T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HASTANELERDE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile İLİŞKİSİ

Saadet CİN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Ağustos, 2024

TEZ KABUL VE ONAY

Saadet CİN tarafından, **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ** danışmanlığında hazırlanan **"HASTANELERDE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile İLİŞKİSİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **09/07/2024** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM Atlas Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Canser BOZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Semanur KUMRAL ÖZÇELİK Marmara Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Saadet CİN

(İmza)

Varlıklarıyla bana her zaman güç veren canım aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HASTANELERDE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile İLİŞKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince yoğun çalışma temposuna rağmen güler yüzünü, samimiyetini, anlayışını, çalışmanın her aşamasında rehberliğini ve katkılarını hiç eksik etmeyen çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Doktora eğitimim süresince sahip oldukları bilgi ve mesleki deneyim ile beni aydınlatan, mesleğime farklı açılardan bakmamı sağlayan, mesleki duruşlarını kendime örnek aldığım ve öğrencileri olmaktan onur duyduğum saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM ve Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Tez Jüri üyelerimden biri olan ve tezimle ilgili bana verdiği destek ve katkılarından dolayı değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU'na ve desteğini hiç esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Canser BOZ'a,

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa'da doktora eğitimine başlama kararımda en büyük etkisi olan, ilk andan mezun olduğum son ana kadar yanımda olan ve desteğini hiç eksik etmeyen canım dostum Kalbiye MEMİŞ'e,

Tez çalışmam süresince ihtiyacım olan her an yardımlarını esirgemeyen, beni motive eden ve fikirleri ile destekleyen değerli Başkan Yardımcım Davut KÖSEOĞLU'na, çok değerli arkadaşlarım ve meslektaşlarıma,

Çalışmama katılmayı kabul edip katkıda bulunan tez çalışmamı yürüttüğüm hastanelerin cerrahi servislerinde çalışan hemşireler ile bu servislerde yatan hastalara,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, aldığım her kararda bana güvenen, başaracağıma inanan, bu süreçte en büyük destekçilerim olan aileme sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Ağustos 2024 Saadet CİN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAY ii
BEYAN iii
BÜTÇE DESTEKLERİ v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER vii
ŞEKİL LİSTESİ xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xvi
ÖZET xvii
ABSTRACT xix
1. GİRİŞ 1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 9
2.1. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ 9
2.1.1. Hemşirelik İşgücü Özellikleri 9
2.1.2. Diğer Hemşirelik Özellikleri 16
2.2. HASTANIN BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYİ 21
2.3. HASTA SONUÇLARI 22
2.3.1. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet 22
2.3.2. Hemşireliğe Duyarlı Bakım Göstergeleri 24
2.3.3. Diğer Sonuçlar 29
2.3.4. Yatış Maliyeti 34
3. YÖNTEM 36
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ 36
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ 37
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ZAMAN 38
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI 38
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 39
3.5.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu 39
3.5.2. Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği 39

3.5.3. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu....40
3.5.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)....40
3.5.5. Hasta İzlem Formu....40
3.5.6. Hemşire İzlem Formu....41
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ....42
3.7. VERİLERİN ANALİZİ....42
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI....42
4. BULGULAR....44
4.1. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR....44
4.1.1. Hemşirelerin İşgücü Özelliklerine Yönelik Bulgular....44
4.1.2. Hemşirelerin Diğer Özelliklerinin Hastalardaki Oransal Dağılımına Yönelik Bulgular....46
4.2. HASTALARIN ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR....48
4.3. HASTALARIN SONUÇLARINA YÖNELİK BULGULAR....50
4.4. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ve MESLEK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİK ÖLÇEĞİ TOPLAM ve ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR....52
4.5. HASTALARIN BİREYSEL, KLİNİK ÖZELLİKLERİNE ve SONUÇLARINA GÖRE HASTA BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYİ ve HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR....55
4.6. HASTA ÖZELLİKLERİ ile SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR....59
4.7. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ ZAMANA GÖRE DEĞİŞİMİNE YÖNELİK BULGULAR....60
4.7.1. Hemşirelik Özelliklerinin Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular....60
4.7.2. Hasta Özelliklerinin Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular....62
4.7.3. Hasta Sonuçlarının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular....64
4.8. BİRİMLERE GÖRE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR....67
4.8.1. Birimlere Göre Hemşirelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular....67
4.8.2. Birimlere Göre Hasta Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular....70
4.8.3. Birimlere Göre Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular....71
4.9. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile KARŞILAŞTIRILMASINA ve İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULAR....74
4.9.1. Hemşirelerin Lisans ve Üstü Öğrenim Düzeyi Oranlarının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular....74

4.9.2. Hemşirelerin Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 77
4.9.3. Hemşirelerin İş Doyumu Oranlarının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 80
4.9.4. Hemşirelerin Birimlere göre Lisans ve Üstü Öğrenim Düzeyi Oranı, Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği, İş Doyumu Oranı ile Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Yatış Maliyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 83
4.9.5. Gündüz ve Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 84
4.9.6. Gündüz ve Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranları, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Yatış Maliyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 87
4.9.7. Hemşirelerin Fazla Mesai Saatlerinin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 88
4.9.8. Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemi ve Hastaya Verilen Eğitimin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 90
5. TARTIŞMA 93
5.1. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ve MESLEK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİĞİ ve ALT BOYUT PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 93
5.2. HASTALARIN BİREYSEL, KLİNİK ÖZELLİKLERİNE ve SONUÇLARINA GÖRE HASTA BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYİ ve HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYETİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 95
5.3. HASTA ÖZELLİKLERİ ile SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 97
5.4. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ ZAMANA GÖRE DEĞİŞİME YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 99
5.5. BİRİMLERE GÖRE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 102
5.6. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile KARŞILAŞTIRILMASINA ve İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 105
5.6.1. Hemşirelik İşgücü Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması 106
5.6.2. Hemşirelik İşgücü Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması 110
5.6.3. Diğer Hemşirelik Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması 111

5.6.4. Diğer Hemşirelik Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması 115
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 117
KAYNAKLAR 123
EKLER 154
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 165
ETİK KURUL İZİN YAZISI 166
KURUM İZNİ YAZILARI 168
ÖZGEÇMİŞ 173

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Araştırmanın kavramsal çerçevesi. 36

Şekil 4.1: Hemşirelerin fazla mesai saatleri ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular. 60

Şekil 4.2: Hemşirelerin gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular. 61

Şekil 4.3: Hemşirelerin gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular. 62

Şekil 4.4: Hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular. 63

Şekil 4.5: Hasta kalış gün sayısı ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular. 63

Şekil 4.6: Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular. 64

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: Hastanelerin özelliklerine göre dağılımı ($N_{hemşire}$=101, N_{hasta}=408).....37

Tablo 4.1: Hemşirelerin bireysel özelliklerine yönelik bulgular (N=101). 44

Tablo 4.2: Hemşirelerin mesleki özelliklerine yönelik bulgular (N=101). 45

Tablo 4.3: Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına yönelik bulgular (N=101).....46

Tablo 4.4: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranına göre hastaların dağılımına yönelik bulgular ($N_{hemşire}$=101, N_{hasta}=408). 46

Tablo 4.5: Hemşirelerin fazla mesai saatlerine göre hastaların dağılımına yönelik bulgular (N=408).....47

Tablo 4.6: Hemşirelik bakım sunum yöntemi ve hastaya verilen eğitime göre hastaların dağılımına yönelik bulgular (N=408).....47

Tablo 4.7: Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular (N=408). 48

Tablo 4.8: Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puan ortalamasına yönelik bulgular (N=408).....48

Tablo 4.9: Hastaların klinik özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular (N=408). 49

Tablo 4.10: Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamasına yönelik bulgular (N=408).....50

Tablo 4.11: Hastaların hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinin dağılımına yönelik bulgular (N=408).....50

Tablo 4.12: Hastaların diğer sonuçlarının dağılımına yönelik bulgular (N=408). 51

Tablo 4.13: Hastaların yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti ortalamalarına yönelik bulgular (N=408).....51

Tablo 4.14: Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği (toplam ve alt boyutları) puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=101).....52

Tablo 4.15: Hastaların bireysel özelliklerine göre hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=408).....55

Tablo 4.16: Hastaların klinik özelliklerine göre hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=408).....56

Tablo 4.17: Hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarına göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 58

Tablo 4.18: Hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları, hastaların hastanede kalış gün sayısı, yatış maliyeti, taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasındaki korelasyona yönelik bulgular (N=408).....59

Tablo 4.19: Hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinin zamana göre değişimine yönelik bulgular (N=408).....65

Tablo 4.20: Diğer hasta sonuçlarının zamana göre değişimine yönelik bulgular (N=408).....66

Tablo 4.21: Birimlere göre hemşirelik işgücü özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=101).....68

Tablo 4.22: Birimlere göre diğer hemşirelik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....69

Tablo 4.23: Birimlere göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....70

Tablo 4.24: Birimlere göre hasta kalış gün sayısı ortalamasının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....71

Tablo 4.25: Birimlere göre Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 71

Tablo 4.26: Birimlere göre hemşirelik duyarlı bakım göstergelerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....72

Tablo 4.27: Birimlere göre diğer hasta sonuçlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....73

Tablo 4.28: Birimlere göre ortalama yatış maliyetinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....74

Tablo 4.29: Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 75

Tablo 4.30: Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 75

Tablo 4.31: Hemşirelerin birimlere göre Lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....76

Tablo 4.32: Hemşirelerin birimlere göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....77

Tablo 4.33: Hemşirelerin birimlere göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).....78

Tablo 4.34: Hemşirelerin birimlere göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 79

Tablo 4.35: Hemşirelerin birimlere göre İş doyumu oranının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 80

Tablo 4.36: Hemşirelerin birimlere göre iş doyumu oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 81

Tablo 4.37: Hemşirelerin birimlere göre iş doyumu oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 82

Tablo 4.38: Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı, Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği, iş doyumu oranı ile hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasındaki korelasyona yönelik bulgular (N=408). 83

Tablo 4.39: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 84

Tablo 4.40: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 85

Tablo 4.41: Gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranının ve diğer hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 86

Tablo 4.42: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalaması, Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasındaki korelasyona yönelik bulgular (N=408). 87

Tablo 4.43: Hemşirelerin fazla mesai saatleri ortalamalarının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 88

Tablo 4.44: Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 88

Tablo 4.44 (devam): Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 89

Tablo 4.45: Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin diğer hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 89

Tablo 4.45 (devam): Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin diğer hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 90

Tablo 4.46: Hemşirelik bakım sunum yöntemi ve hastaya eğitim verilip verilmemesinin hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyeti açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 90

Tablo 4.47: Bakım sunum yöntemi ve hastaya eğitim verilip verilmemesinin hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 91

Tablo 4.48: Bakım sunum yöntemleri ve eğitim verilip verilmemesi durumunun taburculuk sonrası yeniden ameliyat ve yeniden yatış, yatış süresince komplikasyon ve enfeksiyon oranları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408). 92

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
BBÖ	: Bakım Bağımlılığı Ölçeği
BHYÖ	: Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
NHBMÖ	: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği
NSIs	: Hemşireliğe Duyarlı Göstergeler
PVK	: Periferik İntravenöz Kateter
HHO	: Hemşire/Hasta Oranı
S	: Standart Sapma
$\bar{X}$	: Ortalama
X^2	: Ki-Kare Testi

ÖZET

DOKTORA TEZİ

HASTANELERDE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile İLİŞKİSİ

Saadet CİN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Danışman : Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımdaki araştırma, hastanelerde hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Araştırmanın örneklemini; İstanbul Avrupa yakasında üçüncü düzey sağlık hizmeti sunan üç hastanenin ortopedik cerrahi servislerinde yatarak tedavi gören hastalar (n=408) ve onlara bakım veren hemşireler (n=101) oluşturdu. Araştırma verileri 01.11.2020- 31.12.2022 tarihleri arasında toplandı. Hemşirelere yönelik veriler; "Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu", "Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği" ve "Hemşire İzlem Formu" ile toplandı. Hastalara yönelik veriler; "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", "Hasta İzlem Formu (Bakım Bağımlılığı Ölçeği)" ve "Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği" ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, verilerin gruplar arası karşılaştırmasında parametrik testler (student t testi veya ANOVA), kategorik veriler için Ki-Kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Hemşirelerde Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalaması 5,54±0,89 bulundu. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamasının 69,17±9,33, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet

Ölçeği puan ortalamasının 86,1±12,98, ortalama yatış maliyetinin 11.696,06 TL ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyetininin 1.126,82 TL olduğu bulundu. Hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisi için yapılan korelasyon analizine göre; hemşirelerin lisans ve üzeri öğrenim düzeyi, bütüncül hemşirelik yeterlik puanı ve servislerdeki hemşire-hasta oranı ile hastaların yatış maliyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlendi. Hemşirelerin iş doyumu oranı [(memnun+çok memnun olanlar)/toplam hemşire sayısı] ile hastaların yatış maliyeti arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki belirlendi. Hemşirelik özellikleri ile hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile karşılaştırılmasında; hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinden basınç yaralanması ve infiltrasyon, diğer hasta sonuçlarından komplikasyon, taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış ve yeniden ameliyat oranlarında anlamlı farklılık belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin öğrenim düzeyi, yeterliği ve iş doyumunun hastalarda olumlu sonuçlarından dolayı arttırılması; hemşirelerin fazla mesai, hemşire/hasta oranı gibi iş yükünü arttıran çalışma ortamlarında koşulların iyileştirilmesi için uygun hemşire istihdamının sağlanması; hastaya verilen bakımın ve eğitimin nitelikli olması önerilmektedir.

Ağustos 2024 , 193 sayfa.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik özellikleri, Hemşirelik işgücü, Hasta sonuçları, Hastane

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSING CHARACTERISTICS with PATIENT OUTCOMES in HOSPITALS

Saadet CİN

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Management in Nursing

Doctorate Programme in Nursing Management

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Betül SÖNMEZ

The research was conducted using a cross-sectional, descriptive and relational design to determine the relationship between nursing characteristics and patient outcomes in hospitals. The study sample consisted of patients (n=408) receiving inpatient orthopedic surgical treatment and nurses (n=101) providing care in three tertiary hospitals on the European side of Istanbul. Data were collected between 01.11.2020 and 31.12.2022. Data related to nurses were gathered using the “Nurse Demographic Information Form”, the “Holistic Nursing Competence Scale” and the “Nurse Monitoring Form”. Data related to patients were collected using the “Patient Demographic Information Form”, the “Patient Monitoring Form (Care Dependency Scale)” and the “Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale”. Descriptive statistical methods were used to evaluate the data, while parametric tests (Student's t-test or ANOVA) were used for comparisons between groups, the Chi-Square test for categorical data, and Pearson correlation analysis for determining relationships between variables. The average total score for the Holistic Nursing Competence Scale among nurses was found to be 5.54±0.89. The average score for the Care Dependency Scale among patients was 69.17±9.33, the average score

for the Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale was 86.1±12.98, the average hospitalization cost was 11,696.06 TL, and the average cost for readmission after discharge was 1,126.82 TL. According to the correlation analysis of the relationship between nursing characteristics and patient outcomes, a positive significant relationship was found between nurses' education level (bachelor's degree and above), holistic nursing competence score and nurse-patient ratio with patients' hospitalization costs. A negative significant relationship was found between nurses' job satisfaction rate [(satisfied+very satisfied nurses)/total number of nurses] and patients' hospitalization costs. No significant relationship was found between nursing characteristics and patients' nursing care satisfaction. When comparing nursing characteristics with patient outcomes, significant differences were found in pressure ulcers and infiltration among nursing-sensitive care indicators, as well as complications, readmission within 30 days after discharge, and reoperation rates among other patient outcomes. Based on these results, it is recommended to increase nurses' education level, competence, and job satisfaction due to their positive impact on patient outcomes; to improve working conditions in environments with high workloads, such as overtime and nurse-patient ratios, by ensuring appropriate nurse staffing; and to ensure the quality of patient care and education.

