).

Tablo 11. TÖTM’de Yaş Ortalamasına Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.

Yaş ort=24.9±4.0 yıl	Ortalama İletişim Puanı 4.1±0.5	Ortalama Kişisel Özellik Puanı 4.3±0.4	Ortalama Mesleki Yeterlik Puanı 4.5±0.3
r=	0.047	0.944	0.039
P=	0.491	0.005	P=0.558

*Spearman korelasyon analizi

Tablo 10’da görüldüğü gibi; yaşla iletişim ve mesleki yeterlik puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki yoktur ($p=0,491$ $p=0.988$); yaşla kişisel özellik puanları arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.005$, $r=0.944$).

Tablo 12. TÖTM’de Memuriyet Süresine Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.

Memuriyet süresi= 0.8±3.2 yıl	Ortalama İletişim Puanı =4.1±0.5	Ortalama Kişisel Özellik Puanı =4.3+0.4	Ortalama Mesleki Yeterlik Puanı =4.5±0.3
r=	0.025	0.069	0.076
P=	0.330	0.337	0.294

*Spearman korelasyon analizi

Tabloda görüldüğü şekilde; memuriyet süresi ile; iletişim, kişisel özellik ve mesleki yeterlik puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki yoktur ($p=0.330$ $p=0.337$, $p=0.294$).

Tablo 13. TÖTM’de Medeni Durumuna Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması:

<i>medeni</i>	<i>Ortalama İletişim Puanı</i>	<i>Ortalama Kişisel Özellik Puanı</i>	<i>Ortalama Mesleki Yeterlik Puanı</i>
Evli	4.1±0.5	4.2±0.5	4.4±0.3
Bekar, Dul, Boşanmış	4.2±0,5	4.4±0.4	4.5±0.3
	P=0.072	P=0.071	P=0.338

*Mann Whitey U Testi

Tablo 12’de görüldüğü üzere; evli hemşirelerle bekar,dul ve boşanmış hemşireler arasında; iletişim ve kişisel özellik puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık varken ($p=0.072$, $p=0.071$), ($p=0.740$), mesleki yeterlik puanları bakımından farklılık yoktur ($p=0,338$).

Tablo 14. TÖTM’de Eğitim Düzeylerine Göre Hemşirelerin Ortalama İletişim, Ortalama Kişisel Özellik ve Ortalama Mesleki Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.

okul	Ortalama İletişim Puanı	Ortalama Kişisel Özellik Puanı	Ortalama Mesleki Yeterlik Puanı
Lise düzeyi ⁺	4.1±0,5	4,3±0,5	4,4±0,3
2 yıllık Y.O ⁺⁺	4,1±0,5	4,3±0,5	4,5±0,4
4 yıllık ⁺⁺⁺	4,2±0,4	4,4±0,4	4,5±0,3
	p=0,244	P=0,193	P=0,309

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

+: SML, tamamlama ve hızlandırılmış kurs ++;Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu,Açık Öğretim +++ ; Hemşirelik Yüksek Okulu

En son mezun olunan okul ile iletişim, kişisel özellik ve mesleki yeterlik puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık yoktur (p=0,244, p=0,193, 0,309).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Hemşireliğin bireyin fiziksel bakım ihtiyaçlarını karşılamanın ötesinde işlevleri olduğu kabul edilmeye başlanmıştır. Hemşirelik bilim ve sanat olarak kabul edilmektedir. Hemşireliğin bilim ve sanat birleşiminin yanında üçüncü bir boyutu daha vardır. Bu onun alturistik değerler boyutudur. Bu bedensel, akılsal ve toplumsal açıdan yardım isteyen kişilere kendini adamadır(40).

Hemşirelik sağlığı hedef alan, amaçlı faaliyetlerden oluşur. Hemşire ve hasta arasındaki etkileşim süreci, yer aldığı ortam, aile, hekim ve diğer kişiler ve olaylardan etkilenir(41).

Hemşirelik ilkelerindeki çoğu ortak yönler yetkin mesleği icra etme sorumluluğunda, meslektaşlarla iyi bir işbirliğinde hastanın onuru ve yaşamı karşısında saygı duymada hastayla ilgili kişisel bilgileri koruma ve hastaları aşağılamamada olur.

Hemşireler iletişim aracılığı ile yardım ilişkisi kurar, sorunları tanımlama ve stresle baş etmede, sorunları çözmede iletişim tekniklerini kullanır. Hemşireler sağlık eğitimi yaparken iletişim kurarlar; zamanlarını “ amaçlı, anlamlı ilişkiler kurmak” için kullanabilme potansiyeli olan sağlık elemanlarıdır.

5.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışma kapsamına giren hemşirelerin, %59.4'ü 21- 25 yaş; %5.9'u 20 ve daha küçük yaş grubundadır. A.Bayık ve arkadaşlarının Ege Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları çalışmalarında da yaş grupları benzer şekildedir(42)

Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde, 153'ünün (%64.3) bekar olduğu tespit edilmiştir. Sinem Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da çalışan hemşirelerin çoğunun, medeni durumunun "bekar" olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi değerlendirildiğinde sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezunu 145 (%60.7) hemşirelik yüksek okulu mezunu ise 47 (%19.7)'dir. Hediye Gürbüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma bulgularında ise 138'i (% 49.0) sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezunu 112'si (%39.7) hemşirelik yüksek okulu mezunu sonuçları elde edilmiştir(43).

Hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında; 43'ü (%18.3) bir yıl ya da daha az, 145'i (%61.6) 2-5 yıl arasında çalıştığı görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre hemşireler, mesleki yaşamlarının başındadır. Bunun nedenleri; T.Ö.T.M'nin yeni kurulmuş olması, hemşirelerin şirket tarafından sözleşmeli çalışmasından dolayı hemşirelerin işden ayrılma

kolaylığı (kendi isteğiyle veya işveren tarafından) ve hemşire sirkülasyonunun hızlı olmasından kaynaklanabilir.

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, Erdem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, benzer şekilde hemşire gurubunun meslekte bir yıl ve daha az sürede çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin hangi statüde çalıştıkları incelendiğinde; 154'ünün (%64) geçici (sözleşmeli), 85'inin (%35.6) kadrolu statüde çalıştığı belirlenmiştir. Geçici statüde çalışan hemşire sayısının, oldukça fazla olduğu dikkati çekmektedir. Bunun nedeninin, T.Ö.T.M hastanesinin kadro sorunundan veya ülke politikasından kaynaklandığı düşünülebilir. Benzer şekilde Durmuş'un, Fırat Üniversitesi Hastanesinde yaptığı çalışma da, geçici (sözleşmeli) çalışan hemşire sayısının, kadrolu çalışan hemşire sayısından daha fazladır(44).

5.2. Hemşirelerin, Çalışma Sistemine İlişkin Memnuniyet Durumları

Ücret, çok yönlü bir kavramdır. Ekonomik ve toplumsal yaşam için önemlidir. Personelin kuruma yaptığı hizmetin karşılığında aldığı ücret yaşamını devam ettirmesinin yanında, ona kurum içinde bir statü ve saygınlıkta kazandırır.

Yapılan araştırmalar, güvenlik duygusu, statü ve saygınlık kazanma, toplumsal kabul görme gibi temel gereksinimler ile ücret arasında yakın bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bireyin, çevresindekilerden daha fazla kazanç elde etmesi, bireyde başarı ya da başarılı olma duygusunu gerçekleştirir(45).

Hemşirelerin, 23'ü (%9.7) aldığı ücretten memnun, 5'i (%2.1) kararsız, 69'u (%29) memnun değil 141'i (%59.2) hiç memnun değildir. T.Ö.T.M'de hemşirelerin 154'ü (%64.4) geçici statüde çalışmakta ve bunların ücreti şirket tarafından ödenmektedir. Alınan ücret, asgari ücretin biraz üstündedir. Bulgulara göre; asgari ücretle çalışan hemşireler ile daha fazla ücret alan hemşirelerin hastaya verdiği bakım arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni, geçici statüde çalışan hemşirelerin görevlerini iyi yapmadıklarında, kadrolu hemşirelere göre daha kolay işten atılabilme olasılıkları olabileceği gibi, hemşirelik mesleğinin insan sağlığını her şeyin üstünde tutması olabilir. Sonuç olarak, bu bulgu TÖTM hemşireleri için istendik ve olumlu bir özellik olarak kayda değerdir.