August 2024, 193 pages.

Keywords: Nursing characteristics, Nursing workforce, Patient outcomes, Hospital.

1. GİRİŞ

Hemşirelik; oluşturulan bakım standartları ve kriterleri ile hemşirelik hizmetlerinin sunulduğu yapıyı, bakım sürecini ve devamında oluşan sonuçları devamlı ve nicel ölçümler yaparak, hastanın gereksinim duyduğu bakımının sunulmasını güvence altına alır (Ovayolu ve Bahar, 2006). Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda, hemşirelik özellikleri, güvenli ve etkili bakımın kalitesini destekleyen önemli faktörler olarak gösterilmiştir. Hasta güvenliğinin ve hasta bakım kalitesinin en önemli belirleyicisi olan hemşire işgücü gereksiniminin belirlenmesi, kanıta dayalı yaklaşımlarla iş yükü oranına göre hastaneler ve farklı birimleri arasında dengeli bir şekilde yapılmalıdır. Hemşire işgücünün dengesiz dağılımı, hemşire işgücünün verimsizliğine, kalitesiz bakıma ve sonucunda maliyetlerin artmasına ve sağlıkta eşitsizliklere neden olmaktadır (Şenol ve Birgili, 2023; Özkan ve Uydacı, 2020).

Hasta sonuçlarıyla anlamlı olarak ilişkili olabilecek hemşirelik işgücü özellikleri, hasta günü başına toplam hemşirelik saati, hemşireler tarafından sağlanan bakımın saat yüzdesi ve hemşirelik deneyimidir. Dunton ve diğ. (2007) hemşirelik işgücü özellikleri ile hasta düşmeleri ve basınç yaralanması oranları arasındaki ilişkiyi incelendikleri çalışmalarında; birimde deneyimli hemşirelerin fazla olmasının düşük düşme ve basınç yaralanması oranlarıyla ilişkili olduğunu belirlemiştir. Estabrooks ve diğ. (2005), Kanada'da 49 akut bakım hastanesinden taburcu olan 18142 hasta ile yaptıkları araştırmada, farklı hastanelerdeki hemşirelik özelliklerinin hasta ölüm oranlarına etkilerini incelemiş; hemşirelerin yüksek eğitim düzeyleri, yüksek beceri düzeyi, olumlu hemşire-hekim ilişkileri ve düşük günlük-geçici istihdamın hasta ölüm oranlarında düşüşle ilişkili olduğunu belirlemişlerdir.

Sağlık kurumlarında yeterli hemşire istihdamının yapılması hasta bakımının güvenli, kaliteli ve sürekli olarak gerçekleştirilmesi için gereklidir (Türkmen, 2015). İyileştirilmiş hemşire istihdam düzeyi hemşireliğe duyarlı ve diğer hasta sonuçlarla olumlu ilişki içindedir (Martsolf ve diğ., 2014; Zhu ve diğ., 2012). Avustralya'da yasal düzenleme ile iyileştirilen hemşire/hasta oranı devamında, hasta bakım sonuçlarının çoğunda iyileşme olduğu ve maliyet etkili bir uygulama olduğu bildirilmektedir (Twigg ve diğ., 2013). Wang ve diğ. (2020), düşük hemşire-hasta oranı ile basınç yaralanması oranını pozitif olarak ilişkilendirmiştir. Şenol ve Birgili (2023), ağız bakımı verilmeyen hastalarda ventilatör ilişkili pnömoni geliştiğini ve pozisyon verilmeyen hastalarda basınç yarasının arttığını ifade etmişlerdir. Gliner ve diğ.

(2022), saatlik hemşire turunun, daha az tur yapmaya göre düşme oranlarında %21'den fazla azalmaya, olumsuz hemşire iletişiminin hasta düşme oranlarında 8,6 kat artışa neden olduğunu belirlemiştir. Hemşirenin bakım verdiği hastalara ilave edilecek her bir hastanın basınç yaralanması, ilaç hataları, düşmeye bağlı yaralanmalar ve yeniden hastane yatışlarını artıracağı ortaya koyulmuştur (Aiken ve diğ., 2011; Cho ve diğ., 2016). Yeterli istihdam, sadece hastaların bakım bağımlılığı ihtiyaçlarını karşılamakla kalmaz, aynı zamanda iş memnuniyeti ve azaltılmış bakım eksikliği de dahil olmak üzere olumlu hasta ve hemşire sonuçlarını sağlamak için gereklidir (Cho ve diğ., 2020b). Rhéaume ve diğ. (2011), uygun kaynaklar, uygun hasta-hemşire oranı, diğer sağlık çalışanları ile iyi ilişkiler ve kaliteli hasta bakımı için hemşirelere sağlıklı çalışma ortamı sağlanmasının öneminden ve bunlar için yönetsel desteğin gerekliliğinden bahsetmişlerdir. He ve diğ. (2016), 2004-2012 yılları arasında 1622 hastanede yaptıkları araştırmada hemşire kadrosuyla hasta sonuçlarını incelemişler ve hastanedeki hemşire sayısının artmasının, düşme ve basınç yaralanmasının azalmasına katkıda bulunduğunu ve mevsimsel değişikliklerden dolayı hasta sayısındaki değişikliklerin düşme ve basınç yaralanması riskini etkilediğini belirlemişlerdir. Dokuz Avrupa ülkesindeki 300 hastanede, hemşirelerin istihdamı, eğitim düzeyi ve hasta sonuçlarının incelendiği çalışmada (Aiken ve diğ., 2014), bir hasta ilavesiyle hemşirelerin iş yükündeki artışın, yatan hasta ölüm oranını %7 artırdığını ve lisans mezunu hemşirelerde %10'luk bir artışın, ölüm oranlarını azalttığı saptanmıştır. Ball ve diğ. (2017), dokuz ülkede yapılan çalışma verilerinin (2009–2011) ikincil analizini yaptıkları, hemşire istihdamı ve karşılanmayan hemşirelik bakımının hastaların ameliyat sonrası 30 gün içinde ölümüne etkisini inceledikleri çalışmada, bir hemşireye bir hasta eklenmesi ile oluşan işyükü artışının ameliyattan sonraki bir ay içinde ölüm riskini %7, karşılanmayan hemşirelik bakımında %10 artışın ise ameliyattan sonraki 1 ay içinde ölüm riskini %16 arttırdığını belirlemişlerdir. Farklı bir çalışmada (Kane ve diğ., 2007), hemşire sayısındaki artış incelendiğinde, hasta günü başına bir hemşire artışının cerrahi hastaların hastanedeki kalış süresini %31 kısalttığı belirlenmiştir. Lasater ve diğ. (2021b), 2006-2016 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) eyaletlerinde toplam 519 hastane ile yaptıkları boylamsal çalışmada, zaman içinde lisans mezunu hemşirelerin oranlarını artıran hastanelerdeki hastaların ölüm, yeniden yatış (7 veya 30 gün içinde) ve kalış sürelerinin azaldığını saptamıştır. McHugh ve diğ. (2021), hemşire ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için uygulamaya koydukları minimum hemşire-hasta oranı politikaları ile başlangıçta hemşire başına ortalama 6,13 hasta düşerken uygulamadan sonra hemşire başına 5,96 hasta düştüğünü belirtmişlerdir. Farklı ülkelerde sağlık politikalarına bağlı olarak hemşire başına düşen hasta

sayısı değişmektedir. Arttırılan hemşire oranları, olumlu hasta sonuçları ve maliyetle ilişkilendirilmektedir (Lasater ve diğ., 2021b; Martsolf ve diğ., 2014; Twigg ve diğ., 2013; Zhu ve diğ., 2012; Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011).

Sağlık sektöründe yetersiz hemşire istihdamı, iş yükü fazlalığı, uzun çalışma saatleri, yüksek hasta sayıları, ekipteki rol karmaşası, ekip içi iletişim sorunları, yetersiz malzeme, yöneticilerden destek alamama ve iş ortamındaki risk ve tehlikeler gibi etmenler istenmeyen iş ortamını oluşturmaktadır. Hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması hemşirelerde iş doyumunu arttırır. Çalışan ve hasta güvenliğini ve dolayısı ile sağlık hizmetlerini etkilediği için istendik düzeyde olmayan çalışma ortamlarının düzeltilmesine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması bu açıdan önemlidir (Tambağ ve diğ., 2015). Labrague ve diğ., (2022) olumlu hemşire çalışma ortamının, mesleki iş birliklerini artırdığını ve bunun sonucunda iş doyumunu ve hemşireler tarafından bildirilen bakım kalitesini artırdığını, ayrıca olumsuz olayları azalttığını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu ortam, sağlık ekibinin üyeleri arasında kaliteli iletişim ve koordinasyona olanak tanıyarak bakım hatalarının, hasta güvenliği sorunlarının ve ramak kala olaylarının erken fark edilmesini sağlar (Setiadi ve diğ., 2017; Lee ve Doran, 2017). Olumlu çalışma ortamı ile bildirimi yapılan hastanede kalış süresi, yeniden yatış, düşük kurtarma oranları ve ölüm gibi istemeyen olaylar azalır (Nascimento ve Jesus, 2020; Wei ve diğ., 2018). Vardiyalı çalışan ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmaya göre, vardiyalı çalışan hemşirelerin vardiyasız çalışan meslektaşlarına göre çalışma koşullarının daha kötü olmasından dolayı, meslek hayatlarının ortalarına doğu gündüz çalışmaya geçme eğiliminde ve sağlık sorunlarının kötü olduğunu bildirme eğiliminde olduğu ortaya koyulmuştur (Bujacz ve diğ., 2021). Bununla birlikte hasta-hemşire oranının yüksek olduğu çalışma ortamlarında, hemşirelerin iş doyumsuzluğu oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yürümezoğlu ve Sarıoğlu, 2022).

Hemşire kadrosunun sadece sayısal olarak değerlendirilmesi yetersiz kalmaktadır. Aynı zamanda mesleki yeterliliklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin mesleki olarak gelişimlerinin sağlanması için yeterliklerinin değerlendirilmesi, kaliteli bakımın önemsendiği akreditasyon gibi kalite göstergeleri için gereklidir. Eğitim düzeyi ve mesleki deneyim arttıkça, pozisyon yükseldikçe yetkinlik gelişmektedir. Falk ve diğ. (2023), kanıta dayalı uygulamaları daha az kullanan ve eğitim düzeyi daha düşük olan hemşirelerin, hemşirelik bakımını anlamlı derecede daha fazla karşılayamadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca mesleki gelişim, hemşirelerin beceri kazanmak için istekli olması, çalıştıkları alan ve profesyonel davranma becerisi yeterliliği ve yetkinliği etkilemektedir (Santos ve diğ., 2016).

Hemşirelikte profesyonellik ve yetkinlik eğitim sürecinde gelişmekte olup, eğitim düzeyinin artmasıyla gelişmektedir (Denat ve Şahbaz, 2022; Karadaş ve diğ., 2018; Taşkıran ve diğ., 2020). Bireyin yetkin olabilmesi için öncelikle yeterli olması gerekmektedir (Karahan ve Kav, 2018). Fonksiyonel yeterliliğe sahip, kanıtları kullanarak bilgi, beceri, duyarlı tutum ve değerleri bütünleştirme kapasitesine sahip, sorumluluk alan, klinik karar verme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisine sahip, etkili bakım sunan ve holistik bakış açısına sahip hemşireler yetkin hemşireler olarak değerlendirilmektedir (Karahan ve Kav, 2018). Lisans ve üzeri eğitimin hemşirelerin bilgi, beceri, mesleki yeterliliklerini artıracağından bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Irmak ve Bulut, 2022). Hemşirelerin yeterlilik düzeylerinin göz ardı edilmesi, hemşirelik bakımının güvenliği ve kalitesini olumsuz etkileyecektir (Nilsson ve diğ., 2014). Hemşirelik yeterlilikleri ameliyat sonrası bakımda, hasta güvenliği ve komplikasyon yönetimi için önemli bir faktördür. Hastanın davranışı ve konforu, nitelikli hemşirelik bakımının sonuç göstergesidir (Ghimire, 2023). Twigg ve diğ. (2019), hemşirelik becerileri ile hasta sonuçlarını inceledikleri sistematik derlemede, becerisi yüksek olan hemşirelerin olumsuz hasta sonuçları ile ters ilişkili olduğuna (hasta kalış süreleri, kanamalar, kısıtlama kullanımı, kurtarma başarısızlığı, yaralanma, enfeksiyon (akciğer-kan-idrar yolu), kardiyak arrest ve 30 gün içinde mortalite) dikkat çekmişlerdir.

Sağlık sistemlerindeki hemşirelik uygulamalarına bütünsel yaklaşımı dahil etmek ve bu alandaki farkındalığın artırılması ve hemşirelerin yeterliliklerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bütüncül bakım sağlayıcıları olarak hemşireler, bir hastanın beden, zihin ve ruhtan oluştuğunun farkındalığıyla hastayı kendi ortamında bir bütün olarak değerlendirir (Zamanzadeh ve diğ., 2015). Bütüncül bakım hastaların yaşamlarının iyileştirilmesi için hastalık süreçlerindeki sorunlarla başa çıkmalarını kolaylaştırır (Jasemi ve diğ., 2017). Karşılanamayan hemşirelik bakımında, hemşirelerin teknik faaliyetlere öncelik vermeleri ve klinik dışı faaliyetlerin daha fazla karşılanmaması bütünsel hemşirelik bakımını olumsuz etkilemektedir (Imam ve diğ., 2023). Aydın ve Hiçdurmaz (2019) yaptıkları çalışmada, çalışılan birim ve kurum bütüncüllüğü hakkında hemşirelerin görüşleri daha olumluya dönüştükçe toplam bütüncül yeterliklerinin arttığını belirlemişlerdir. Hemşirelerin bütüncüllük kavramının ve hemşirelik boyutunda olması gereken kavramların hasta odaklı yaklaşım, iletişim ve ekip iş birliği olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelikte bütüncüllüğün en önemli çıktısının iyileşme ve tedavi süresinin kısalması olduğunu saptamışlardır (Aydın ve Hiçdurmaz, 2019). Türkiye'de bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin bütüncül yeterliklerinin ve hasta odaklı bakım yetkinliklerinin yüksek düzeyde ve aralarında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (Bakır ve

Demir, 2020). Rajabpour ve diğ. (2019), hastaların bütüncül bakım algıları arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin de arttığını belirlemişlerdir. Bütüncül bir bakım programının uygulanmasının hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerini artıracağını göstermişlerdir. Hastalık yönetimi açısından bütüncül hemşirelik yeterliliği arttıkça hemşirenin bakım rolüne ilişkin tutumları da artar (Kerkez ve Öztürk, 2023).

İnsanı bütün olarak ele aldığımızda bir alanda gelişen eksiklik doğru orantılı olarak bir başka alanda da eksiklik yaratır. Hastanedeki hastaların çoğunluğunun temel bakım gereksinimlerini karşılamada bağımlı oldukları düşüncesiyle hemşirelerin hastayı bir bütün olarak değerlendirmeleri sağlık kurumlarındaki hastalara kaliteli bakımın verilebilmesini sağlar. Özellikle hastadan primer olarak sorumlu hemşirelerin, öncelikle hastanın temel gereksinimlerini hastanın karşılayabilme durumuna bakarak bağımlılık düzeyini belirlemesi ve plana göre bakımın verilmesi gerekmektedir (Korhan ve diğ., 2013). Hemşirelerin bağımlı hastalara yönelik bakımlarını nasıl deneyimlediklerini anlamak çok önemlidir (Piredda ve diğ., 2024). Özellikle daha deneyimli, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan (uzman veya yüksek lisans) ve akut bakım alanlarında çalışan hemşireler (örneğin, yoğun bakım ve acil servis) daha yüksek bilgi düzeyine sahiptirler. Kayıtlı hemşirelerin belirli eğitim düzeylerini tamamladıkları bilinmektedir (Chua ve diğ., 2023). Hemşirelik bakım planı, hastaların bakım bağımlılık düzeylerine göre planlanmalıdır (Türk ve Üstün, 2018; Kılıç ve diğ., 2017; Korhan ve diğ., 2013). Hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin belirlenmesi, gerekli hemşirelik bakımının planlanması ve ihtiyaçlarının karşılanmasına imkân tanıyıp hemşirelik bakımının kalitesini artırmaya ve gerekli personel sayısının belirlenmesine katkı sağlar (Süerdem ve Dikmen, 2023). Bakım bağımlılığı fazla olan hastalarda hemşirenin hasta bakımı için harcadığı zaman da artmaktadır. Bu da hemşire kadrosundaki sayıyı arttırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için esastır (Lee ve diğ., 2023). Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023), hastanın bağımlılık derecesinin ameliyat sonrası hastanede kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu, kalış süresinin cerrahi müdahaleye maruz kalan hastaların bağımlılık derecesine göre belirlendiğini ve uygun bakım yönetimi için gerekli tüm kaynakların öngörülmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastaların bağımsızlığını desteklemek için uygun bakım, eğitim, danışmanlık ve savunuculuk hizmetlerinin kullanılması gerekmektedir (Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2020).

Hemşirelik işgücü ve bakım süreçlerine bağlı olan hemşirelik bakımının sonuçlarının incelenmesi hemşireliğin oluşturduğu değerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır (Huber, 2000). Bakım sunum yöntemleri ile yapılan araştırmalar incelendiğinde, bu yöntemlerin hasta bakım kalitesine etki ettiği görülmüştür. Dhar ve diğ. (2020), hemşire liderliğindeki bakımın

uygun maliyetli olduğunu, yüksek düzeyde müşteri memnuniyeti bildirdiğini ifade etmişlerdir. Hasta merkezli bakım konusunda daha yüksek yetkinliğe sahip hemşirelerin uygulamalarında, hasta katılımının daha sık yaşandığı görülmüştür (Hwang ve diğ., 2019). Hasta merkezli bakımda hasta memnuniyeti ve semptomlarda iyileşme ve olumlu sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Eklund ve diğ., 2019). Hasta merkezli bakım yönteminin daha ileri bir yöntemi olan primer hemşireliğin bakım kalitesi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarda olumlu hasta deneyimleri bulunmuştur (Moura ve diğ., 2020; Naef ve diğ., 2019). Primer hemşireliğin maliyetler üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır (Butler ve diğ., 2019). Takım hemşireliğine kıyasla primer hemşirelik bakım kalitesini iyileştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir (Cocchieri ve diğ., 2023; Dal Molin ve diğ., 2018). Önceki çalışmalardan elde edilen benzer sonuçlar, primer hemşireliğin yeterlilik puanı, bakım kalitesi ve maliyetlerinde takım hemşireliğinden daha iyi olduğunu göstermiştir (Fernandez ve diğ., 2012). Primer hemşireliğin bakım kalitesi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarda, hasta sonuçlarına odaklanılmış ve olumlu hasta deneyimleri bulunmuştur (Moura ve diğ., 2020; Naef ve diğ., 2019). Ayrıca, Dal Molin ve diğ. (2018), primer hemşirelik bakımında idrar ve venöz kateter enfeksiyonlarında belirgin bir azalma gözlemlediklerini bildirmişlerdir. Primer hemşireliğin personel ile ilgili sonuçlar ve maliyetler üzerindeki etkisini inceleyen diğer bir çalışma, hemşirelerin kurumda kalmasında ve maliyetlerde olumlu bir etkisinin olduğunu saptamıştır (Butler ve diğ., 2019). Primer hemşirelik uygulamasından kaynaklanan faydaların gösterildiği bir diğer çalışmanın sonuçları da, primer hemşireliğin hemşirelik belgelerini ve hemşirelik bakım kalitesini iyileştirmek açısından kritik olduğunu göstermiştir (Cocchieri ve diğ., 2023). Brooks Carthon ve diğ. (2015), ağrı yönetimi ve ilaçların zamanında verilmesi dışında diğer hemşirelik bakım girişimlerinin karşılanmamasındaki olası artışın, kalp yetmezliği tanılı hastaların yeniden yatış riskini anlamlı olarak arttırdığını saptamıştır. Modele hasta ve hastane çalışma ortamı değişkenleri eklendiğinde, bakımı planlama, bakımın koordinasyonu, hasta eğitimi ve tedavi/prosedürlerin karşılanmamasında olası %10'luk artışın hastaların yeniden yatış riskini %2-8 arasında arttırdığı belirlenmiştir.

Hastanın bakımında verilen eğitim de olumlu hasta sonuçları elde etmede temel bir bileşendir (Forbes ve diğ., 2021). Hastaların sağlıklı davranışları benimsemesinde ve sağlık ihtiyaçlarını yönetmesinde en uygun maliyetli yaklaşım, hasta eğitimidir (Wang ve diğ., 2024). Önceki çalışmalar, hasta eğitiminin hastaların sağlık okuryazarlıklarını ve sağlık koşullarını anlamalarını geliştirdiğini, onları etkili hastalık yönetimi stratejileriyle güçlendirdiğini göstermiştir (Forbes ve diğ., 2021; Rankin ve diğ., 2005; Şenyuva ve diğ., 2020). Hasta eğitimi

hastaların uyumlarını arttırmakta, komplikasyonlarını ve kalış süresini azaltmakta ve genel yaşam kalitesini artırmaktadır (Başer ve Mollaoğlu, 2019; Wang ve diğ., 2024; Stenberg ve diğ., 2018; Ulupınar, 2016). Hasta eğitimi, birçok olumlu sonucunun yanı sıra hasta memnuniyetini de arttırır (Wongkietkachorn ve diğ., 2018; Çiftçi ve Avşar, 2022). Hastanın bakımdan memnun olması tedaviye uyumunu sağlar ve iyileşme sürecini hızlandırır. Böylelikle bu olumlu deneyimin paylaşılması bu hizmetin verildiği hasta sayısını arttırır (Aldemir ve diğ., 2018; Koirala ve Koirala, 2015). Bu alanda yapılan sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar, hasta eğitiminin çoğunluğunun (% 80'e yakınının) olumlu ekonomik etkiler ürettiğini göstermekte olup, hasta eğitimi yüksek bir yatırım getirisi sağlamaktadır (Papadakos ve diğ., 2020; Stenberg ve diğ., 2018). Dhar ve diğ. (2020), hemşire liderliğindeki bakımın uygun maliyetli olduğunu, yüksek düzeyde hasta memnuniyeti ile sonuçlandığını ifade etmişlerdir. Bu nedenle, ameliyattan önceki hasta eğitimi ve hazırlığı, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası bakımın hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Sayın ve diğ., 2016). Karaaslan ve Güner (2024), ameliyat öncesi dönemde hareketlilik eğitimi verilen hastaların hareket esnasındaki bağımlılıklarının daha az olduğunu ifade etmişlerdir. Bozkaya ve Metin (2023), hastalığına yönelik eğitim almamış olan kişilerde bakım bağımlılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hasta eğitimi, hastaların tıbbi, kişisel ve sosyal maliyeti azaltır (Ulupınar, 2016). Bu nedenle hemşireler, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için hasta odaklı, basit ve çok yönlü eğitim sağlamalıdır (Cutilli, 2020).

Hastanelerde hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçlarına katkısı, hasta sonuçlarını iyileştirmek, hastalara sağlanan bakımın güvenliğini ve kalitesini ölçerek hemşirelik bakımını iyileştirmenin yanı sıra sağlık hizmetinin maliyet-etkili olması açısından önemlidir (Sim, 2015). ICN "bakımın ekonomik gücüne" vurgu yaptığı 2024 yılı temasında, sağlık sistemlerinde ve hasta bakımının etkilerinin en üst düzeye çıkarılabilmesinde kaliteli bakım için gerekli beceri ve yeterliliklere sahip hemşireler ve hemşireleri çeşitli sağlık bakım ortamlarında etkili bir şekilde görevlendirmenin önemli olduğuna dikkat çekmiştir (ICN, 2024). Ulusal literatür incelendiğinde, hemşire istihdamı ve hasta bakım memnuniyeti ile ilgili birçok çalışmaya rastlanılmasına karşın; hasta sonuçlarının geniş bir bakış açısıyla incelendiği, klinik sonuçlarının yer aldığı çalışma örneklerine rastlanılmadı. Bu çalışmada, literatürde hemşirelik özellikleri olarak tanımlanan hemşirelerin hemşirelik işgücü özelliklerinin (bireysel özellikler, öğrenim düzeyi, mesleki deneyimi, çalışma saatleri, hemşirenin yeterliği, iş doyumu) ve diğer özelliklerinin (hemşire/hasta oranı, bakım sunum yöntemi ve hastaya verilen eğitim) hasta sonuçları [hemşirelik bakım memnuniyeti, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (basınç

yaralanması, düşme, oral mukozit ve infiltrasyon oranları) ve diğer sonuçlar (taburculuktan sonra 30 gün içinde ölüm, yeniden ameliyat ve yeniden yatış oranları vb.) ile yatış maliyetleri] ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ

2.1.1. Hemşirelik İşgücü Özellikleri

Sağlıkta işgücü, sağlığı geliştirmek için çabalayan tüm insanları kapsamaktadır (Sönmez, 2020). Hastanelerde işgücü verimine bakıldığında en geniş payı hemşirelik hizmetleri oluşturmaktadır (Dikmen ve diğ., 2016). Son dönemde yaşanan krizler ve sağlık politikalarının etkisiyle, sağlık mesleklerine olan talep giderek artmaktadır. Sağlık insan gücünü istihdam eden ve yetiştiren kurumlar kendi aralarında uyumlu olmalıdır. Hemşire gereksinimini karşılamak üzere istihdamda düşük nitelikli eğitim programlarından mezun olan hemşirelerin olması, sağlık hizmetinin niteliğini ve kalitesini yüksek oranda etkileyecektir. Yetersiz hemşire insan gücünün yarattığı eksiklik, çoğunlukla diğer hemşirelerle giderilmeye çalışılmakta ve eksikliği daha da arttırmaktadır. Bu durum hemşirelik mesleğini profesyonellikten uzaklaştırmaktadır (Köse, 2020).

Hasta güvenliğinin ve hasta bakım kalitesinin en önemli belirleyicisi olan hemşire işgücü gereksiniminin belirlenmesi, kanıta dayalı yaklaşımlarla iş yükü oranına göre hastaneler ve farklı birimleri arasında dengeli bir şekilde yapılmalıdır. Hemşire işgücünün dengesiz dağılımı, hemşire işgücünün verimsizliğine, kalitesiz bakıma ve sonucunda maliyetlerin artmasına ve sağlıkta eşitsizliklere neden olmaktadır (Şenol ve Birgili, 2023; Özkan ve Uydacı, 2020). İşgücü ve süreçleri sağlık kurumlarında güvenli hasta bakımını ve bakımın güvenilirliğini geliştirmeye odaklanmalıdır (Torrente ve Barbosa, 2021). Literatürde (Sari ve diğ., 2023; Rizqana ve diğ., 2023; Lu ve diğ., 2019, hemşirelerde mesleki bağlılık, çalışma ortamı, profesyonellik ve yapısal güçlendirmenin etkisiyle iş doyumunun artacağı, iş doyumunun artmasıyla yeterli hemşirelik işgücünün sağlanacağı ve hasta bakım kalitesinin artacağı belirtilmiştir. Örgütlerde, istihdam yetersizliği ile hasta düşmeleri, hastane enfeksiyonları, basınç ülserleri ve ölüm oranlarının artışına neden olan olumsuz faktörler arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar, hemşire işgücünün uygun nitelik ve sayıda olmasının önemini göstermektedir (Eroğlu, 2011). Kalisch ve diğ. (2009), hasta bakımındaki hataları inceledikleri çalışmada, en yüksek oranın işgücü yetersizliği (%85) olduğunu bildirmişlerdir. İşgücü yetersizliğinin nedenleri arasında birimde beklenmeyen düzeyde hasta kapasitesinin

artışı, hastanın genel durumunun kötüleşmesi, çalışan düzeyi ve hasta bakımında yetersiz yardımcı personel gibi nedenler belirlenmiştir.