Hemşirelerin, 42'si (%17.6) iş yükünden memnun iken, 14'ü (%5.9) kararsız, 100'ü (%42.0) memnun değil, 82'si (%34.5) hiç memnun değildir. İş yükünden memnun olanların oldukça düşük oranda (%17.6) olması düşündürücüdür. Hasta sayısının çok fazla olmasına karşın (servislerde ortalama 30 hasta yatmaktadır), hemşire sayısının az olması (ortalama bir serviste 8 tane hemşire - bir tanesi sorumlu hemşire-) memnuniyetsizliğin yüksek olmasını

açıklayabilir. Gece vardiyasında 30 hastaya bir hemşire düşmektedir. Gündüz ise hemşirelerin, bakım verdiği hasta sayısı yarıya inmektedir. Kaynaklarda fazla sayıda hastaya bakım vermenin, haftalık çalışma saatinin fazla olmasının, iş yükünü artırarak hemşirenin fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği ve bu durumun sonuçta iş doyumunu ve bakımın kalitesini düşüreceği belirtilmektedir(46).

Ülkemizde, kurumlarda hemşirelik organizasyonu ya da planlaması ile ilgili olarak gerek kanun gerek yönetmeliklerde detaylı bir bilgi yer almamaktadır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, hemşire sayısının planlanmasını, kliniğin uzman doktoruna bırakmıştır(47).

Özel Hastaneler Tüzüğü'ne göre; cerrahi, nöroloji, çocuk kliniklerinde her 4 hastaya bir hemşire, diğer servislerde ise her 5 yatak için bir hemşire olarak belirlenmiştir. Bu kriter esas alındığında, TÖTM'de çalışan hemşirelerin, iş yüklerinin fazla olduğu görülmektedir(48).

Hemşirelerin 2'si (%0.8) vardiya sisteminden çok memnunken, 90'nı (%38.1) memnun, 39'u (%16.5) kararsız, 52'si (%22) memnun değil, 53'ü (%34.5) hiç memnun değildir. Literatürü incelediğimizde sürekli gündüz çalışanların, gece vardiyası çalışanlarına göre memnuniyet durumunun daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni gece vardiyasının insan kronobiyojisine aykırı olması olabilir(49).

Çam; vardiya ve nöbet sistemi ya da çoğunlukla gece çalışmanın tükenme puanını yükselttiğini, Görgülü ise gece çalışan hemşirelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ancak; sürekli gündüz çalışan hemşirelerin çoğunluğunun servis sorumlusu olmalarına rağmen, servis için kırtasiye işlerini yapma zorunluluğu yanında, hemşirelerin sayısal azlığı nedeniyle, servis hemşiresi gibi çalışmak zorunda kalmaları onların da anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır. Keza gündüz çalışan hemşireler de, gece vardiyasında çalışan hemşireler gibi, yemekhane ve kreş olanakları ile ilgili sorunları yaşamaktadır. Servis sorumlu hemşirelerinin sürekli gündüz çalışmaları nedeniyle daha düzenli bir hayat sürdükleri, rol belirsizliğini daha az yaşadıkları ve duruma bağlı anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin 105'i (%56.5) vardiya sisteminden memnun değildir. Bu durum, literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir(50).

Ancak; mesleğin doğası gereği vardiya sistemi olmak zorundadır(51).

Hemşirelerin 29'u (%12.1) iş yerindeki çalışanlarla ilişkilerden çok memnun, 120'si (%50) memnun, 30'u (%12.6) kararsız, 33'ü (%13.8) memnun değil, 27'si (%11.3) hiç memnun değildir. Hemşirelerin çoğunluğun çalışanlarla ilişkilerden memnun olması,

TÖTM'de bireylerin kendi görev, yetki ve sorumluluklarını bilmeleri ve birbirlerine güven konusunda fazla sorun yaşamadığının göstergesi olabilir. Çalışanlarla ilişkilerden memnuniyetin yüksek çıkmasının bir nedeni de hemşirelerin, örgün eğitimleri içinde, kişiler arası ilişkiler dersinin yanısıra, davranış bilimleri ve psikiyatri konularında eğitim görmeleri olabilir.

TÖTM'de hemşirelerin 139'u (%59.1) daha önceden çalıştıkları servisle ilgili hizmet içi eğitim aldıklarını, 96'sı (%40.9) ise almadıklarını ifade etmişlerdir. Servisle ilgili hizmet içi eğitim uygulamasının daha da yaygınlaştırılması gereklidir.

Erdal ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi Hastanesi'nde yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin % 28'inin daha önceden sürekli çalışacakları servisle ilgili eğitim aldıkları belirtmişlerdir(52).

5.3. Hemşirelere Göre Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri

Hemşirelere göre durumundaki değişiklikleri fark edip yetkililere bildirme hastalar için 189'u (%79.4) çok önemli, 47'si (%19.7) önemli, bulundu. Bunun nedeni hemşirelerin hastayla daha fazla birlikte olması, hastaları daha yakından gözleyebilme imkanı, hastaların hemşireyi diğer ekip üyeleri ile kendisi arasında iletişimi sağlayan önemli bir birey olarak görmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelere göre işinde bilgili olma konusuna; 186'sı (%78.2) hastalar için çok önemli, 50'si (%21) oranında önemli olarak algılanmaktadır. Hemşireler işinde ne kadar çok bilgi sahibi olursa hastanın gereksinmelerine o derecede cevap verebilirler.

Terakya'nın belirttiği gibi "Günümüzde hemşirelerden iyi niyetli, ilgili, sevecen, şefkatli yaklaşım yerine, planlı, amaçlı, hasta yararına yaklaşım beklenmektedir."

Hastanın tedavisi için gerekli ilaçların zamanında ve doğru dozda hastaya verilmesi, yan etkilerin bilinmesi ve bu konuda hastanın bilgilendirmesinde, sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin sorumlulukları önemlidir(53).

Hastaneye kabul edilen bireyin eski sağlığını kazanabilmesi için insan olmak sıfatıyla evrensel bildirideki haklardan ve hastalığın tedavisi için ilaçlarını doğru ve zamanında verilmesini beklemek hakkıdır(54).

Hemşirelere ilaçların doğru ve zamanında verilmesinin hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 181'i (%76.1) çok önemli, 51'i (%21.4) ise önemli olduğunu bildirmiştir.

Cesur'un, 1998 yılında hemşire uygulamaları sırasında yapılan hatalarla ilgili yürüttüğü çalışmada; hataların başında ilaçlarla ilgili hatalar gelmektedir. Buna göre, ilaçlar genellikle verilmesi gereken saatten 45 dakika ile bir saat önce verilmektedir(55).

Meliha Atalay'a, göre hasta haklarının gündeme gelip irdelenmesinin başında, servislerde hastanın üzerinin rastgele açılması, teşhir edilmesi sonucunda mahremiyetinin ihlali nedeni gelmektedir. 1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği' nin belirttiği ve Sağlık Bakanlığı' nın hazırlanmış olduğu Hasta Hakları Yönetmeliği' göre hastanın, mahremiyetinin korunmasını istemeye hakkı vardır(56)

Hemşirelere hasta mahremiyetine saygının hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 164'ü (%68.9) "çok önemli" 71'i (%29.8) "önemli" şeklinde yanıt vermiştir. TÖTM'de yapılan araştırma bulgularına göre –hemşire ifadesiyle- hastalar mahremiyetlerine saygı beklemektedirler.

Hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek, "taburculuk planlaması" nın yapılmadığı bilinmektedir. Bu doğrultuda 1. basamak ve 2. basamağın işbirliği ve eşgüdümü olanaklarından yoksun olduğu gözlenmektedir. Hastalar, evdeki tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine çözümleyemediği küçük- büyük birçok sorunlarla karşılaştıkça, her seferinde tekrar hastaneye başvurma gereksinim duymakta, 1. basamakta veya ev ortamında çözümlenebilecek bu başvuruların bir kısmı da tekrar hastaneye yatırılmaktadır. Ülkemizde taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının diğer bir sonucu olarak da hastaların hastanede kalış süreleri uzayabilmektedir. Bu durum, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel (hastane enfeksiyonlarına maruz kalma riski gibi), psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmekte, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirebilmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı maliyet-yarar, maliyet-etkililik çalışmaları olmamasına karşın, diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda evde bakım sisteminin sağlık hizmetleri maliyetlerine dikkat çeker boyutlarda düşürdüğünü; ayrıca evde bakımın hasta ve ailesi açısından da birçok yararları olduğunu göstermektedir(57).

Hemşirelere, hastaların evde sürdürecekleri tedavi hakkında gerekli bilgi verilmesini hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 158'i (%66.9) çok önemli, 74'ü (%31.4) önemli sonucu elde edilmiştir.

Naciye Aktaş'ın hastanede yatan hastalara verilecek sağlık eğitiminin evdeki bakım gereksinmelerini karşılamada etkisini ortaya çıkarmak amacıyla planladığı araştırmasında;

taburcu olurken verilen eğitim sonucu hastaların bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alan becerilerinde artma olduğu sonucuna varılmıştır(57).

Hastalık, hastanede yatan hasta için korkutucu ve kaygı verici bir yaşantıdır. Böyle durumlarda hastalar kendilerini güvende hissetmek isterler. Bu nedenle hemşirenin hastanın her an yakınında olması, başka bir ifadeyle arandığında bulunabilmesi gereklidir.

Hemşirelere, hemşirelerin arandıklarında bulunabilmelerinin hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda 159'u (%67.1) çok önemli, 77'si (%32.5) önemli sonucu elde edilmiştir.

T.Ö.T.M'de yatan hastalara uygulanan bir anket sonucuna göre, "hemşirelere gerektiğinde ulaşabilme" hususunda hastaların 368'i (%95.6) memnun, 17'si (%4.4) memnun değildir. Hemşirenin ve hastaların bu konuya ilişkin ifadeleri paralellik göstermektedir(58).

Hemşireliğin temel mesleki uygulamalarından biri de IV. enjeksiyonların ağrısız yapılmasıdır.



Hemşirelere, IV. enjeksiyonların olabildiğince seri ve ağrısız yapılması konusunun hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 159'u (%67.7) çok önemli 74'ü (%31.5) önemli sonucu elde edilmiştir.

Fatma Eti Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hastaların %26'sı hemşirelerden enjeksiyon yapılırken kendilerine psikolojik yönden destek olmalarını istemişlerdir(59).

Cihangiroğlu'nun çalışmasında; hemşirelerin ilaç ve serum verme becerileri konusunda hastaların %45'i memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Hemşirelere, istekle ve memnuniyetle bakım verme konusu hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 155'i (%64.6) çok önemli, 75'i (%31.6) önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Perihan Velioglu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da hastaya istekle bakım verme hususunu hemşirelerin %61.2'si önemli bulmuştur(60).

Teretci'ye göre, hasta ve yakınlarının, hastalık durumunu anlayışla kabullenerek karşılayabilmesinin en makul yolu, tıbbi personel tarafından bilgilendirilmedir. Hastalar ve aileleri, tıbbi personelden merak içerisinde hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi verilmesini beklemektedirler. Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre hastalara uygulanan tedavinin risk ve seçenekleri hakkında bilgi verilmesi ve görüşlerinin alınması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında bilgilendirme görevi, öncelikle hastaya en yakın olan doktor ve hemşireye, daha sonra hastaya tıbbi bakım hizmeti veren diğer sağlık personeline aittir.

Hemşirelere, yapılacak işlemler hakkında bilgi verme konusunun hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 153'ü (%64.3) çok önemli, 79'u (%33) önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Uz ve arkadaşları da hastalara yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesinin tedaviyi olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir(61).

Bertakis ve arkadaşları, 29 hastayla yüz yüze görüşerek yürüttükleri araştırmada, hastaların kişisel bilgilendirmeleriyle tatminlerinin yakından ilişkili olduğunu bulmuşlardır(62).

Becker, hastanın bilgilendirilmesi gerekliliğini, özellikle tedaviye bağlılık durumu ile açıklamaktadır. Uygulanması düşünülen tedavinin detayları hakkında bilgi vermenin, hastaların tedaviye uyum ve bağlılıklarını artırdığı belirtilmektedir.

Hemşirelerin hastalara açıklama sırasında, hastaların anlayamayacağı şekilde, çok fazla tıbbi terim kullanmaları hemşireyle hasta iletişimini zedelemekte ve anlaşmazlıklara neden olmaktadır.

Hemşirelere, anlaşılır açıklamalar yapılması konusunun hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 150'si (%62.8) çok önemli, 83'ü (%34.7) önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Kardeş'in çalışmasında; hastaların %25.5'i hemşirelerin tedavi sırasında hiçbir açıklama yapmadığını belirtirken, %25.4'ü ise açıklamaları yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir

Hemşire, hastaya zaman ayırarak hastanın kendisini ifade etmesine izin vermeli, kafasında oluşan soruları cevaplayarak hastanın güven duygusunu artırmalı, böylece onun rahatlamasını sağlamalıdır

Hemşirelere, şikayetlerin sebeplerini anlatma konusunun hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 123'ü (%51.9) çok önemli 100'ü (%42.2) önemli olarak ifade etmiştir. Bu bulgulara göre hastalara anlaşılır açıklamalar yapmayı, şikayetlerinin sebeplerini anlatmayı hemşirelerin büyük çoğunluğu hastalar için önemli bulmuşlardır.

1857'lerde Florance Nightingale hemşireliğin ilk adımlarını atarken, hastanın fiziki çevresinin onu psikolojik durumunu, hastalığın kabullenmesine ve hatta hastanede yatma süresine etki edeceğini vurgulamıştır(63).

Rahat, hoş, temiz bir ortamın sağlanması, insanların temel ihtiyaçlarının karşılanması için gereklidir. Bu gereksinimleri karşılanması için; havanın sıcaklığı, oksijeni, nemi uygun olmalı, hastanın besin ve psikolojik ihtiyaçları giderilmelidir(64).

Hemşirelere, rahat hoş temiz bir ortam sağlama hususunun hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 145'i (%60.7) "çok önemli" 88'i (%36.8) "önemli" olduğunu ifade etmişlerdir.

Perihan Velioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hastaların "uygun ısıda, kokusuz, gürültüsüz, rahat ve hoş bir çevre" ile "temiz, rahat bir yatak" sağlanmasını çok önemsendikleri ortaya konmuştur.

Perihan Velioğlunun yaptığı bir çalışmada, hastaya rahat hoş temiz bir ortam sağlamanın hemşireler tarafından orta derecede önemli bulunduğu ifade edilmiştir.

Cihangiroğlu'nun hasta beklentilerini incelenmeye yönelik araştırmasında; hastalar, sağlık kurumlarının fiziksel imkanlarının (tuvalet, banyo) yetersizliğinden yakınmakta ve hastane temizliğine daha fazla özen gösterilmesini istemektedirler.

Daloğlu tarafından yapılan çalışmada, hastaların fiziksel ve sosyal özelliklerinin daha iyi olması nedeniyle özel hastaneleri tercih ettikleri saptanmıştır(65).

Yapılan çalışmalarda hastaların en çok yakındıkları konu, hastane personelinin, özellikle hemşirelerin, hastalara yeterince güler yüz ve nezaket göstermemeleridir. Bu durum bize, hastalar için güler yüz ve nezaketin büyük bir önemi olduğunu göstermektedir.

Hemşirelere, güler yüz ve nezaketin hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 139'u (%58.4) çok önemli, 93'ü (%39.1) önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Perihan Velioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, "Yakınlık, dostane ilgi, güler yüz, nezaket, şevkat, anlayış" hususlarını hemşirelerin önemsemesi istenmektedir.