2.1.1.1. Eğitim ve Mesleki Deneyim

Hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir ölçütü ise hemşirelerin mesleki yetkinlikleri ve eğitimleridir (Stalpers, 2015). Nitelikli insan gücü düşünüldüğünde, hemşirelik ekibinin ne kadar deneyimli ve eğitimli olduğu önemli etmenlerdendir (Türkmen, 2015). Lisans mezunu hemşirelerin oranlarının artması ile olumlu hasta sonuçlarının ortaya çıkması, iyi eğitimli bir hemşire işgücünün hastanelere değer kattığını ve hasta sonuçlarını iyileştirdiğini kanıtlar (Lasater ve diğ., 2021b). Hemşirelerin sahip oldukları değer, bilgi ve beceriler nitelikli ve doğru bir bakım hizmeti sunumunda yardımcı olmaktadır (Altun, 2008). Hasta sonuçlarıyla anlamlı olarak ilişkili olabilecek hemşirelik işgücü özelliklerinden bir tanesi de hemşirelik deneyimidir. Hemşirelerin yüksek eğitim düzeylerine sahip olması mesleki değerlerini olumlu yönde artırmaktadır (Dündar ve diğ., 2019). Profesyonelleşme, kişinin işinden profesyonel düzeyde doyum almasını, daha iyi hizmet sağlanmasını ve hastalara daha yüksek kalitede bakım verilmesini sağlayacaktır (Hao ve diğ., 2020; Shohani ve diğ., 2017). Özellikle daha deneyimli, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan (örneğin, yüksek lisans) ve akut bakım alanlarında çalışan hemşireler (örneğin, yoğun bakım ve acil servis) daha yüksek bilgi düzeyine sahiptirler. Kayıtlı hemşirelerin (registered nurse) belirli eğitim düzeylerini tamamladıkları bilinmektedir (Chua ve diğ., 2023). Literatür, kayıtlı hemşirelerin sayısının artırılmasının son derece maliyet etkili olabileceğini ve daha iyi sonuçlarla ilişkilendirilerek net maliyetin azalabileceğini göstermektedir (Griffiths ve diğ., 2023; Kim ve diğ., 2016; McHugh ve diğ., 2021). Deneyimi çok olan ve yüksek eğitimli hemşirelerden bakım alan hastalarda basınç yaralanması ve düşme oranlarında azalma olduğu belirlenmiştir (Blegen ve diğ., 2013; Dunton ve diğ., 2007; Stalpers, 2015). Coto ve diğ. (2020), lisans mezunu veya sertifikalı hemşirelerin yüzdesindeki her bir birimlik artışla, 1000 hasta günü başına toplam hasta düşmelerinde azalma saptamıştır. Lisans ve üzeri eğitimin hemşirelerin bilgi, beceri, mesleki yeterliliklerini artıracağından bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (Irmak ve Bulut, 2022). Sertifikasyon da bu alanlardan biri olup hemşirenin bilgisini ve uygulamalarının geliştirerek daha iyi bir hemşirelik işgücü oluşturabilir (McNair ve diğ., 2023). Falk ve diğ. (2023), kanıta dayalı uygulamaları daha az kullanan ve eğitim düzeyi daha düşük olan hemşirelerin, hemşirelik bakımını daha fazla karşılayamadıklarını bildirmişlerdir. Ahmed ve diğ. (2014) de, hasta güvenliği kültürü geliştirmek için yaptıkları çalışmada altı ay boyunca hasta güvenliği ve

güvenlik kültürü eğitimi düzenlemiş ve eğitim sonrasında hemşirelerin tıbbı hata bildirme oranlarının arttığını saptamıştır. Kutney-Lee ve diğ. (2013), 1999-2006 yılları arasında yaptıkları boylamsal çalışmada, ABD'de hastanelerin yaklaşık %45'inin lisans mezunu hemşirelerinin oranını azalttığını, yaklaşık %35'inin oranı artırdığını ve yaklaşık %20'sinin değişiklik yapmadığını saptamışlardır. Zaman içinde lisans mezunu hemşirelerinin sayısını artıran hastanelerde, hastaların ölüm ve başarısız kurtarma (bir komplikasyonu takiben ölüm) oranlarının önemli ölçüde azaldığını bildirmişlerdir. Aiken ve diğ. (2014) de, dokuz Avrupa ülkesinde 50 yaş ve üstü 422730 hasta ile 300 hastanede yaptıkları çalışmada, lisans derecesine sahip her hemşirenin %10'luk bir artışının, ölüm olasılığını %7 azalttığını saptamışlardır. Hemşirelerin %60'ının lisans mezunu olduğu ve ortalama altı hastaya baktığı hastanelerdeki hastaların, sadece %30'unun lisans mezunu olduğu ve ortalama sekiz hastaya baktığı hastanelerdeki hastalardan neredeyse %30 daha düşük bir ölüm olasılığına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, Lasater ve diğ. (2021b), 2006-2016 yılları arasında, ABD'de, zaman içinde lisans mezunu hemşirelerin oranlarını artıran hastanelerdeki hastaların ölüm, yeniden yatış (7 veya 30 gün içinde) ve kalış sürelerinin azaldığını saptamıştır.

2.1.1.2. Çalışma Koşulları

Dünya çapında bakımın gerçekleştirilmesinden ve sağlık hizmetlerinde sunulan kaynakların en iyi şekilde kullanılmasında ve uygulanmasında kritik rol oynayan hemşirelerin kaliteli sağlık hizmeti sunabilmeleri için yeterli çalışma koşullarının sağlanması gerekmekte olup bugün dünya genelinde hemşirelerin çalıma koşulları güvencesiz, istihdamı yetersiz ve sağlığına zarar veren etkenlere karşı savunmasızdır (Llop-Gironés ve diğ., 2021). Hastaneler kesintisiz hizmet veren, verilen hizmetlerin sürdürülebilmesi için nöbet veya vardiya şeklinde çalışma sisteminin olduğu kurumlardır. Sağlık çalışanı, 24 saat çalışması gereken, zamanla yarışan, güncel teknolojileri kullanan, kritik görevlere sahip, sorumluluk alan, yoğun baskı ve stres altında çalışan sağlık ekibinin bir üyesidir (Josten ve diğ., 2003). Hemşireler de iş ortamı kaynaklı olumsuz faktörlerin etkisiyle iş yükü yoğunluğuna sahiptir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), hemşirelerin iş ortamına ait başlıca stres kaynaklarının arasında aşırı iş yükü ve vardiya ile çalışmayı da belirtmektedir (ILO, 2001). Çalışanlar günlük yaşamlarının üçte birini çalışma ortamında geçirmektedirler. Sağlık sektöründe yetersiz hemşire istihdamı, iş yükü fazlalığı, uzun çalışma saatleri, yüksek hasta sayıları, ekipteki rol karmaşası, ekip içi iletişim sorunları, yetersiz malzeme, yöneticilerden destek alamama ve iş ortamındaki risk ve tehlikeler gibi etmenler istenmeyen iş ortamını oluşturmaktadır. Güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı;

çalışanın güvenliğini, sağlığını, iş verimini ve sosyal yaşamını pozitif yönde etkileyerek sürekliliğini sağladığı gibi, hasta güvenliğinin korunması için de çok önemlidir (Erdağı ve Özer, 2015). Akimova ve diğ., (2021), çalışmalarında hemşirelerin mesleki risklerini genel olarak istihdam engeli olarak görmediklerini ve diğer mesleki risklerin başında gelen psikososyal riske daha çok önem verdiklerini bildirmişlerdir. Hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması hemşirelerde iş doyumunu arttırır. Çalışan ve hasta güvenliğini ve dolayısı ile sağlık hizmetlerini etkilediği için istendik düzeyde olmayan çalışma ortamlarının düzeltilmesine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması bu açıdan önemlidir (Tambağ ve diğ., 2015). Labrague ve diğ., (2022) yaptıkları çalışmada olumlu bir hemşire çalışma ortamının, mesleki iş birliklerini artırdığını ve bunun sonucunda iş doyumunu ve hemşireler tarafından bildirilen bakım kalitesini artırdığını, ayrıca olumsuz olayları azalttığını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu ortam, sağlık ekibinin üyeleri arasında kaliteli iletişim ve koordinasyona olanak tanıyarak bakım hatalarının, hasta güvenliği sorunlarının ve ramak kala olaylarının erken fark edilmesini sağlar (Setiadi ve diğ., 2017; Lee ve Doran, 2017). Olumlu çalışma ortamı ile bildirimi yapılan hastanede kalış süresi, yeniden yatış, düşük kurtarma oranları ve ölüm gibi istemeyen olaylar azalır (Nascimento ve Jesus, 2020; Wei ve diğ., 2018). Vardiyalı çalışan ve gündüz çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmaya göre, vardiyalı çalışan hemşirelerin vardiyasız çalışan meslektaşlarına göre çalışma koşullarının daha kötü olmasından dolayı, çalışma yaşamının ortalarına doğu gündüz çalışmaya geçme eğiliminde ve sağlık sorunlarının kötü olduğunu bildirme eğiliminde olduğu ortaya koyulmuştur (Bujacz ve diğ., 2021). Erdağı ve Özer (2015), çalışma ortamları ve hemşirelerin tükenmişlik durumlarını inceledikleri çalışmada, devamlı şekilde gece çalışan hemşirelerin kişisel başarısızlık ve duygusal tükenmelerinin, devamlı gündüz ve vardiya usulü ile çalışanlara kıyasla daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Hemşirelerin sadece gündüz çalışmaları mesleki değerlerini olumlu yönde artırmaktadır (Dündar ve diğ., 2019). Bununla birlikte hasta-hemşire oranının yüksek olduğu çalışma ortamlarında hemşirelerin iş doyumsuzluğu oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yürümezoğlu ve Sarıoğlu, 2022). Ayrıca mevcut sağlık sistemindeki zorlu çalışma koşulları ve hemşirelerden istenen yüksek rol beklentileri, hemşirelerin stres kaynaklı hastalık riskini artırmakta ve tükenmişlik sendromu yaşamalarına sebep olmaktadır (Bernan, 2017).

2.1.1.3. Hemşirenin Yeterliliği

Sağlık hizmetlerinde, hemşirelik uygulamalarına bütünsel yaklaşımı dahil etmek ve bu alandaki farkındalığın artırılması ve hemşirelerin yeterliliklerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Hemşirelikte profesyonellik ve yetkinlik eğitim sürecinde gelişmekte olup, eğitim düzeyinin artmasıyla gelişmektedir (Denat ve Şahbaz,, 2022; Karadaş ve diğ., 2018; Taşkıran ve diğ., 2020). Bireyin yetkin olabilmesi için öncelikle yeterli olması gerekmektedir (Karahan ve Kav, 2018). Mesleki gelişim gereksinimlerinin belirlenmesi, kalite gelişimi ve akreditasyon için hemşirelerin yeterliliğinin değerlendirilmesi gerekir (Nilsson ve diğ., 2014). Yeterliliğin yetkinlik öncesi bir kademe olduğu dikkate alındığında genellikle yeterlilik için kullanılan değerlendirmeler yetkinlik için de kullanılmaktadır (Karahan ve Kav, 2018). Yetkinlik geliştirme stratejileri bireysel ve kurumsal özellikler taşır. Bireysel stratejiler; bilimsel toplantılara, kurslara ve sertifika programlarına katılmayı ve literatür takip etmeyi içerirken, kurumsal stratejiler klinik eğitim, düzenli izlem, sürekli eğitim ve kapasite geliştirmeyi içermektedir (Santos ve diğ., 2016). Daştan ve diğ. (2023) eğitim düzeyinin artmasının hemşirelerin profesyonel değerleri üzerinde etkili olduğunu, bunun yanı sıra sağlık alanında bilimsel yayınları takip eden, bilimsel toplantılara katılan ve mezuniyet sonrası hemşirelik alanında araştırma yapan hemşirelerin profesyonel değerler algısının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Hemşirelik bakımının güvenliği ve kalitesini, hemşirelerin yeterlilik düzeylerinin göz ardı edilmesi olumsuz etkileyecektir (Nilsson ve diğ., 2014). Hemşirelik yeterlilikleri ameliyat sonrası bakımda, hasta güvenliği ve komplikasyon yönetimi için önemli bir faktördür. Hastanın davranışı ve konforu, nitelikli hemşirelik bakımının sonuç göstergesidir (Ghimire, 2023). Eğitim düzeyi ve mesleki deneyim arttıkça, pozisyon yükseldikçe yetkinlik gelişmektedir. Ayrıca mesleki gelişim, hemşirelerin beceri kazanmak için istekli olması, çalıştıkları alan ve profesyonel davranma becerisi yeterliliği ve yetkinliği etkilemektedir (Santos ve diğ., 2016). Fonksiyonel yeterliliğe sahip, kanıtları kullanarak bilgi, beceri, duyarlı tutum ve değerleri bütünleştirme kapasitesine sahip, sorumluluk alan, klinik karar verme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisine sahip, etkili bakım sunan, holistik bakış açısına sahip hemşireler yetkin hemşireler olarak değerlendirilmektedir (Karahan ve Kav, 2018). Candela ve diğ. (2020), hemşirelerin yetkinliğinin hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağladığını bildirmişlerdir. Hemşireler bedensel bağımlılığı olan (Piredda ve diğ., 2020a; Piredda ve diğ., 2020b) kişisel hijyen uygulamaları sırasında utanç hisseden bağımlı hastaların (Lykkegaard ve Delmar, 2013) tümüyle hemşirelere güven duyma ihtiyacı

duyduklarını ifade ederler. Kişisel, güvene dayalı hemşire-hasta ilişkileri, hastaların bakıma güvenmelerine (Piredda ve diğ., 2015) ve yardım istemelerine olanak tanır (Piredda ve diğ., 2024). Bütüncül bakım sağlayıcıları olarak hemşireler, bir hastanın beden, zihin ve ruhtan oluştuğunun farkındalığıyla hastayı kendi ortamında bir bütün olarak değerlendirir (Zamanzadeh ve diğ., 2015). Bütüncül bakım hastaların yaşamlarının iyileştirilmesi için hastalık süreçlerindeki sorunlarla başa çıkmalarını kolaylaştırır (Jasemi ve diğ., 2017). Karşılanamayan hemşirelik bakımında hemşirelerin teknik faaliyetlere öncelik vermeleri ve klinik dışı faaliyetlerin daha fazla kaçırılması bütünsel hemşirelik bakımını olumsuz etkilemektedir (Imam ve diğ., 2023). Aydın ve Hiçdurmaz (2019) yaptıkları çalışmada, çalışılan birim ve kurum hakkında hemşirelerin görüşleri daha olumluya dönüştükçe toplam bütüncül yeterliklerinin arttığını belirlemişlerdir. Hemşirelikte bütüncüllüğün en önemli çıktısının iyileşme ve tedavi süresinin kısalması olduğunu saptamışlardır (Aydın ve Hiçdurmaz, 2019). Türkiye'de bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmada, hemşirelerin bütüncül olarak yeterlikleri ve hasta odaklı bakım yetkinlikleri yüksek düzeyde bulunmuş ve aralarında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (Bakır ve Demir, 2020). Rajabpour ve diğ. (2019), hastaların bütüncül bakım algıları arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin de arttığını belirtmişlerdir. Bütüncül bir bakım programının uygulanmasının hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerini artıracağını göstermişlerdir. Hastalık yönetimi açısından bütüncül hemşirelik yeterliliği arttıkça hemşirenin bakım rolüne ilişkin tutumları da artar (Kerkez ve Öztürk, 2023). Twigg ve diğ. (2019), hemşirelik becerileri ile hasta sonuçlarını inceledikleri sistematik derlemede, becerisi yüksek olan hemşirelerin olumsuz hasta sonuçları ile ters ilişkili olduğuna ve bu sonuçların hasta kalış süreleri, kanamalar, kısıtlama kullanımı, kurtarma başarısızlığı, yaralanma, enfeksiyon (akciğer, kan ve idrar yolu), kardiyak arrest ve 30 gün içinde mortalite olduğuna dikkat çekmişlerdir.