Cihangiroğlu'nun çalışmasında, hemşirelerin saygı, nezaket ve arkadaşlığı konusunda araştırmaya katılan hastaların %44'ünün çok iyi, %33.3'ünün iyi, %17.8'inin orta, %9.0'ının kötü olarak değerlendirme yaptığı saptanmıştır.

Özmen'in gerçekleştirdiği bir araştırmaya göre; hastaların hastanede en çok ilişki içinde oldukları sağlık personeli, hekimler ve hemşireler olup, hastaların sıkıntılarını hemşire ve hekimlerle paylaştığı belirtilmiştir(66).

Hemşirelik esasları hakkındaki kaynak bilgilerine göre hemşire, hastayla tanışarak hastane hakkında bilgi vermelidir. Bu bilgiler; banyo ve tuvaletin yeri, çağırma zili, acil durumlarda nasıl haber vereceği, yemek saatleri, ziyaret saatleri, kişisel eşyalarının nerelere yerleştireceği vb.dir(67).

Servis hakkında hastaya gerekli bilgilerin verilmesi, hastanın yabancı olduğu ortama alışmasını sağlamaktadır(68).

Hemşirelere, servis hakkında gerekli bilgileri verme konusu hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 124'ü (%51.9) çok önemli, 109'u (%45.6) önemli bulduğunu ifade etmişlerdir.

Özmen'in Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması konulu araştırmasında; hastaya yatak gösteren kişi olarak %62.5 oranında hemşire yanıtı alınmıştır. Bu oranın düşük olma nedeni, bazı hemşirelerin yatak göstermeyi görev olarak kabul etmemesi veya yeterli sayıda görevli hemşirenin bulunmaması olabilir. Oysa , hasta servise ilk geldiği anda onu karşılama ve yatak gösterme, odadaki diğer hastalarla tanıştırma görevi hemşireye aittir.

Hemşirelere, hasta yakınlarına karşı güler yüz ve nezaket gösterme hususunun hastalar için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda; 105'i (%44.3) "çok önemli", 100'ü (%42.2) "önemli" bulduklarını ifade etmişlerdir.

Teretci'nin yaptığı çalışmada da, hastalar personelden, kendi yakınlarına karşı nazik davranmalarını istemektedir.

5.4.Hemşirelerin Kendi Mesleki Uygulamalarını Değerlendirmeleri

Bir önceki bölümde, hastaların hemşireliğin bazı özellikleri konusunda ne düşündükleri hemşirelere sorulmuş ve sonuçlar tartışılmıştı. Bu bölümde ise hemşirelerin aynı konulara kendi uygulamalarının nasıl olduğu tartışılacaktır.

“Kendinizi hastaya tanıtır mısınız?” sorusuna hemşirelerin 158’i (%66.4) daima veya çoğunlukla yanıtını vermişlerdir. Bir önceki bölümde; “hemşirenin kendini hastaya tanıtması hasta için ne kadar önemlidir” sorusuna 208 hemşire (%87.8) önemli yanıtını vermişti. Bu durumda; hemşirelerin %21’inin (%87-%66) hastalar için konunun önemini bildikleri halde yerine getirmedikleri sonucu çıkmaktadır. Bunun nedeni, hemşirenin kişisel özellikleri olabileceği gibi, tanışma hususundaki yanlış toplumsal alışkanlıklarımız olabilir. MC Clelland’ın belirttiği gibi; “ hastaya kendinizi tanıtın, ona adıyla hitap edin, bu iyi bir ilişkinin kurulmasında önemli bir adımdır”(67).

“Servis hakkında bilgi verme” uygulamasını 209 hemşire (%87.8) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde; “hemşirenin servis hakkında bilgi vermesi” sorusuna 233 hemşire (%97,5) önemli yanıtını vermiştir. Hemşirelerin hastalar için önemli bulduğu oran ile kendilerinin yaptığı oran arasında 10 puanlık fark vardır. Bunun nedeni hemşirelerin iş yükünün fazlalığı, eleman sayısı azlığı olabilir.

Mc Clelland’a göre, “Hastaya kalacağı oda, tuvalet gösterilmeli, güvence altında olduğu belirtilmeli, çevreye oryantasyonu sağlanmalıdır.”(68).

“Güleryüz ve nezaketli davranış” uygulamasını 206 hemşire (%86.6) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde; “güleryüz ve nezaketli davranış” sorusuna 239 hemşire (%97,5) önemli yanıtını vermiştir. Hemşirelerin hastalar için önemli bulduğu oran ile kendilerinin yaptığı oran arasında 10 puanlık fark vardır. Anketin sonunda “görüşlerinizi ve önerilerinizi belirtiniz” açık uçlu sorusuna cevap veren 35 hemşireden 10’u iş yükü fazlalığından çok gergin olduklarını, bu nedenle hastalara yeterince güleryüz ve nezaket gösteremediklerini dile getirmişlerdir.

Hemşireler rahat, hoş, temiz bir ortamın %97.5 (233) sağlamanın hastalar için çok önemli veya önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“Hastalara rahat, hoş, temiz bir ortam sağlama” uygulamasını 214 hemşire (%90.7) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümdeki; “Hastalara rahat, hoş, temiz bir ortam sağlama” sorusuna 233 hemşire (%97,5) önemli yanıtını vermişti. Bu bulgular sonucunda, hastaların bekledikleri hastane ortamının hemşireler tarafından hemen hemen sağlandığını görüyoruz. Bu sonucun elde edilmesinde, Turgut Özal Tıp Merkezi’nin iç düzenlemesinin hastayı rahatlatıcı özelliklerinin de rolü olsa gerektir (duvar rengi, yer

döşemesi, 24 saat sıcak suyun olması, hasta odalarında tuvalet, banyonun bulunması, havalandırmanın merkezi sistemle yapılması, merkezi müzik yayını vb.)

“Hastalara anlaşılır açıklamalar yapma” uygulamasını 221 hemşire (%92.5) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümdeki; “Hastalara anlaşılır açıklamalar yapma” sorusuna 233 hemşire (%97,5) önemli yanıtını vermişti. Aradaki farkın %5 gibi küçük bir oran olması oldukça sevindiricidir.

“Hasta yakınlarına karşı güleryüz ve nezaketli davranma” uygulamasını 201 hemşire (%79.9) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümdeki; “Hasta yakınlarına karşı güleryüz ve nezaketli davranma” sorusuna 205 hemşire (%86.5) önemli yanıtını vermişti. Aradaki farkın %6 gibi küçük bir oran olması bir tutarlılık göstergesi olarak istendik bir durum olarak değerlendirilebilir.

“Hasta mahremiyetine saygı” uygulamasını 228 hemşire (%96.6) daima ve çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde; “Hasta mahremiyetine saygı” sorusuna 235 hemşire (%98.7) önemli yanıtını vermiştir. Hastaların beklentileriyle hemşirelerin beklentileri karşılama oranlarının birbirine çok yakın olması sevindiricidir.

“Hastaya yapılacak işlemler hakkında gerekli bilgi verme” uygulamasını 232 hemşire (%97.5) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde, “Hastaya yapılacak işlemler hakkında gerekli bilgi verme” ” sorusuna 232 hemşire (%97.5) önemli yanıtını vermiştir. Yalcinkaya'nın aynı hastanede yaptığı çalışmada, hastaların yaklaşık olarak 1/3'ü, tetkik ve tedavinin ayrıntıları konusunda bilgilendirilmediklerini ifade etmişlerdir.

“Hastalara evde sürdürecekleri tedavi hakkında bilgi verme” uygulamasını 181 hemşire (%77.6) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde “Hastalara evde sürdürecekleri tedavi hakkında bilgi verme” sorusuna 232 hemşire (%98.3) önemli yanıtını vermiştir. Buna göre, hastaların beklentileriyle hemşirelerin uygulaması arasında fark vardır. Hemşirelerin taburculuk eğitimi eksikliğinden söz edilebilir. Oysa, hastaların tedavi süreci içine alınabilmeleri ve hastaların geri dönüşünün önlenmesi için taburculuk planlamasının sağlık bakım sistemi içinde yer alması gerekir(68).

Yalcinkaya'nın aynı hastanede yaptığı çalışmada, hastaların %86'sı, tetkik ve tedavinin ayrıntıları konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmediklerini ifade etmişlerdir.

“İlaçların doğru ve zamanında verilmesi” uygulamasını 232 hemşire (%98.3) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde “İlaçların doğru ve zamanında verilmesi” sorusuna 232 hemşire (% 97.5) önemli yanıtını vermişti. Bulgulara bakıldığında,

hemşirelerin hastaların beklentilerinin üzerinde uygulama yaptıkları görülebilir. Hemşirelerin görevlerinin bir parçası olan ilaç tedavisinin, hasta için önemli olduğunun bilincinde olmasından kaynaklanabilir.

“İstekle ve memnuniyetle bakım verme” uygulamasını 224 hemşire (%93.7) daima veya çoğunlukla gerçekleştirmektedir. Bir önceki bölümde “İstekle ve memnuniyetle bakım verme” sorusuna 232 hemşire (%96.2) önemli yanıtını vermişti.

5.5. Hemşirelerin Hastalardan Beklentilerinin Karşılama Düzeyi

Anket sorularının bir bölümü de hemşirelerin hastalardan beklentileri hakkındadır.

Hemşirelerin meslek yaşamları boyunca hastalardan güler yüz ve nezaket görme durumları incelendiğinde 41’i (%16.) daima, 117’si (%49) çoğunlukla, 50’si (%20.9) bazen, 23’ü (%9.6) nadiren, 9’u (%3.8) kesinlikle güler yüz ve nezaket gördüklerini ifade etmişlerdir. Yukarıdaki bulgulara baktığımızda hemşirelerin 157’si (%65.7) hatalardan daima ve çoğunlukla güler yüz ve nezaket görmüşlerdir. Hemşirelerin hastalarına güler yüz ve nezaket gösterme durumlarının incelediğimizde 206’sı (%76.61) güler yüz ve nezaketi gösterdikleri bulunmuştur. Bu iki oranın birbirine yakın olması hasta hemşire arasındaki ilişkinin iyi olduğundan söz edebiliriz.

Hastaların hastanenin temizlik kurallarına uyma gösterme durumlarını hemşireler tarafından değerlendirilmesine baktığımızda 33’ü (%13.8) daima, 78’i (%32.6) çoğunlukla, 75’i (%31.4)) bazen, 39’u (%16.3) nadiren, 9’u (%3.8) kesinlikle ifade etmişlerdir. Bulguların sonucunda hemşirelere göre hastaların 111’i (%46.4) hastanenin temizlik kurallarına uyduklarını söyleyebiliriz.

Hemşirelerin hastalardan mesleğine ve kişiliğine saygı görme oranlarına baktığımızda, 145’i (%19.1) daima, 88’i (%37.3) çoğunlukla, 56’sı (%23.7) bazen, 35’i (%14.8) nadiren, 12’si (%5.1) kesinlikle şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelere göre mesleklerine ve kişiliklerine saygı görme oranı 133’ü (%56.4) bulunmuştur.

Özcan ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonucuna göre; hemşirelerin %97.3’ü yani tamamına yakını, mesleğinin saygınlığını düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Yine büyük çoğunluğu, halkın hemşirelik mesleğiyle ilgili görüşlerinden rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışma sonucunda hemşirelik hizmetini alanlarında ve verenlerinde durumdan memnun olduklarını ve beklentilerini bulduklarının bir göstergesi olabilir.

Literatür bilgilerine göre hemşirelerin, halkın hemşirelik mesleğine yönelik bakış açısının olumlu değişmesini istedikleri belirtilmiştir. Oysa halkta oluşan görüşler bir neden değil sonuçtur. Sunulan hizmet, halkın gereksinmelerini ve beklentilerinin karşılandığı oranda

değişecektir. Yani hemşireler halkın hemşirelik mesleğini nasıl tanınmasını istiyorlarsa öyle bir hemşirelik hizmeti sergilediklerinde bu beklentileri gerçekleşecektir(69).

Hemşirelere göre hastaların verilen bakım önerilerine uyum gösterme durumları incelendiğinde 39'u (%16.7) daima, 90'ı (%38.5) çoğunlukla, 60'ı (%25.6) bazen, 39'u (%16.7) nadiren, 6'sı (%2.6) kesinlikle uyum gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelere göre hastanenin ziyaret saati kurallarına uyum gösterme oranları 30'u (%12.6)) daima, 45'i (%18.9) çoğunlukla, 38'i (%16)) bazen, 61'i (%25.6) nadiren, 64'ü (%26.9) kesinlikle şeklinde ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmada ziyaret saatlerine uyum gösterme oranı %45 bulunmuştur. Bunun sonucunda tedavinin olumsuz etkilendiğini, kalabalığın odayı havasız bıraktığı belirtilmiştir (70).

Hemşirelerin çalışma statüsü ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı ve ortalama mesleki puanı arasında istatistiksel fark yoktur ($p<0.05$). Bu sonuca göre, kadrolu ve geçici hemşirelerin sosyal güvenceleri ve maddi gelirleri farklı olduğu halde iş kalitesine olumsuz yansıtmadıklarını düşünebiliriz.

Hemşirelerin yaşları ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı ve ortalama mesleki puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. ($p>0.05$)

Uyargil'in 1988 yılında yürüttüğü "İş tatmini ile bireysel özellikler" konulu araştırmasında iş tatmini ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşla iş tatmini arasındaki ilişki negatif yöndedir. Kişiler yaşlandıkça tatminleri azalmaktadır; bu nedenle gençlerdeki iş tatmini yaşlılardan daha yüksek olarak bulunmuştur(71).

Hemşirelerin memuriyet süresi ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı ve ortalama mesleki puanı arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki yoktur ($P>0.05$).

Kaynaklardaki bilgilere göre, memuriyet yılında artış, iş doyumuna olumlu etki yapmaktadır. Bunun nedeni memuriyet yılı arttıkça kişilerin hiyerarşik pozisyonlarının yükselmesidir(72).

Hemşirelerin medeni durumları ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı ve ortalama mesleki puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Hemşirelerin eğitim durumları ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı ve ortalama mesleki puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin hastalarıyla daha iyi iletişim kuracakları, mesleki bilgi ve becerilerinin yükseleceği beklenirken çalışmamızda bu durum gözlenmemiştir. İleride

yapılacak benzer çalışmaların daha büyük hemşire popülasyonunda yürütülmesi ile farklı sonuçlar elde edilebilir.

Hemşirelere göre hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri ile hemşirelerin kendi mesleki uygulamaların değerlendirmelerinin ilişkisi incelendiğinde; iletişim ve kişisel özellik puanları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı iken ($p=0.00$; $p=0.000$), mesleki yeterlik puanları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı değildir ($p=0.130$). Bunun açıklaması şöyle yapılabilir: Hemşireler, iletişim ve kişisel özellikler konularında kendilerinden beklenenlerin farkındadırlar ve bu beklentilere uygun davranışları da gösterebilmektedirler. Mesleki yeterlik konusu ise teknik özellik gösterir ve hastaların objektif değerlendirme yapmalarının mümkün olmadığı bir alandır. Bu nedenle beklentilerle uygulama arasında ilişki bulunmamış olması doğal karşılanabilir.



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Araştırma İnönü Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 240 hemşirenin kendi ifadelerine göre hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin neler olduğu ve bunların karşılanabilirliğini belirlemek amacıyla yapılmış ve aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Hemşirelerin %59.4'ü 21-25 yaş, %5.9'u 20 ve daha küçük yaş grubundandır, 153'ü (%64.3) bekar, 14'ü (%60.7) sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunu, 47'si (%19.7) hemşirelik yüksekokulu mezundur, 43'ü (%18.3) bir yıldan daha az süredir ve 145'i (%61.6) 2-5 yıldır çalışmaktadır.