2.1.1.4. İş Doyumu

İş doyumu, "iş görenlerin işlerinden duydukları hoşnutluk veya hoşnutsuzluk" olarak tanımlanmaktadır. İş doyumu, işe karşı olumlu tutum ile denk tutulmaktadır. İş doyumsuzluğu ise işe karşı olumsuz tutum ile denk tutulmaktadır (Mathieu, 1993, syf. 371). Diğer bir deyişle, iş doyumu, çalışanların psikolojik ve bedensel sağlığını, verimliliğini, performansını ve davranışlarını değiştirme potansiyeline sahip; bireyin kendi değerlendirmeleri sonucunda meydana gelen duygusal bir dışavurumdur. Sağlık çalışanlarının, çalıştıkları ortamlardan ve yaptığı işten doyum sağlayabilmeleri için yöneticiler tarafından kurumdaki ihtiyaçlarına

yönelik birtakım önlemlerin alınması, çalışanların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve motive edilmeleri gereklidir (Çelik ve Kılıç, 2019). Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin ve kişisel değerlerinin iş doyumunu etkilediği belirlenmiştir (Keskin ve Yıldırım, 2006). Aylaz ve diğ. (2017) tarafından bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, gelir durumu iyi, bekar, mesleği isteyerek seçen, sağlık meslek lisesi mezunu ve çalışma saati gündüzde 40 saat altında olan hemşirelerin iş doyumlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çelik ve Kılıç (2019) ta, yine bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin iş doyumu arttıkça mesleki tükenmişliğin azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını, mesleki tükenmişlik arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirlemişlerdir.

Hemşirelerin iş doyumu, hasta bakım kalitesinin bir ölçütü olup, hemşirelerin hemşirelik becerilerini geliştirmelerine (Clark ve diğ., 2022) ve verimliliklerini artırmalarına yardımcı olduğu için çok önemlidir (Sari ve diğ., 2023). Hemşirelerde mesleki bağlılık, iş ortamı, profesyonellik ve yapısal güçlendirme gibi faktörlerin etkilediği iş doyumunun artmasıyla hasta bakım kalitesinin artacağı belirtilmiştir (Sari ve diğ., 2023; Lu ve diğ., 2019). Profesyonelleşme, kişinin işinden profesyonel düzeyde doyum almasını, daha iyi hizmet sağlanmasını ve hastalara daha yüksek kalitede bakım verilmesini sağlayacaktır (Hao ve diğ., 2020; Shohani ve diğ., 2017). Plaku-Alakbarova ve diğ. (2018), çalışanların iş doyumunda bir puanlık bir artışın basınç yaralanması, kilo kaybı ve düşme insidansında %19'luk bir azalma ile ilişkilendirmiştir. Aynı zamanda olumlu çalışma ortamı ile hemşire tarafından bildirilen basınç yaralanması, ilaç uygulama hataları, enfeksiyon, düşme ve hasta şikayetleri gibi hasta güvenliği ile ilgili olaylar daha azalır (Cho ve diğ., 2016; Stalpers ve diğ., 2015). Hemşirelerde kaçırılmış bakımların artması iş doyumunu azaltır ve düşük iş doyumu hemşirelik bakım kalitesini de düşürür (Stemmer ve diğ., 2022; Plevová ve diğ., 2021; Cho ve diğ., 2020a). İş doyumu, hemşirelerin bakım davranışlarını etkiler ve bu da verilen sağlık hizmeti kalitesinin artmasına katkıda bulunur (Rizqana ve diğ., 2023). Labrague ve diğ., (2022) yaptıkları çalışmada olumlu bir hemşire çalışma ortamının, mesleki iş birliklerini artırdığını ve bunun sonucunda iş doyumunu ve hemşireler tarafından bildirilen bakım kalitesini artırdığını, ayrıca olumsuz olayları azalttığını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu ortam, sağlık ekibinin üyeleri arasında kaliteli iletişim ve koordinasyona olanak tanıyarak bakım hatalarının, hasta güvenliği sorunlarının ve ramak kala olaylarının erken fark edilmesini sağlar (Setiadi ve diğ., 2017; Lee ve Doran, 2017). Olumlu çalışma ortamı ile hastanede kalış süresi, yeniden yatış, düşük kurtarma oranları ve ölüm gibi istemeyen olaylar azalmaktadır (Nascimento ve Jesus, 2020; Wei ve diğ., 2018).

Hemşireler hastalarına yüksek kaliteli bakım sağlarsa, hemşirelik bakım memnuniyeti artar, kurumun maliyeti azalır ve bu durum finansal katkı sağlar (Asghar ve diğ., 2022).

2.1.2. Diğer Hemşirelik Özellikleri

2.1.2.1. Hemşire/Hasta Oranı

Hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesini ölçen önemli değerlendirmelerden bir tanesi hemşire/hasta oranıdır. Aynı zamanda hemşire istihdamının da önemli değerlendirmelerinden biri olan dolu yatak başına hemşire sayısı ya da hemşire/hasta oranı dünya genelinde hastanelerdeki insan kaynaklarını planlamada yıllardır kullanılan bir tekniktir (Türkmen, 2015). Türkiye'de kamu hastanelerinde yasal olarak cerrahi servisleri için hemşire/hasta oranı 1/5 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (2002), tüm yataklar için hemşire/hasta oranı 1/7 olarak belirlenmiş olup bu rakam vardiyadaki hemşire sayısına uyarlandığında hemşire/hasta oranının oldukça fazla olduğu (1/25) belirlenmektedir. McHugh ve diğ. (2021), hemşire ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için uygulamaya koydukları minimum hemşire-hasta oranı politikaları ile başlangıçta hemşire başına ortalama 6,13 hasta düşerken uygulamadan sonra hemşire başına 5,96 hastaya düştüğünü belirtmişlerdir. Farklı ülkelerde sağlık politikalarına bağlı olarak hemşire başına düşen hasta sayısı değişmektedir. Arttırılmış hemşire oranları olumlu hasta sonuçları ve maliyetle ilişkilendirilmektedir (Lasater ve diğ., 2021a; Lasater ve diğ., 2021b; Martsolf ve diğ., 2014; Twigg ve diğ., 2013; Zhu ve diğ., 2012; Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011).

Lasater ve diğ. (2021a) hemşire hasta oranı ile hasta sonuçlarını inceledikleri çalışmada, iki yıllık çalışma süresince hastanelerin 4:1 oranında hemşire istihdam etmeleri durumunda, 4370 ölümün önlenebileceğini ve toplamda 720 milyon dolar tasarruf edilebileceğini öngörmüşlerdir. Literatür, hemşire sayısı arttıkça hastane mortalitesinin azaldığını göstermektedir (Lasater ve diğ., 2021a; Driscoll ve diğ., 2018; Kane ve diğ., 2007). Hemşire sayısındaki artış ve ileri düzey hemşirelik uygulamaları hastaların ortalama yaşam süresini uzatır (Koy ve diğ., 2023). Hemşire başına düşük hasta sayısı, profesyonel hemşire oranı yüksek bir hemşire ekibi gibi istihdamın iyi olduğu hemşirelik özelliklerinin, hastaların maliyetini ve hastaneye yeniden yatış oranını azalttığı ve yatış süresini kısalttığı belirtilmektedir (Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011). İyileştirilmiş hemşire istihdam düzeyi hemşireliğe duyarlı ve diğer hasta sonuçlarla olumlu ilişki içindedir (Martsolf ve diğ., 2014; Zhu ve diğ., 2012). Avustralya'da yasal düzenleme ile iyileştirilen hemşire/hasta oranı devamında, hasta bakım

çıktılarının çoğunda iyileşme olduğu ve maliyet etkili bir uygulama olduğu bildirilmektedir (Twigg ve diğ., 2013). Wang ve diğ., (2020) düşük hemşire-hasta oranı ile basınç yaralanması oranını pozitif olarak ilişkilendirmiştir. Şenol ve Birgili (2023), ağız bakımı verilmeyen hastalarda ventilatör ilişkili pnömoni geliştiğini ve pozisyon verilmeyen hastalarda basınç yaralanmasının arttığını ifade etmişlerdir. Gliner ve diğ. (2022) saatlik hemşire turunun, daha az tur yapmaya göre düşme oranlarında %21'den fazla azalma ve olumsuz hemşire iletişiminin hasta düşme oranlarında 8,6 kat artış ile ilişkilendirildiğini göstermiştir. Hemşirenin bakım verdiği hastalara ilave edilecek her bir hastanın basınç yaralanması, ilaç hataları, düşmeye bağlı yaralanmalar ve yeniden hastane yatışlarını artıracağını göstermektedir (Aiken ve diğ., 2011; Cho ve diğ., 2016). Yeterli istihdam, sadece hastaların bakım bağımlılığı ihtiyaçlarını karşılamakla kalmaz, aynı zamanda iş doyumu ve azaltılmış bakım eksikliği de dahil olmak üzere olumlu hasta ve hemşire sonuçlarını sağlamak için gereklidir (Cho ve diğ., 2020b). Rhéaume ve diğ. (2011), uygun kaynaklar, uygun hasta-hemşire oranı, diğer sağlık çalışanları ile iyi ilişkiler ve kaliteli hasta bakımı için hemşirelere sağlıklı çalışma ortamı sağlanmasının öneminden ve bunlar için yönetsel desteğin gerekliliğinden bahsetmişlerdir.

2.1.2.2. Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri

Hemşirelik bakım sunum yöntemleri; sistematiği oluşturulmuş, bilimsel, meslek uygulamalarının temel unsurlarının kavramlarını mantık çerçevesinde tanımlayan, kavramların teoriğini uygulayıcıya birlikte gösteren yapılardır. Yöntem oluşturmada amaç, gerçeği doğru biçimde anlamak, öngörülebilir sonuçlar doğrultusunda hareket etmektir. (Çakır ve Yıldız, 2023). Hemşire yöneticiler, karar verme süreçleri ve mesleki uygulamalardaki etkileri yönünden, hemşirelik bakım sunum yöntemi seçimi, bunların uygulanması da dahil koşulların oluşturulmasından sorumludur (Huber,, 2020). Bakım sunum yöntemlerine dair literatürde pek çok sınıflama vardır (Parreira ve diğ., 2021; Çakır ve Yıldız, 2023). Bakımın veriliş şekline göre yöntemler dörde ayrılır. Bunlar; fonksiyonel hemşirelik, primer hemşirelik, takım hemşireliği ve hasta merkezli bakımdır.

Fonksiyonel (İşlevsel) Hemşirelik: İkinci Dünya Savaşı esnasında popüler hale gelen fonksiyonel hemşirelik, kalite açısından riskleri içermesi nedeniyle bakım sunumu için uygunsuz olarak düşünülmektedir. Standartlaştırılmış olan görev dağılımında tekniklerin tekrarı söz konusu olup fonksiyonel bakımın hedefinde görev ve prosedürler vardır, hasta merkezli değildir (Parreira ve diğ., 2021). Hemşirenin görevleri merkezi bir otorite tarafından belirlenmektedir (Çakır ve Yıldız, 2023). Karar verme her vardiya üzerinden ve genellikle

hemşire yönetici tarafından yapılır ve iletişim hemşire yönetici üzerinden gerçekleşir (Cırık ve Efe, 2019). Ülkemizdeki hastanelerin çoğunda iş paylaşımı yapıldığı (örneğin; servisteki bir hemşirenin tüm hastaların ilaçlarını vermesi, diğer hemşirenin ise tüm hastaların ölçümlerini yapması) ve fonksiyonel-işlevsel hemşirelik modelinin uygulandığı görülmektedir (Erdemir, 1998).

Takım Hemşireliği: Fonksiyonel hemşireliğe ilişkin memnuniyetsizlikten ve 1950'li yıllardaki hemşire yetersizliğinden dolayı ortaya çıkan bu yöntem, diğer sağlık profesyonellerinin bilgi ve deneyimlerinden faydalanmak için oluşturulmuş olup bir kişinin sağlık hizmeti sunan gruba liderlik ettiği bir yöntemdir (Parreira ve diğ., 2021). Hasta/hemşire ilişkisi ve ilgili görevler insani biçimde bilgilendirilen bir takım yapısı içinde düzenlenmiştir (Çakır ve Yıldız, 2023).

Hasta Merkezli Bakım: Bakım sunumunda altın standart olan hasta merkezli bakım tüm insanlara yöneliktir (Sillner ve diğ., 2021; Dys ve diğ., 2022). Ayrıca hizmet kalitesinin de bir ölçüsüdür (Sançar ve diğ., 2023). Hasta merkezli yöntemlerde birincil iletişim noktası olan hemşireler, hasta merkezli bakımın planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi, koordine edilmesi ve sunulmasında oldukça önemlidir (Sillner ve diğ., 2021). Hasta merkezli bakım sağlık otoritelerinin, hastayı iyi tanıyıp değer yargılarına saygı duymasını, bireyselliğine ve kişiliğine önem göstermeyi gerektirdiği için hasta merkezli bakımın bir diğer ana özellikleri arasında kişinin bireysel ihtiyaçları, tercihleri ve değerleri karşılayacak biçimde olmasıdır (Dys ve diğ., 2022; Sançar ve diğ., 2023).

Primer Hemşirelik: Primer hemşirelik modelinde temel düşünce; hemşireliğin bilgiye dayalı profesyonel bir uygulama olduğu ve iş merkezli bir aktivite olmadığıdır. Primer hemşirelikte hastanede kalış süresi boyunca hastalar için kayıtlı (lisanslı) bir hemşire karar alır. Diğer sağlık çalışanları hasta hakkındaki bilgileri doğrudan primer hemşireden alırlar (Cırık ve Efe, 2019). Hasta merkezli bakım yönteminin daha ileri bir yöntemi olarak nitelendirilmiş olan bu yöntemin, bakım kalitesi üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır (Moura ve diğ., 2020; Naef ve diğ., 2019).

Bakım sunum yöntemleri ile yapılan araştırmalar incelendiğinde, bu yöntemlerin hasta bakım kalitesine etki ettiği görülmüştür. Dhar ve diğ. (2020), hemşire liderliğindeki bakımın uygun maliyetli olduğunu, yüksek düzeyde müşteri memnuniyeti bildirdiğini ifade etmişlerdir. Hasta merkezli bakım konusunda daha yüksek yetkinliğe sahip hemşirelerin uygulamalarında, hasta katılımının daha sık yaşandığı görülmüştür (Hwang ve diğ., 2019). Hasta merkezli bakımda hasta memnuniyeti ve semptomlarda iyileşme ve olumlu sağlık sonuçları ortaya

çıkmaktadır (Eklund ve diğ., 2019). Primer hemşireliğin bakım kalitesi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda, olumlu hasta deneyimleri bulunmuştur (Moura ve diğ., 2020; Naef ve diğ., 2019). Takım hemşireliğine kıyasla primer hemşirelik bakım kalitesini iyileştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir (Cocchieri ve diğ., 2023; Dal Molin ve diğ., 2018). Yapılan çalışmalar, primer hemşireliğin yeterlilik puanı, bakım kalitesi ve maliyetlerde takım hemşireliğinden daha iyi olduğunu göstermiştir (Fernandez ve diğ., 2012). Ayrıca, Dal Molin ve diğ. (2018), primer hemşirelik ile sunulan hemşirelik bakımında, idrar ve venöz kateter enfeksiyonlarında belirgin bir azalma gözlemlediklerini bildirmişlerdir. Primer hemşireliğin, hemşirelerin kurumda kalmasında ve maliyetlerde olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır (Butler et al., 2019).