Hemşirelerin 154'ü (%64) geçici (sözleşmeli), 85'i (%35.6) kadrolu statüde çalışmaktadır. Hemşirelerin 23'ü (%9.7) aldığı ücretten memnun, 215'i (%90.3) memnun değildir. Hemşirelerin 42'si (%17.6) iş yükünden memnun, 196'sı (%82.4) memnun değildir, hemşirelerin 92'si (%38.9) vardiya sisteminden memnun 144'ü (%73.1) vardiya sisteminden memnun değildir. Hemşirelerin 149'u (%62.1) işyerindeki çalışanlarla ilişkilerden memnun, 90'nı (%37.72) memnun değildir.

Hemşirelere göre hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri:

Durumundaki değişiklikleri fark edip yetkililere bildirme hastalar için %79.4 (189) oranında çok önemli, %19.7 oranında (47) önemlidir. İşinde bilgili olma hastalar için %78.2 (186) oranında çok önemli, %21.5 oranında önemlidir. İlaçların doğru ve zamanında verilmesi hastalar için %76.1 (181) oranında çok önemli, %21.4 (51) oranında önemlidir. Mahremiyete saygı hastalar için %68.9 (164) oranında çok önemli, %29.8 (71) oranında önemlidir. Hastalara evde sürdürecekleri tedavi hakkında bilgi verilmesi hasta için %66.9 (158) oranında çok önemli %31.4 (74) oranında önemlidir. Hemşirelerin arandıklarında bulunabilmeleri hastalar için %67.1 (159) oranında çok önemli, %32.5 (77) oranında önemlidir. Hemşirelerin IV. enjeksiyonları olabildiğince seri ve ağrısız yapmaları hastalar için, %67.7'si (159) oranında çok önemli, %31.5 (74) oranında önemlidir. İstekle ve memnuniyetle bakım verme hastalar için %64.6 (155) oranında çok önemli, %31.6 oranında önemlidir. Yapılacak işlemler hakkında bilgi verme hastalar için %64.3 (153) oranında çok önemli %33 (79) oranında önemlidir. Anlaşılır açıklama yapılması hastalar için %34.7 (83) oranında çok önemli, %62.8 (150) oranında önemlidir. Şikayetlerinin sebeplerini anlatma hastalar için %51.9 (123)

oranında çok önemli, %42.2 (100) oranında önemlidir. Rahat, hoş, temiz bir ortam sağlama hastalar için %60.7 (145) oranında çok önemli, %36.8 (88) oranında önemlidir. Güleryüz ve nezaket hastalar için %39.1 (93) oranında çok önemli, %58.4 (139) oranında önemlidir. Servis hakkında gerekli bilgileri verme hastalar için %51.9 (124) oranında çok önemli, %45.6 (109) oranında önemlidir. Hasta yakınlarına karşı güleryüz ve nezaket gösterme hastalar için %44.3 (105) oranında çok önemli, %42.2 (100) önemlidir.

Hemşirelerin kendi meslek uygulamaları değerlendirildiğinde:

%66.4'ü (158) kendilerini hastaya daima veya çoğunlukla tanıttıklarını, %87.8'i (209) servis hakkında bilgi verilmesini daima veya çoğunlukla gerçekleştirdiklerini, %86.6'sı (206) hastalara güleryüz ve nezaketli davranış uygulamasını daima veya çoğunlukla yaptıklarını, %97.5'i (233) rahat, hoş, temiz bir ortamı hastalara daima veya çoğunlukla sağladıklarını, %92.5'i (221) hastalara anlaşılır açıklamayı daima veya çoğunlukla gerçekleştirdiklerini, %79.9'u (201) hasta yakınlarına karşı güleryüz ve nezaketli davranışı daima veya çoğunlukla gerçekleştirdiklerini, %96.6'sı (228) hasta mahremiyetine karşı daima ve çoğunlukla saygı gösterdiklerini, %97.5'i (232) hastaya yapılacak işlemler hakkında gerekli bilgiyi daima veya çoğunlukla verdiklerini, %77.6'sı (181) hastalara evde sürdürecekleri tedavi hakkında bilgiyi daima ve çoğunlukla verdiklerini, %98.3'ü (232) daima ve çoğunlukla ilaçları doğru ve zamanında verdiklerini, %93.7'si (224) daima ve çoğunlukla hastaya istekle ve memnuniyetle bakım verdiklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin hastalardan beklentilerinin karşılanma düzeyi ele alındığında; mesleki yaşamları boyunca hemşirelerin %65.7'si (157) hastalardan daima ve çoğunlukla güleryüz ve nezaket gördüklerini belirtmişlerdir. Hemşirelere göre hastaların %46.4'ü (111) hastanenin temizlik kurallarına uymaktadır. Hemşirelerin %56.4'ü (133 kişi) hastalardan daima veya çoğunlukla mesleklerine ve kişiliklerine saygı görmektedir. Hemşirelere göre verdikleri bakım önerilerine uyum gösterme durumları %55.2 (129) daima veya çoğunlukla olumludur. Hemşirelere göre hastanenin ziyaret saatlerine uyum gösterme oranı %45 bulunmuştur.

Kadrolu ve geçici hemşirelerin sosyal güvenceleri ve maddi gelirleri farklı olduğu halde iş kalitesine olumsuz yansıtmadıkları ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin yaşları ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı, ortalama mesleki puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hemşirelerin memuriyet süresi ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı, ortalama mesleki puan arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Hemşirelerin medeni durumları ile ortalama iletişim puanı, ortalama kişisel özellik puanı, ortalama mesleki puan arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim durumları ile ortalama iletişim puanı, ortalama

kişisel özellik puanı, ortalama mesleki puan arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki yoktur. ($p>0.05$).

Hemşirelere göre hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri ile hemşirelerin kendi mesleki uygulamaların değerlendirmelerinin ilişkisi incelendiğinde; iletişim ve kişisel özellik puanları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı iken ($p=0.00$; $p=0.000$), mesleki yeterlik puanları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı değildir ($p=0.130$).

Çalışma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Her ne kadar geçici statüde çalışan hemşirelerle, kadrolu statüde çalışan hemşirelerin performansları arasında farklılık önemli oranda değilse de, maddi olanakların yüksek olması ve iş güvencesi sağlaması nedeniyle geçici statüdeki hemşirelere kadro temini, onların iş verimini daha da yükseltebilecektir.
- Hemşirelerin çoğunluğunun iş yükünden memnun olmadıkları belirlenmiştir. Bunun için gerekli iş analizleri yapılarak hemşire gereksinimlerinin saptanması ve hemşire eksiği olan yerlere takviye yapılması,
- Hemşirelerin çalışmaya başlamadan önce çalışacakları servislerle ilgili eğitim almalarının sağlanması,
- Hemşirelerin, hastalara evde sürdürecekleri tedavi hakkında gerekli bilgileri verme konusunda yetersiz kaldıkları sonucuna dayanarak, hemşirelerin evde bakım konusuna ilişkin eğitim almaları,
- Hastalara yapılacak işlemler hakkında bilgi verme konusuna hemşirelerin daha fazla önem vermeleri,
- Hemşirelerin sundukları hizmet hakkında hastaların görüşlerini öğrenebilmeleri için hasta memnuniyeti araştırmalarının yapılması ve sonuçların hemşireler dahil tüm personele geribildirimi.

ÖZET

Hemşirelere göre hastaların beklentileri ve bu beklentilerin karşılanabilme durumlarının saptanması.

Sağlık hizmetlerine talebin artması ve buna karşın kaynakların kısıtlı olması, ülkeleri artan bu talebi etkili bir şekilde karşılamak üzere sağlık sistemlerini geliştirmeye ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi ön plana çıkarmaya yönlendirmektedir. Herkesin, ulaşılabilir ve en iyi sağlık hizmet alma hakkı vardır. Bu da mevcut ekonomik kaynaklar elverdiği ölçüde hizmet kalitesinin sürekli iyileştirmesini gerektirir. Hemşirelik hizmetleri, sağlık bakımının içinde özel bir yere sahiptir. Çünkü, hasta ile en çok zaman geçiren ve kişisel bakımda yardımcı olan meslek grubu hemşirelerdir.

Bu araştırma, belirtilen nedenlerle önem kazanan hemşirelik hizmetlerinin, hemşirelerin kendileri tarafından değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ögeler içeren kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır. Hemşirelere göre hastaların beklentileri ve bu beklentilerin karşılanabilirliğini incelemek için gerçekleştirilen araştırmanın evrenini, Malatya il merkezinde bulunan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 265 hemşire oluşturmaktadır. İlgili literatüre dayanılarak oluşturulan anket formu, Nisan-Mayıs 2000 aylarında örneklem alınmaksızın 240 hemşireye (%90.5) gözlem altında uygulandı.

Hemşirelerin 140'ı (%59.4) 21-25 yaş gurubunda yoğunlaşmakta olup, 62'si (%26.2) 26-30 yaş grubunda, 14'ü (%5.9) 20 ve daha küçük yaş grubunda, 7'si (%2.8) 36 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin 153'ü (%64.3) bekar, 78'i (%32.8) evlidir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde; 47'si (%19.7) Sağlık Meslek Lisesi, 145'i (%60.7) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, 47'si (%19.7) Hemşirelik Yüksek Okulu mezunudur. Hemşirelerin 154'ü (%64.4) geçici statüde, 85'i (%35.6) ise kadrolu statüde görev yapmaktadır.

Hemşirelere göre, hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri ile hemşirelerin kendi mesleki uygulamalarını değerlendirmeleri arasındaki ilişki incelendiğinde; iletişim ve kişisel özellik puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken, mesleki yeterlik puanları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı değildir. Memuriyet süresi ile; iletişim, kişisel özellik ve mesleki yeterlik puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki yoktur. Kadrolu hemşirelerle geçici hemşireler arasında; iletişim, kişisel özellik ve mesleki yeterlik puanları bakımından istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık yoktur. Yaşla iletişim ve mesleki yeterlik puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki yoktur; yaşla kişisel özellik puanları arasında ise anlamlı, pozitif bir ilişki vardır.

SUMMARY

The expectations of patients according to nurses and establishing of covering these expectations.

The increasing demand for health services and in spite of this the resources are limited, this situation directs countries to improve their health systems in order to cover the increasing demand effectively and to gain importance for the quality health services. Everybody has the right to get the best and reachable health service, which requires constantly to improve service quality as long as the present economical resources suffice. Nursing services have a special place in health care. Because the professional group who spend most of time with patients and helps them with personal care are nurses.

This research, which gained importance with the stated reasons of the nursing services, is planned as cross- section sort that covers definitive elements with the aim of the nurses assessment themselves. The aim of the research performed to examine the expectations of the patients according to nurses is made up of 265 nurses working in Malatya İnönü University Turgut Özal Medical Center Research and Application Hospital. The survey formed by receiving the opinion of the related Specialist professors has been applied to 240 nurses (%90.5) under observation without getting sample in April- May 2000.

One- hundred and forty (140) of the nurses focused on 21-25 age group (%59.4), sixty- two (62) of the nurses focused on 26-30 age group (%26.2), fourteenth of the nurses focused on 20 and under age group (%5.9), the last seventh of the nurses focused on 36 and above age group. One- hundred and fifty third of the nurses (%64.3) are single, and seventy eighth (%32.8) are married. When it comes to examine their education levels; forty- seventh (%19.7) of the nurses graduated from Health Vocational high- school, one- hundred and forty fifth (%60.7) of the nurses graduated from Health Services Vocational College, the rest are nursing college graduation. One- Hundred and fifty- four of the nurses are temporarily employed (%64.4), eighty- five of the ones are on the permanent staff.

According to nurses, when examining the relationship between the patients expectations from nursing services and nurses own professional application; while communication and personal feature pawns are meaningful as statistical, professional proficiency pawns are not on the statistical level. There is no meaningful relationship between official duty duration and communication on personal feature and professional proficiency pawns on statistical level. Between the nurses who are on the permanent staff and on the temporarily employed; there is no meaningful difference on statistical level in terms of communication, personal feature and professional proficiency pawns. There is no meaningful

relationship between age, communication and professional proficiency puans on statisticallevel, while there is meaningful, positive relationship between age and personal feature puans.



KAYNAKLAR

- 1.Roger-France, FH., Andersen, JS., Johansen, KS., Quality of Care Development in Clinical Settings WHO/EURO. Copenhagen. 1994;76-36
- 2.Fişek, N., Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Çağ Matbaası. Ankara, 1983;1-6.
- 3.Birol, L., Hemşirelik Süreci. Bozyaka Matbaacılık. İzmir, 2000; 21-23
4. Kum, E., Türkiyede İlk Hemşire Okulu Açılışından Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Kurumlaşma, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Esnaf Ofset Matbaacılık. Sivas, 1992;124-131.
1995;32-46.
5. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., İç Hastalıkları Hemşireliği. Sanem Matbaacılık. Ankara,1995;36-39.
- 6.Birol, L., Hemşirelik Süreci. Bozyaka Matbaacılık. İzmir, 2000;21-25
- 7.Ulusoy, M.F., R, S. Görgülü., Hemşirelik Esasları. Dizgi Basımevi. Ankara, 1997:19-21.
- 8.Spicer, JG., Nitta, D.E., Nursing organization and management. In: Taylor RJ, Taylor SB, ed(s). The AUPHA Manual of Health Services Management.Gaithersburg, Maryland: Aspen Publ.Inc. 1994; 204-207.
- 9.TS-ISO 9004-2 Standardı (Temmuz 1992), Ankara.
- 10.Uz, H., Hastanelerde Kalite Yönetimi. Hayran, O;Sur, H;(Eds) Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 1997 115-131.
- 11.TS-EN-ISO 9000 Kalite Broşürü; Ankara, 1997.
- 12.Peşkiroğlu, N., Toplam Kalite Sistemi ve ISO 9000 Standartları. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktive Merkezi Yayınları, Ankara, 1994;1
- 13.Teretçi, S., Türk Silahlı Kuvvetleri Personel ve Yakınlarının Askeri Sağlık Kurumları İle İlgili Beklentileri. Genelkurmay Bşk. Gülhane Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1998.
- 14.Kocaman, G., Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu. İzmir, 1 Temmuz 1997.
- 15.Çoruh, M., 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı 1. Baskı. Ankara, Kasım 1995.
- 16.Öztek, Z., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, Çoruh, M; (ED) 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı. Kasım, Ankara, 1995;37-40.

- 17.Peker, Ö., Toplam Kalite Yönetimi ve TS-ISO 9000 Standartları, Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları. Özel Sayı, Ankara, 1995.
- 18.Özgen, H., Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme, Toplum ve Hekim. Eylül - Aralık, 1995; 47-53.
- 19.Cihangiroğlu, N., GATA Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Olan Hastalara Verilen Sağlık Bakım Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmininin İncelenmesi. Genelkurmay Bşk. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1996.
- 20.Kavuncubaşı, Ş., Esatoğlu, A.E; Uz, H; Hastanelerde Kalite Yönetimi. Hayran, O; Sur, H;(Ed) Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 1997; 115-131.
- 21.ROEMER, MI., Montoyo- Aguilar, C; Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care. WHO Publication. No:105, Geneva,1988.
- 22.Hayran, O; Sur, H., Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayım. İstanbul, 1998
- 23.Erefe, İ., Kaliteli Sağlık Bakımı İle Neyi Kastediyoruz? ICN Kalite, Maliyet ve Hemşirelik, Uluslararası Sempozyum, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 3-5 Kasım İzmir, 1993;1-3
- 24.Başol, K., Onur Hastanesinin Kaliteli Hizmet Sunumu Konusundaki Görüşleri ve İki Örnek Olay. Çoruh M (Ed) 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Haberal Eğitim Vakfı. 24-25Kasım, Ankara, 1995; 105- 113
- 25.Yeğinboy, Y., Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi. Haberal Eğitim Vakfı 24-25 Kasım Ankara 1995 155-159.
- 26.Donabedian, A., The quality of care, How can it be assessed Jama. Sep, 1988; 23-30, vol 260 (12) R, Marilyn J; Measuring of Quality on Nursing. Journal of Nursing Care Quality, Jan, 1995.
- 27.Engiz, O., Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hayran O Sur H (Eds) Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 1997; 61-87.
- 28.Schmidt. R., QA in Health Care Services. ASOC Quality Press. 1992.
- 29.Kardeş, S., Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini. Doğan, M; Harmancıoğlu, Ö; Yeniboy, Y; (Ed) 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. Dokuz Eylül Ü, 4-7 Mayıs, Kuşadası, 1994;231-253.
- 30.Hughes, j., Satisfaction With Medical Care. A Review of the Field, 1991.
- 31.Varinli, İ., İlkay, S., Erdem, O., Hasta Tatmininde Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri ve Önemi. Hemşirelik- Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, 3-5 Haziran Kayseri, 1998;88-102.