2.1.2.3. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, hasta davranışını etkileme yoluyla sağlığı korumak veya geliştirmek için gerekli bilgi, tutum ve becerilerde değişiklikler üretme sürecidir (Rankin ve diğ., 2005). Hasta eğitimi artmış kronik hastalık prevalansı, karmaşık tıbbi durumları olan hastalardaki artış, hastanede kalış sürelerindeki azalma ve sınırlı tıbbi kaynakların getirdiği kısıtlamalar ışığında giderek artan bir önem kazanmaktadır (Şenyuva ve diğ., 2020). Aynı zamanda hasta eğitimi olumlu hasta sonuçları elde etmede temel bir bileşendir (Forbes ve diğ., 2021). Hastaların sağlıklı davranışları benimsemesinde ve sağlık ihtiyaçlarını yönetmesinde en uygun maliyetli yaklaşım hasta eğitimidir (Wang ve diğ., 2024). Önceki çalışmalar, hasta eğitiminin hastaların sağlık okuryazarlıklarını ve sağlık koşullarını anlamalarını geliştirdiğini, onları etkili hastalık yönetimi stratejileriyle güçlendirdiğini göstermiştir (Forbes ve diğ., 2021; Rankin ve diğ., 2005; Şenyuva ve diğ., 2020). Hasta eğitimi hastaların kaygısını hafifletmekte, uyumlarını arttırmakta, komplikasyonlarını ve kalış süresini azaltmakta ve genel yaşam kalitesini artırmaktadır (Başer ve Mollaoğlu, 2019; Wang ve diğ., 2024; Ulupınar, 2016). Bu nedenle, ameliyattan önceki hasta eğitimi ve hazırlığı, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası bakımın hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Sayın ve diğ., 2016).

Eğitim, mesleki olarak profesyonel hemşirelerin sağlık kurumlarındaki uygulamalarında sahip olduğu en önemli sorumluluklarındandır (Avşar, 2006). Hemşirelerin eğitici rolü, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinin yanı sıra hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazanılması ve rehabilitasyona yönelik faaliyetlerin yürütülmesinde kritik öneme sahiptir (Aştı ve Karadağ, 2018; Yıldırım ve diğ., 2017). Avşar (2006), kliniklerdeki hasta eğitimini değerlendirdiği çalışmasında, hasta eğitiminde klinik hemşirelerinin büyük bir

oranının eğitime yönelik zaman ve yer belirlemediğini (%82,4), hemşirelerin neredeyse tamamının eğitimi kayıt altına almadığı (%98,9) ve eğitime çoğunlukla hastanın yakınlarının dahil edilmediğini (%82,4) belirlemiştir. Lisans mezunu hemşirelerin diğer hemşirelere göre hasta eğitimine yönelik hasta yakınlarından daha fazla veri topladığı ve daha fazla taburculuk eğitim verdikleri belirlenmiştir (Avşar, 2006). Hasta eğitimi, birçok olumlu sonucunun yanı sıra hasta memnuniyetini de arttırır (Wongkietkachorn ve diğ., 2018; Çiftçi ve Avşar, 2022). Karaaslan ve Güner (2024), ameliyat öncesi dönemde hareketlilik eğitimi verilen hastaların hareket esnasındaki bağımlılıklarının daha az olduğunu ifade etmişlerdir. Bozkaya ve Metin (2023) hastalığına yönelik eğitim almamış olan kişilerde bakım bağımlılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Aygül ve Ulupınar (2012) yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunun hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bularak hemşirelerin ilgisinden memnun kaldıklarını, hastaların en fazla doktorlar tarafından, sonrasında ise hemşireler tarafından bilgilendirildiğini belirlemişlerdir. Hastalar; en fazla ameliyat süreci, ayağa kalkma, ameliyat günü hazırlıkları, bedenlerini koruma yöntemleri hakkında broşür verilerek ve sözlü olarak bilgilendirilmişlerdir. Gürlek ve Yavuz (2013) da, ameliyat öncesinde hasta eğitimi ile ilgili yaptıkları araştırmada, hemşirelerin %61,9'unun ameliyattan 1 gün önce, %78,5'inin ameliyat öncesi dönemde, %31,8'inin yazılı materyal, anlatım ve kurum formları ile hastaya eğitim verdiklerini bildirmişlerdir. Ancak hemşirelerin ameliyat öncesinde hasta ve yakınlarının eğitim ihtiyaçlarını bazen belirleyebildiklerini, hemşirenin bakım verdiği hasta sayısının, eğitim sürecinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Hasta eğitimi hastaların yaşam kalitelerini arttırarak iyi klinik sonuçlara da katkıda bulunur (Stenberg ve diğ., 2018). Bu alanda yapılan sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar, hasta eğitiminin çoğunluğunun (~% 80) olumlu ekonomik etkiler ürettiğini göstermekte olup, hasta eğitimi yüksek bir yatırım getirisi sağlamaktadır (Papadakos ve diğ.,2020; Stenberg ve diğ., 2018). Dhar ve diğ. (2020), hemşire liderliğindeki bakımın uygun maliyetli olduğunu, yüksek düzeyde müşteri memnuniyeti bildirdiğini ifade etmişlerdir. Hasta eğitimi hastaların tıbbi, kişisel ve sosyal maliyeti azaltır (Ulupınar, 2016). Bu nedenle hemşireler, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için hasta odaklı, basit ve çok yönlü eğitim sağlamalıdır (Cutilli, 2020).

2.2. HASTANIN BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYİ

Öz bakım gücü düşük ve bağımlı olan hastalara profesyonel kişiler tarafından sağlanan destek bakım bağımlılığı olarak ifade edilmektedir. Bu destek, hastanın öz bakım aktivitelerinde bağımsızlığını yeniden kazanmasına katkı sağlar (Dijkstra ve diğ., 1996; Dijkstra ve diğ., 2005). Hemşirelik bakım planı, hastaların bakım bağımlılık düzeylerine göre planlanmalıdır (Türk ve Üstün, 2018; Kılıç ve diğ., 2017; Korhan ve diğ., 2013). Hastaların bağımsızlığını desteklemek için uygun bakım, eğitim, danışmanlık ve savunuculuk hizmetlerinin kullanılması gerekmektedir (Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2020). Bakım bağımlılığı fazla olan hastalarda hemşirenin hasta bakımı için harcadığı zaman da artmaktadır. Bu da hemşire kadrosundaki sayıyı arttırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için esastır (Lee ve diğ., 2023). Hemşire-hasta bakımı ilişkisi, hastaların bağımlılık düzeylerini etkileyebilir. Hemşirelerin bağımlı hastalara yönelik bakımlarını nasıl deneyimlediklerini anlamak çok önemlidir (Piredda ve diğ., 2024).

Hastaların bakım bağımlılık düzeylerini etkileyen bireysel özellikler incelendiğinde; yaşlı hastaların bakıma bağımlılık düzeylerinin daha fazla olduğu (Akay ve diğ., 2024; Gelekçi ve Efil, 2023; Düzgün ve diğ., 2019, Türk ve Üstün, 2018; Korhan ve diğ., 2013); eğitim düzeyi yüksek olanların bakım konusunda daha bağımsız oldukları (Akay ve diğ., 2024; Düzgün ve diğ., 2019; Türk ve Üstün, 2018; Kılıç ve diğ., 2017) ve cinsiyet ile arasında bir ilişki olmadığı (Akay ve diğ., 2024; Düzgün ve diğ., 2019; Kavuran ve Turkoglu, 2018; Korhan ve diğ., 2013) görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça, hastaların farkındalıkları ve tedaviye uyumları artar, devamında da bakıma olan bağımlılık düzeyleri azalır (Akay ve diğ., 2024). Hastaların klinik özellikleri de bakım bağımlılığı düzeylerini etkilemektedir. Süerdem ve Dikmen (2023), ameliyat türleri ile bakım bağımlılık düzeylerinin ilişkili olduğunu saptamıştır. Akyüz ve Büyükyılmaz (2024), büyük cerrahi girişim geçiren (özellikle beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji) yaşlı hastaların, bakım gereksinimlerini karşılamada kendilerini başkalarına daha bağımlı olarak tanımladıklarını belirlemiştir. Kilic ve diğ. (2017), dahiliye kliniklerine göre cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Acilden sevk ile ameliyat olan hastaların başkalarına bağımlılıklarının/bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Akyüz ve Büyükyılmaz, 2024; Gelekçi ve Efil, 2023; Kılıç ve diğ., 2017). Daha önce yapılan çalışmalarda da hastaların yattığı klinik, hastaneye geliş şekli ve yatış sebebi ile bakım bağımlılık düzeyleri arasında ilişki olduğu (Düzgün ve diğ., 2019; Kılıç ve diğ., 2017), kronik hastalığı olan hastalarda oluşan fiziksel

yetersizliğin hastanın ihtiyaçlarını gidermede bağımlı hale gelmesine sebep olduğu (Özbudak ve Şahin, 2021) ve kronik hastaların diğerlerine göre daha bağımlı olduğu belirtilmiştir (Akyüz ve Büyükyılmaz, 2024; Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2020; Düzgün ve diğ., 2019). Gelekçi ve Efil (2023), fazla sayıda kronik hastalığın hastalarda bakım bağımlılık düzeyini arttırdığını bildirmişlerdir. Hastaların bakım bağımlılık düzeyinin belirlenmesi, gerekli hemşirelik bakımının planlanması ve ihtiyaçlarının karşılanmasına imkân tanıyıp hemşirelik bakımının kalitesini artırmaya ve gerekli personel sayısının belirlenmesine katkı sağlar (Süerdem ve Dikmen, 2023).

Hasta bakım bağımlılık düzeyi aynı zamanda hasta sonuçlarını etkilemektedir. Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023), hastanın bağımlılık düzeyinin ameliyat sonrası hastanede kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu, kalış süresinin cerrahi müdahaleye maruz kalan hastaların bağımlılık düzeyine göre belirlendiğini ve uygun bakım yönetimi için gerekli tüm kaynakların öngörülmesi gerektiğini belirtmiştir. Denis ve diğ. (2023), hastaların fiziksel durumunu gösteren American Society of Anesthesiology (ASA) skoru ile hasta kalış gün sayısının maliyeti etkilediğini, kalış süresini bir gün uzatmanın ortalama 865 dolarlık bir maliyet artışına sebep olduğunu bildirmişlerdir. Bakıma bağımlılık düzeyi yüksek olan ASA 4 hastalarının diğer hastalardan (ASA 2 veya 3) 3 gün daha uzun kalarak ortalama 10 gün yattıklarını belirlemişlerdir. Falvey ve diğ. (2020), preoperatif günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın yaşlılarda total eklem protezi sonrası 30 gün içinde yeniden yatışlarla ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Taburculuk sırasında fonksiyonel kısıtlamaları olan hastalar, 30 gün içinde yeniden yatışlarda artmış risk altındadır (Middleton ve diğ. (2018). Dünyada yaşlı nüfusun artması ile bakıma olan bağımlılık düzeyinin artması, azalan hastane yatakları ve artan sağlık maliyetleriyle ilişkilidir (Maella-Rius ve diğ., 2024).

2.3. HASTA SONUÇLARI

2.3.1. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet

Hasta sonuçlarının önemli göstergelerinden birisi olan hemşirelik bakım memnuniyeti, sağlık kalitesinin ölçülmesinde ve belirlenmesinde kritik bir öneme sahiptir (Filiz ve Ateş, 2020). İhtiyaçları belirlenmiş hastanın bakımını sağlamak ve bu hizmetin kalitesini ölçmek için hasta memnuniyetinin ölçülmesi gereklidir (Akin ve Erdogan, 2007). Düzenli aralıklarla ölçülen hasta memnuniyeti sonuçlarına göre hastaların beklentilerinin karşılanması ve gerekli iyileştirmelerin yapılması hastalara verilen bakım hizmetinin kalitesini de yükseltecektir

(Köşgeroğlu ve diğ., 2005). Hemşirelik bakımının önemli bir unsuru olan hasta bilgilendirme, hastanın beklentilerini karşılamada ve iletişim sağlamada hasta memnuniyetinin temel öğesidir. Hastalar hastanede en çok hemşirelerle vakit geçirmektedirler (Köşgeroğlu ve diğ., 2005). Marmara bölgesinde cerrahi servislerde yatan hastalarla yapılan çalışmada, hastalarının bakım memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu ve çoğunun hemşirelerin sunduğu bakım ve bilgiyi yeterli bulduğunu, ancak taburculuk eğitiminin ise yetersiz olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Arslan ve Gürsoy, 2021). Genel olarak hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin yüksek olduğu (Arslan ve Gürsoy, 2021; Filiz ve Ateş, 2020; Bahçecioğlu Turan ve diğ., 2021; Karaca ve Durna, 2019) görülmüştür. Ancak iş yükü yüksek (Asghar ve diğ., 2022) ve hemşire-hasta oranı düşük (Winter ve diğ, 2020; Kol ve diğ, 2017) olan hemşirelerden bakım alan hastalarda bu oran düşüktür. Karakız ve Tosun (2022) ise çalışmasında, hemşirelik bakım memnuniyetini orta düzeyde saptamıştır. Literatürde erkeklerin (Karakız ve Tosun, 2022) ve kadınların (Akın ve Erdoğan, 2007) hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar bulunmaktadır. Kol ve Diğ. (2017) ile Cerit (2016), ise hastaların öğrenim düzeyleri yükseldikçe memnuniyetin düştüğünü bildirmişlerdir. Yine hasta bakım bağımlığının hemşirelik bakım memnuniyeti ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (İspir ve diğ., 2024; Filiz ve Ateş, 2020; Kavuran ve Turkoglu, 2018).

Hemşirelik bakım memnuniyetini etkileyen örgütsel faktörler incelendiğinde; hemşirenin niteliği ve hasta/hemşire oranı (Tervo-Heikkinen ve diğ., 2008), yetersiz hemşire sayısı (Clark ve diğ., 2007) karşımıza çıkmaktadır. Kaya ve Filiz (2018), Türkiye'de 1999-2016 yılları arasındaki verilere göre, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin düşük olduğu yıllarda hemşire başına düşen hasta sayısının ortalamasının 848 kişi olduğunu, yüksek olduğu yıllarda 569 kişi olduğunu ve bir hemşireye düşen hasta sayısı ile sağlık hizmetlerinden memnuniyetin ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Kutney-Lee ve diğ. (2009), ABD'de hasta-hemşire oranının daha az ve çalışma ortamının iyi olduğu hastanelerde çalışan hemşirelerden bakım alan hastaların bakım memnuniyetleri yüksek olarak belirlenmiştir. Yatak başına ortalama 4,6 hemşire düşen birimlerdeki hastaların memnuniyetlerinin, yatak başına ortalama 5,3 hemşire düşen birimlerdeki hastalardan daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Önceki çalışmalar, uygun hemşire istihdam düzeylerinin, artan hasta memnuniyeti ve azalan hastane kalışları gibi olumlu hasta sonuçlarıyla ilişkilendirilebileceğini (Martsolf ve diğ., 2014; Yu ve diğ., 2014; Zhu ve diğ., 2012) göstermiştir. Yeterli istihdam, iş doyumu ve azaltılmış bakım eksikliği dahil olmak üzere olumlu hasta ve hemşire sonuçlarını sağlamak için gereklidir (Cho ve diğ., 2020b). Lake ve diğ. (2016), ABD'de 409 hastanedeki hasta ve hemşire verileri ile yapılan ikincil analiz

çalışmasında, planlama ve iletişimde karşılanmayan hemşirelik girişimlerinde bir birim artışın hastaların hastaneden yüksek memnuniyet puanlamalarını (9 veya 10 puan) 2,57 azalttığını saptamışlardır. Hemşireler hastalarına yüksek kaliteli bakım sağlarsa, hemşirelik bakım memnuniyeti artar, kurumun maliyeti azalır ve bu durum finansal katkı sağlar (Asghar ve diğ., 2022). Dhar ve diğ. (2020) 2009-2019 yılları arasında hemşire liderliğinde bakım ile ilgili yayınlanmış 12 çalışmayı içeren sistematik derlemesinde, hemşire liderliğindeki bakımın uygun maliyetli olduğunu, yüksek düzeyde hasta memnuniyeti bildirdiğini ifade etmişlerdir. Hasta merkezli bakım konusunda daha yüksek yetkinliğe sahip hemşirelerin uygulamalarında daha fazla hasta katılımı olduğu görülmüştür (Hwang ve diğ., 2019). Hasta merkezli bakımda hasta memnuniyeti ve semptomlarda iyileşme ve olumlu sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Eklund ve diğ., 2019). Bacon ve Mark (2009), örgütsel faktörlerin hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelendiği çalışmalarında, hemşirelerin semptom yönetimini iyi yapması, işe katılımlarının artması, ileri yaş ve daha iyi sağlık durumunda, hasta bakım memnuniyet düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Rajabpour ve diğ. (2019), hastaların bütüncül bakım algıları arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyetleri de arttığını belirtmişlerdir. Bian ve diğ. (2022), ameliyathanede PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al) ve kanıt temelli uygulamaların kullanıldığı holistik hemşirelik çalışma grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre hemşirelerden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Hastanın bakımdan memnun olması tedaviye uyumunu sağlar ve iyileşme sürecini hızlandırır. Bu olumlu deneyimin paylaşılması hasta sayısını da arttırır (Aldemir ve diğ., 2018; Koirala ve Koirala, 2015). Fondevilla ve diğ. (2022), oral mukozit gelişen hastaların %73'ünün yapılan iki aylık tedavi sonrasındaki iyileşme düzeylerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Oral mukozit tedavileri ağrıyı azalmakta ve hasta memnuniyetinin yükseltmektedir (Hanna ve diğ., 2024).

2.3.2. Hemşireliğe Duyarlı Bakım Göstergeleri

Hemşirelikte kalite göstergeleri bakım sürecine ait verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesine yönelik faaliyetlerin niceliksel değerleridir. 1988'de Donabedian'ın oluşturduğu kalite çerçevesi, bakım kalitesini değerlendirmede halen kullanılmaya devam etmektedir. Bu çerçevede, hastalara bakım (yapı) sağlamak, hemşirelik müdahaleleri (süreç) ve hastaların sonuçları ile hemşirelerin nitelikleri arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Donabedian, 1988). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), Hemşireliğe Duyarlı Göstergeleri (Nursing-Sensitive Indicators-NSIs) geliştirme çalışmalarını bu çerçeveye dayandırmaktadır. ANA,

dünyada bu göstergelerin kullanımında da öncü olmuştur (ANA, 1995; ANA, 1996). Hemşirelerin hasta sonuçlarına etkisini ve katkısını ölçmek için bu göstergeler belirlenmiştir (Bıyık ve Türe, 2020). Hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri örgütün verimliliğini ve performansını, hemşirelik bakımının etkinliğini ve maliyetini ölçen göstergelerdir (Oner ve diğ., 2021; Bıyık ve Türe, 2020; Aydın ve diğ., 2004; Doran ve diğ., 2011). Son yıllarda maliyet odaklı bakım uygulamaları, hasta sonuçlarını iyileştirmek amacıyla hemşire planlarının ve bakımın sayısal olarak ölçülmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Doran ve diğ., 2011). Bu ölçüm sonuçlarıyla hizmet performansını değerlendirmek, iyileştirilmesi gereken alanları saptamak ve süreçlerdeki değişimlerin performansı nasıl etkilediğini belirlemek amaçlanmaktadır. Böylelikle belirlenen performans kalite hedeflerine ulaşılma durumu sunulan hizmet kalitesinin hangi düzeyde olduğunu gösterecektir (Ekici, 2013). Oner ve diğ. (2021), 1997-2017 yılları arasında hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile ilgili çalışmaları inceledikleri sistematik derlemede, bu göstergeleri Donabedian'ın kavramsal çerçevesinde sonuç alanında hasta ve hemşire ile ilişkilendirmişlerdir. Hastayla ilişkili olan sonuç göstergeleri mortalite, şok-kardiyak arrest, istenmeyen olay, ilaç hataları, pnömoni, kurtarma başarısızlığı, basınç yaralanması, nazokomiyal enfeksiyon, düşme, hasta/aile memnuniyeti, yaralanma ile sonuçlanan düşme, derin ven trombozu-pulmoner emboli, fiziksel kısıtlama kullanımı ve kalış gün sayısıdır. Hemşireyle ilişkili olan sonuç göstergeleri ise hemşire iş doyumu, tükenmişlik, devir hızı ve hemşire bildirimli bakım kalitesidir (Oner ve diğ., 2021). Hemşirelere hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergeleri sorulduğunda sırasıyla; enfeksiyon oranı (%76,8), basınç yaralanması oranı (%59,4), hasta düşme oranı (%44,9), hasta memnuniyet düzeyi (%33,3) ve hemşire memnuniyet düzeyi (%15,9) olarak belirtmişlerdir (Irmak ve Bulut, 2022).

2.3.2.1. Düşme Oranı

DSÖ tarafından düşmeler, dünya çapında yaşla birlikte artan halk sağlığı sorunu olarak ikinci ölüm nedeni (kaza sonucu yaralanma nedeniyle) olarak kabul edilmiştir (WHO, 2008). Çoğunlukla düşmelerin neden olduğu hasta yaralanma oranı, hasta sonuçlarını profesyonel hemşirelik hizmetlerinin kalitesi ile ilişkilendiren bir kalite ölçüsü olarak hemşireliğe duyarlı bir göstergedir (ANA, 1995). ANA, hastaların düşme ve yaralanma riskini değerlendirmede, riski azaltmak için bakım planlarını tasarlayarak uygulamada ve klinik düşme önleme programlarının etkinliğini değerlendirmede hemşirelerin sorumluluğunu vurgulamıştır. Ayrıca, hasta güvenliği programlarını ve klinik etkinliği analiz etmek için standart olarak düşme sonrası

analiz ve oranları kullanılmaktadır (Quigley ve White, 2013). Ülkemizde yaşlılarda düşme ile ilgili yapılan tez çalışmalarında, düşme gerçekleşme oranı % 36,2 ile % 47,7 aralığında gözlenmiştir (Güner ve Ural, 2017). De Quadros ve diğ. (2023), hemşirelik bakış açısıyla düşmeleri önlemek için yaptıkları çalışmada, 2018-2019 yılları arasında bildirilen 447 düşmenin 242'si (%54,1) klinik ve cerrahi yatan hasta ünitelerinde olduğu ve bunların 12'sinin (%2,7) orta-ağır yaralanmalı düşmelerden oluştuğunu bildirmiştir.

Hasta düşmeleri hemşire kadrosu yetersizliği ile ilişkilidir (Quigley ve White, 2013; Krauss ve diğ., 2005). Swiger ve diğ. (2018), olumsuz çalışma ortamlarının hasta düşmeleri ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Aynı zamanda olumlu çalışma ortamı ile hemşire tarafından bildirilen düşme gibi hasta güvenliği ile ilgili olaylar daha azalır (Cho ve diğ., 2016; Stalpers ve diğ., 2015). Hemşirelerin çalışma saatlerinin fazla olmasının yani hemşirenin baktığı ilave her bir hastanın düşmeye bağlı yaralanmalar ve yeniden hastane yatışlarını artırdığını göstermektedir (Cho ve diğ., 2016; Aiken ve diğ., 2011). Hastanelerde düşmelerin hemşirelik bakımı kaynaklı hataların yaklaşık %40'ını oluşturduğu belirtilmektedir (D'Amour ve diğ., 2014). Deneyimi çok olan ve yüksek eğitimli hemşirelerden bakım alan hastalarda düşme oranlarında azalma olduğu belirlenmiştir (Dunton ve diğ., 2007; Stalpers, 2015). Coto ve diğ. (2020), 2010-2016 yılları arasında, Amerika'da birçok tıp merkezinden toplanan veriler ile yaptığı çalışmada, lisans mezunu veya sertifikalı hemşirelerin yüzdesindeki her bir birimlik artışla, 1000 hasta günü başına toplam hasta düşmelerinde diğer değişkenler sabit tutularak sırasıyla 0,02 ile 0,04 ve 0,01 ile 0,03 miktarında bir azalma saptamıştır. Plaku-Alakbarova ve diğ. (2018), çalışanların iş doyumunda bir puanlık bir artışı basınç yaralanması, kilo kaybı ve düşme insidansında %19'luk bir azalma ile ilişkilendirmiştir. Gliner ve diğ. (2022) saatlik hemşire turunun, daha az tur yapmaya göre düşme oranlarında %21'den fazla azalma ve olumsuz hemşire iletişimi hasta düşme oranlarında 8,6 kat artış ile ilişkilendirildiğini göstermiştir. Zadvinskis ve diğ. (2019) hemşirelerin işe bağlılıklarının hasta düşmelerine etkilerini inceledikleri çalışmada, hemşirenin daha sık amaçlı turlar yaptığı hemşirelik birimlerinde, daha fazla yaralanma ile sonuçlanan düşme yaşandığını belirlemişlerdir. İşe bağlılığı yüksek hemşirelerin, bağlılığı daha düşük olanlara göre, hasta başı raporu sırasında düşme riskinin tartışılmasına ve amaçlı turlara daha fazla katıldığını saptamışlardır.

2.3.2.2. Basınç Yaralanması Oranı

Basınç yaralanması, hemşirelerin bakım kalitesini belirleyen en önemli göstergelerden biridir (Kıraner ve diğ., 2016). Basınç ülserlerinin değerlendirilmesinde ve önlenmesinde

hemşirelere kritik ve önemli görevler düşmektedir. Hastanın hastaneye kabulünde değerlendirme yapılmalı ve devamında bakımın planlanması ve takibi yapılarak sürekliliği sağlanmalıdır (Girgin ve Erarı, 2007). Örneğin hastanın bağımlılığının basınç yaralanması gelişimini etkilediği bilinmektedir. Hastaların aktivitelerinde tam ya da yarım bağımlı olmasının basınç yaralanması gelişimi riskini arttırdığı saptamıştır (Ateşgöz ve diğ., 2022). Basınç yaralanması için öncelikle risk faktörleri uygun ölçeklerle düzenli takip edilerek kanıt temelli girişimler uygulanmalıdır. Basınç yaralanması gelişmesi durumda ek ölçekler ile bölge ve bakım değerlendirmesi yapılmalıdır (Haesler, 2014; Orhan, 2017). Güncel ve gelişmiş uygulamaların bakıma aktarılması mesleki doyum açısından önemlidir (Doğu ve Önen, 2021). Çalışanların iş doyumunda bir puanlık bir artışın basınç yaralanması insidansında %19'luk bir azalmaya neden olacağı belirlenmiştir (Plaku-Alakbarova ve diğ., 2018).

Tosun ve Bölüktaş (2015), İstanbul'daki 21 hastanenin dahil olduğu çalışmada basınç yaralanması sıklığını %40,6 olarak belirlemiştir. Hemşirelerin yoğun iş yükü altında çalışması hastalarda basınç yaralanması gelişmesini etkiler. Orantısız hemşire iş yükü, bakımın kalitesinin azalmasına ve basınç yaralanmalarına neden olmaktadır (Al-Dweik ve Ahmad, 2019). Wang ve diğ. (2020), düşük hemşire-hasta oranının basınç yaralanması oranı ile pozitif ilişkili olduğunu belirlemiştir. Hemşirenin çalışma saatlerinin fazla olmasının ve baktığı ilave her bir hastanın basınç yaralanması ve yeniden hastane yatışlarını artırdığını göstermektedir (Cho ve diğ., 2016; Aiken ve diğ., 2011). Blegen ve diğ. (2013) tarafından, 21 üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip hemşirelerin sayısının daha fazla olduğu hastanelerde basınç yaralanması oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Deneyimi çok olan ve daha yüksek eğitimli hemşirelerden bakım alan hastalarda basınç yaralanması oranında azalma saptanmıştır (Dunton ve diğ., 2007; Stalpers, 2015). Hemşireler, basınç yaralanmalarını evrelerken orta ve yüksek düzeyde güvenilirlik seviyelerine sahiptir. Böylelikle sertifikalı hemşireler yara bakımı konusunda, sertifikasız hemşirelerden daha doğru bir şekilde basınç yaralanmasını evrelendirmektedirler. Bu nedenle hemşirelerin bu konuda ek eğitim alarak sertifikalandırılması gerekmektedir (Hart ve diğ., 2006).

2.3.2.3. İnfiltrasyon Oranı

Infiltrasyon, IV sıvının subkutan doku içine girecek şekilde damar dışına çıkması ile gerçekleşen, önlenebilir periferik intravenöz kateter (PVK) komplikasyonudur (Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi, 2019, syf:20). İnfiltrasyon gelişimine engel olan güvenli kateterizasyon tekniklerinin bilinmesi, erken dönemde fark edilmesi ve gerekli önlemlerin

alınması, gelişmesi durumunda ise en doğru bakımın uygulanması hemşirelerin sorumluluğundadır (Erdogan ve Denat, 2016). Liu ve diğ. (2022), cerrahi bölümdeki hastalarda infiltrasyon, flebit oranlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Hastanede kalış süresi uzayan hastalarda sürekli ilaç infüzyonu ve uzun süreli kateter kullanımı, kan damarlarına mekanik ve kimyasal tahrişe neden olur ve vasküler endotelin fizyolojik direncini azaltır.

PVK komplikasyonları hemşirelik uygulamaları alanına girmesi nedeniyle hemşireliğe duyarlı bir kalite göstergesi olarak nitelendirilmektedir (Irmak ve Bulut, 2021). Bu göstergede hemşirelik uygulamalarının oldukça önemli olduğu ve doğru uygulamaların hem komplikasyon oranlarını düşürdüğü hem de bu göstergede iyileşmeler sağladığı bildirilmektedir (Bayer ve Parıltı, 2016). Taşkıran ve diğ. (2024), hemşirelerin PVK uygulamasına ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulamalarını, etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin güncel rehberleri takip etmedikleri, PVK uygulamasına ilişkin bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu ve kateterizasyon işlemine ilişkin yanlış uygulamalarının mevcut olduğunu belirlemişlerdir. Çukurlu ve Altay (2021), hemşirelerin kanıt temelli PVK uygulamalarını kullanma durumlarını inceledikleri araştırmada, hemşirelerin %32,6'sının "komplikasyon gelişmedikçe kateterin 72-96 saate kadar kalabileceği" yanıtını vermesi, kateter kalış süreleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını saptamıştır. Avustralya'da kateterin en yaygın çıkarılma sebebinin infiltrasyon olduğu saptanmıştır (Webster ve diğ., 2007). Benzer şekilde bir diğer araştırmada, infiltrasyon nedeniyle hastaların %86,6'sında intravenöz (IV) tedaviye son verildiği belirlenmiştir (Gupta ve diğ., 2003). Olgun ve diğ. (2014) ise çocuklarda PVK'ya bağlı infiltrasyon ve flebit görülme sıklığını inceledikleri çalışmada, hastaların %54,1'inde infiltrasyon geliştiği görülmüştür. Hastaların %13,5'inde sadece flebit geliştiği, %24,3'ünde sadece infiltrasyon geliştiği ve %12,2'sinde ikisi birden geliştiği için kateterin çıkarıldığı belirlenmiştir. Şengül ve diğ. (2019), hemşirelerin PVK uygulamasına yönelik becerilerini inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin PVK uygulaması sırasında bazı basamakları atladıkları ve bu basamakların da komplikasyonlara neden olduğu belirtilmektedir. Bu komplikasyonlar hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına, mortalite ve morbidite hızında artışa, hemşirenin iş yükününün artmasına, bakım kalitesinin düşmesine, hasta memnuniyetsizliğine ve ciddi ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Biçer ve Temiz, 2021; Kuş ve Büyükyılmaz, 2019).