- 32.Gökdoğan, F., Türk Hemşireler Dergisi Cilt:42 Sayı :3 1992;6-7
- 33.Özdağ, N., Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite ve Hemşire Etkinliği.V, Ulusal Hemşirelik Kongresi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sabancı Kültür Sarayı,2-4 Temmuz, İzmir,1997;207-197.
- 34.Özcan, A., Hemşirelikte İletişim Türk Hemşireler Dergisi. Cilt:42, Sayı 4, 1992
- 35.Terakye, G., Hasta Hemşire İlişkileri. Basım Zirve Ofset Ltd. Şti. Ankara, 1998; 32-41.
- 36.Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., Bioistatistik. Ankara, Özdemir Basım Yayım ve dağıtım Ltd. Şt.,6. Baskı, Eylül 1995.
- 37.Dawson, S.B., Trapp, R.G; Basic and Clinical Biostatistics.East Norwalk Connecticut, Appleton and Lange.1990.
- 38..Hayran, M., Özdemir, O., Bilgisayar İstatistik ve Tıp, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.1995.
- 39..Tezcan, T., Epidemiyoloji. Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1992.
- 40.Velioğlu, P., Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset Matbaası. İstanbul, 1998;64-68.
- 41.Bağ, B., Hemşirelik Uygulamalarında Etik .Bakanlar Matbaacılık. Erzurum. 2000;51-59.
- 42.Bayık, A., Erefe, İ., S.A, Özsoy; Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Davranışları, Sağlık Sorunları ve Karşılaştıkları Mesleki Riskleri, 11.Ulusal Hemşire Kongresi Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 1992; 63-71.
- 43.Gürbüz, H., Fırat, F., Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Sorunlarının Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi- Uygulama ve Araştırma Hastanesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 1999; 225
- 44.Durmuş, D., VII. Elazığ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Stresi Puanlarının Değerlendirilmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 1999;280-283.
- 45.Aslankoç, R., Öztürk, M., Yıldırım, N., Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete İle İlişkisi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Erzurum, 1999; 468-470.
- 46.Türkistanlı, E., İzmir Doğum Evinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çalışma Koşullarından Memnuniyetleri ve Karşılaştıkları Mesleki Sorunları, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 1999; 273-275.
- 47.Özcan, C., Genç, M.,Türk Sağlık Mevzuatı, 2 nci Bası. İmaj Matbaacılık, İzmir, 1998.
- 48.Güngör, N., Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Hemşire Oranlarının Belirlenmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 1999;29-30.

- 49.Görgülü, S., Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Stresi Ortamında Etkileyen Streslerin Tanımlanması. (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 1988;23-26.
- 50.Hipwel, E.A., Tyler, A., Sources of Stress and Dissatisfaction Among Nurses In Four Hospital Environments, British Journal of Medical Psychology. 1989;71-79.
- 51.Öztürk, A., Verimlilik Dergisi, Sağlık sektöründe Özelleştirme, Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme. Ankara, 1994; 48-54 Cilt(4)
- 52.Erdal, E., Kadir, L., Demir, Ü., Ege Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Programının Değerlendirilmesi, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Esnaf Ofset Matbaacılık. 1992;792-794.
- 53.Kovan, A.K., Hemşirelerin Kortikosteroid İlaçların Uygulanışına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 1992;320-332.
- 54.Atalay, M., İnsan Hakları-Hasta/Tüketici Hakları III. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Esnaf Ofset Matbaacılık. Sivas, 1992; 71-73.
- 55.S Cesur, S., Türk Hemşireler Dergisi. Arsu Ofset. Ankara, 1998,14 cilt:38 sayı:1
- 56.B Ekic, B., Hemşirelerin Hasta Haklarını Savunucu Rolü. VII Ulusal Hemşirelik Kongresi. Erzurum, 2000;467-469.
- 57.Oktay, S., 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi. İstanbul, 1998;3-6.
- 58.Yalçinkaya, N., Malatya'da 1999 yılında Turgut Özal Tıp Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Malatya, 2000.
- 59.Aslan, F.E., Yazıcı, S., Senel, S; İstanbul'da Bir Üniversite ve Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Çalışma, II.Ulusal Kongre. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 1992;872- 879.
- 60.Velioğlu, P., Hastalara ve Hemşirelere Göre Hemşirelik Faaliyetlerinin Önem Derecesi. Hemşirelik Bülteni, Nazın Terzioğlu Basım Atölyesi. Çilt II Sayı 6. 1986;:20-33.
- 61.Uz, H., Özbakır D., Ergin, C., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı 1997;113-118.
- 62.Bertakis, D., Roter, D; Putnam, S; The Relations of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction,The Journal of Family Practice.1991;175-181.
- 63.Avcı, E., Sağlıklı Hastane Ortamı, Hemşirelik Esaslar. Damla Matbaacılık. Ankara,1999: 59-69.

64. Ann, G., Perry, Rn., MSN, EdD Fundamentals Of Nursing. St.Louis.1992; 73-64.
65. Daloğlu, G., Özel Hastaneyi Kullananların Tercih Nedenleri ve Seçilen Hastalık Gruplarındaki Ortalama Yatış Süresi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1991;25-38.
66. Özmen, D., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaları Beklentilerinin Saptanması, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 1990;533-538.
67. Çakırcalı, E., İletişim ve Öğretim İlkeleri, Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir, 1996;31-35.
68. Hatipoğlu, S., Hasta Kabulü ve Taburcu Edilmesi, Hemşirelik Esasları. GATA Basımevi, Ankara, 1999;71-94.
69. Özcan, A., Özgür, H; Hemşirelerin Mesleki Benliklerini Algılayışları, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 1992;226-234.
70. Özcan, A., Karataş, B., Nural, N., Refakatçi Olarak Kalan Hasta Yakınlarının, Hemşire-Hasta ve Refakateçiler Tarafından Nasıl Algılandığının İncelenmesi, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Esnaf Ofset Matbaacılık. Sivas, 1992; 590-600.
71. Uygargil, C., İş Tatmini ve Bireysel Özellikler. Türkiye'de Özel Sektörde Yapılmış Bir İş Tatmini Araştırması, İstanbul, 1988;53-48.
72. Erdoğan, H., Hemşirelikte İş Doyumu İle İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. İzmir, 1997;216-219.

ÖZGEÇMİŞ

01.04.1969 tarihinde Malatya'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Malatya'da tamamladı.1989 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na girdi. 1992 yılında mezun oldu. 1992 yılında Ankara Organ Nakli Hastanesinde (Başkent Üniversitesi) çalıştı. 1993-1994 yılları arasında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü bağlı Malatya Huzurevinde çalıştı.1994 yılında Fırat Üniversitesi S.H.Y.O.da öğretim görevlisi olarak çalıştı.1998 yılında İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulunda Çalışmaya başladı. 1998 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimlerinin açmış olduğu Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisans sınavını kazandı. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulunda çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.

TEŐEKKÖRLER

Öncelikle bizlere bu imkanı sağlayan Prof.Dr. Erkan Pehlivan'a, çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde büyük desteğini gördüğüm danıőmanım Doç.Dr. Metin Fikret Genç'e, İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı bölüm hocalarıma, Yrd.Doç. Dr. Ruően Atmaca'ya, Sağlık Yüksek Okulundaki arkadaşlarıma ve maddi- manevi desteğini esirgemeyen eőime ve oğlum Seran'a, yeğenim Uęur Uyumlu'ya saygı ve teőekkürlerimi iletmeyi görev sayıyorum.