2.3.2.4. Oral Mukozit Oranı

Oral mukozit, mukoza bariyerinde ülserasyon, eritem, ödem, kanama ve bozulmaların görüldüğü bir komplikasyondur (Kardaş Kin ve Çelik, 2023). Hemşireler oral mukozitin önlenmesi, yönetilmesi ve ağız bakımının sağlanmasında öncelikli görev alan sağlık profesyonelleridir (Erden, 2019; Eilers ve Million, 2011). Oral mukozit yönetiminde hemşirelerin oral mukozanın değerlendirilerek tanılanması, hasta eğitimi ve hastanın gereksinimine uygun ağız bakımının uygulanması gibi hastaya özel bakım uygulamalarının kullanılması gibi önemli görevleri bulunmaktadır (Kardaş Kin ve Çelik, 2023; Erden, 2019). Hemşireler için oral mukozitin yönetiminde hasta bakımının planlanması ve uygulanmasında kanıta dayalı uygulamalar kritik öneme sahiptir (Elad ve diğ., 2021). Uygun ölçeklerle yapılan oral değerlendirme ve sonrasında uygulanan hemşirelik girişimleri ile hastalarda oral mukozit sıklığının azaldığı saptanmıştır (Abalı Pilas, 2023). Griffiths ve diğ. (2012), ayaktan kanser kemoterapisi alan hastalarla yaptıkları çalışmada, oral mukozitin hemşireliğe duyarlı sonuç alanlarından olduğunu belirtmişlerdir. Hastalara bilgi sağlanması ve iletişim, bu alanda önemli konulardır. Hemşirelerin hastanın ağız sağlığını değerlendirme konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, doğru ağız bakımı uygulamaları yapmaları, hastaya danışmanlık ve bilgilendirme yapmalarıyla oral mukozit azaltılabilir (Özcan Yüce, 2013). Oral mukozit tedavileri ağrıyı azalmakta ve hasta memnuniyetinin yükseltmektedir (Hanna ve diğ., 2024). Fondevilla ve diğ. (2022), oral mukozit gelişen hastaların %73'ünün yapılan iki aylık tedavi sonrasındaki iyileşme düzeylerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin yapılandırılmış semptom değerlendirmesi yaparak kanıta dayalı klinik uygulama protokolü uyguladıkları kemoterapi gören hastalarda oral semptomlarda iyileşme olduğu belirlenmiştir (Kearney ve diğ., 2008).

2.3.3. Diğer Sonuçlar

2.3.3.1. Ölüm Oranı

Ölüm oranı, sağlık bakım hizmetlerindeki ihtiyacın düzeyini ve hizmetlerin etkililik derecesini işaret eder (WHO, 2014). Ülkemizde 2019 yılından önceki 10 yılı kapsayan ölümler incelendiğinde; çoğunlukla 74-85 yaş aralığında, en sık dolaşım sistemi hastalıklarından ve kış mevsiminde gerçekleştiği, bununla birlikte öğrenim düzeyi ile ters orantılı olduğu belirlenmiştir (Tepetaş ve diğ., 2022). Ölüm oranları pek çok duruma göre değişmekte olup hemşireliğin doğrudan etki alanlarından olmamasına rağmen hemşire istihdamının yetersiz olmasına bağlı

hastane enfeksiyonları, düşük bakım kalitesi ve karşılanamayan hemşire bakımı gibi hastane komplikasyonlarından kaynaklanabilir. Şenol ve Birgili (2023), hastalarda gelişen olumsuz sonuçların hastanede kalış süresini uzatarak mortalite oranlarını arttırdığını ifade etmişlerdir. Olumlu çalışma ortamı ile bildirimi yapılan hastanede kalış süresi, yeniden yatış, düşük kurtarma oranları ve ölüm gibi istemeyen olaylar azalır (Nascimento ve Jesus, 2020; Wei ve diğ., 2018; Swiger ve diğ., 2018). Lasater ve diğ. (2021b), ABD'de, zaman içinde lisans mezunu hemşirelerin oranlarını artıran hastanelerde hasta ölüm oranlarının azaldığı saptanmıştır. Yakusheva ve diğ. (2014) ve Cho ve diğ. (2015), çoğunluğu lisans mezunu olan hemşirelik ekibinden bakım alan hastalarda ölüm oranında azalma olduğunu belirlemiştir. Aiken ve diğ. (2014) de, dokuz Avrupa ülkesinde 50 yaş ve üstü 422730 hasta ile 300 hastanede yaptıkları çalışmada, lisans derecesine sahip her hemşirenin %10'luk bir artışının, ölüm olasılığını %7 azalttığını saptamışlardır. Hemşirelerin %60'ının lisans mezunu olduğu ve ortalama altı hastaya baktığı hastanelerdeki hastaların, sadece %30'unun lisans mezunu olduğu ve ortalama sekiz hastaya baktığı hastanelerdeki hastalardan neredeyse %30 daha düşük bir ölüm olasılığına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmanın verilerinin (dokuz ülkede yapılan çalışma, 2009-2011) ikincil analizinin yapıldığı çalışmada (Ball ve diğ., 2017), bir hemşireye bir hasta eklenmesi ile oluşan iş yükü artışının ameliyattan sonraki bir ay içinde ölüm riskini %7, karşılanmayan hemşirelik bakımında %10 artışın ise ameliyattan sonraki bir ay içinde ölüm riskini %16 arttırdığı saptanmıştır. Literatür (Driscoll ve diğ., 2018; Kane ve diğ., 2007), hemşire sayısı arttıkça hastane mortalitesinin azaldığını göstermektedir. Yine lisans derecesine sahip kayıtlı hemşire oranlarının artmasının daha düşük ölüm oranları ile ilişkili olduğu görülmüştür (Audet ve diğ., 2018; Liao ve diğ., 2016; Yakusheva ve diğ., 2014; Kutney-Lee ve diğ., 2013; Kane ve diğ., 2007). Estabrooks ve diğ. (2005), Kanada'da 49 akut bakım hastanesinden taburcu olan 18142 hasta ile yaptıkları araştırmada, farklı hastanelerdeki hemşirelik özelliklerinin hasta ölüm oranlarına etkilerini incelemiş; hemşirelerin yüksek öğrenim düzeyleri, yüksek beceri düzeyi, olumlu hemşire-hekim ilişkileri ve düşük günlük-geçici istihdam hasta ölüm oranlarında düşüşle ilişkili bulunmuştur.

2.3.3.2. Yeniden Ameliyat Oranı

Yeniden ameliyat olma, komplikasyon nedeniyle hastanın yeniden ameliyat olması olarak belirtilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın anestezi ve ameliyatın türüne, hastalığına ya da bireysel durumuna yönelik birçok nedenle hasta yeniden ameliyat edilebilmektedir (Aydın ve Çilingir, 2017). Knee Society çalışma grubu projesi kapsamında diz

protez cerrahisi sonrası hastaların klinik değerlendirmesinde rehber olarak kabul edilen ve standartlaştırılan 22 komplikasyondan bir tanesi yeniden ameliyat oranıdır (Iorio ve diğ., 2014; Healy ve diğ., 2013). Cerrahi hemşiresinin ameliyatın yenilenmemesi için riskli hastaların bakımında, daha dikkatli davranarak hemşirelik uygulamalarını yapması önemlidir. Cerrahi hemşiresinin bu tutumu, hastanın yeniden ameliyat olmasını engelleyen etkili sonuçlar ortaya koyacaktır (Shapira ve diğ., 1999; Pieper ve diğ., 2006). Ayrıca hastanın ameliyat sonrası taburculuk planında, cerrahi hemşiresinin riskler ve buna yönelik önlemlerin neler olduğu hakkında hasta ve ailesine eğitim vermesi gerekir (Fiser, 2001).

Adams ve diğ. (2020), 2012- 2015 yılları arasında gerçekleştirdikleri çalışmada, 10.449 ortopedik cerrahi müdahalenin içinde, 947'si (%9,1) bir yıl içinde planlanmamış yeniden ameliyat olduğunu belirlemişlerdir. Planlanmamış yeniden ameliyatların çoğunluğu (775; %81,8) taburculuk sonrası 30 günün üzerinde gerçekleşmiştir. En yaygın neden ise, ilk 30 gün için enfeksiyon/yara komplikasyonları (%58,2) ve 6 ay-1 yıl aralığı için mekanik komplikasyonlar (%49,5) olarak saptanmıştır. Birkmeyer ve diğ. (2001), genel cerrahide gerçekleştirilen tüm ameliyatların %3,5'inin, taburculuk sonrası 30 gün içinde gerçekleşen plansız yeniden ameliyatlar olduğunu raporlamıştır. Bu akut postoperatif dönemde yeniden ameliyatların %85'i cerrahi yara ile ilgili komplikasyonlara sekonder olarak gerçekleşmiştir. Plansız yeniden ameliyat geçiren hastaların mortalite oranlarının, ameliyat geçirmeyenler ile kıyaslandığında daha yüksek olduğu da saptanmıştır. Ayrıca yeniden ameliyatların belirlenmesi, hasta sonuçlarını iyileştirmek için koruyucu önlemlere yol açmıştır.

2.3.3.3. Yeniden Yatış Oranı

Taburculuk sonrası hastaneye yeniden yapılan yatış, sağlık bakım maliyetlerini artıran önemli bir etken olup kaliteli hasta bakımının değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (Hasan ve diğ., 2010). Hastanın hastanede kalış süresinin kısalması, tekrarlı yatışların önlenmesi, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hasta ve yakınının memnuniyeti için hastaya sunulan hemşirelik bakımı önemlidir. Hemşirelerin bu konuda rollerinin farkında olması ve kendisini mesleki bilgi yönünden güçlendirmesi gerekmektedir (Kıskaç ve Babaoğlu, 2022). Örneğin, Falvey ve diğ. (2020), preoperatif günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın yaşlılarda total eklem protezi sonrası 30 gün içinde yeniden yatışlarla ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Middleton ve diğ. (2018) ise, nitelikli bakım tesislerinde taburculuk sırasında fonksiyonel kısıtlamaları olan hastaların önlenebilir 30 günlük yeniden hastaneye yatışlarında

risk faktörü daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin yeniden yatışlar yönünden bu faktörlerin farkında olmaları gerekir.

Lasater ve diğ. (2021b), zaman içinde lisans mezunu hemşirelerin oranlarını artıran hastanelerde hastaların yeniden yatışının azaldığını belirlemiştir. Yakusheva ve diğ. (2014) ve Cho ve diğ. (2015) çoğu lisans mezunu olan hemşirelik ekibinden bakım alan hastaların taburculuk sonrası yeniden yatışlarında azalma saptamışlardır. Aynı zamanda olumlu çalışma ortamının hastaların taburculuk sonrası hastaneye yeniden yatışı azalttığı ve maliyetleri düşürdüğü de bildirilmiştir (Türkmen, 2015; Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011). Hemşirelerin çalışma saatlerinin fazla olmasının yeniden hastane yatışlarını artırdığı da bilinmektedir (Aiken ve diğ., 2011; Cho ve diğ., 2016). Bir hemşirenin iş yükünde, bir hasta daha az olduğunda, yeniden yatışlarda azalma saptanmıştır (Rosenberg, 2021; McHugh ve diğ., 2021). Kaya ve diğ. (2018), bir üniversite hastanesinde hastaneye yeniden yatışın getirdiği ek maliyetin belirlenmesi amacıyla yaptıkları prospektif kohort araştırmasında, hastanede toplam 2.824.328 TL harcamanın yeniden yatış için yapıldığı, bu harcamanın %25'inin plansız yeniden yatışlar için yapıldığı belirlenmiştir. Yeniden yatışlara ilişkin ortalama maliyetin ilk yatışlardaki ortalama maliyetten yaklaşık 1,4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgular maliyet etkili bir hastane yönetimi için yeniden yatış hızlarının azaltılması gerektiğini göstermektedir.

2.3.3.4. Diğer Komplikasyon ve Göstergeler

Hasta ile ilgili diğer sonuç göstergeleri arasında, hastanın hastanede kalış gün sayısı ile birlikte kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar izlenmektedir. Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplanması ile kalış gün sayısı hesaplanmaktadır. Hemşire özellikleri ile kalış gün süresi arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Kane ve diğ. (2007), hemşire kadrosu ile hasta sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, hasta günü başına bir hemşire artışının cerrahi hastaların hastanedeki kalış süresini %31 azalttığını belirlemiştir. Yapılan çalışmalarda, çoğunluğu lisans mezunu olan hemşirelik ekibinden bakım alan (Yakusheva ve diğ., 2014; Cho ve diğ., 2015) ve zaman içinde lisans mezunu hemşirelerin oranlarını artıran hastanelerdeki (Lasater ve diğ., 2021b) hastaların hastanede yatış sürelerinin azaldığı belirlenmiştir. Twigg ve diğ. (2019), hemşirelik becerileri ile hasta sonuçlarını inceledikleri sistematik derlemede, becerisi yüksek olan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda, hasta kalış süreleri, kanamalar; kısıtlama kullanımı, kurtarma başarısızlığı, yaralanma, enfeksiyon (akciğer-kan-idrar yolu), kardiyak arrest ve 30 gün içinde mortalite gibi olumsuz hasta sonuçlarının anlamlı olarak azaldığına dikkat çekmişlerdir.

Ameliyat sonrası görülen komplikasyonlardan bir tanesi de kanamadır. Knee Society çalışma grubu projesi kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların sonucunda, diz protez cerrahisi sonrası hastalarda görülen 22 komplikasyon (yara yeri ve eklem enfeksiyonu, kanama, revizyon, tromboemboli, damar yaralanması, nöral eksiklik, instabilite, periprostetik kırık, kas dokusunda bozulma, heterotopik ossifikasyon, yatak yüzeyinde aşınma, dislokasyon, osteoliz, kap-liner ayrışması, protezin kırılması, yeniden ameliyat, yeniden yatış, ölüm) standartlaştırılmış ve hastaların klinik değerlendirmesinde rehber olarak kabul edilmiştir (Iorio ve diğ., 2014; Healy ve diğ., 2013). Zalikha ve diğ. (2022), 2006-2015 yılları arasında protez ameliyatı olan hastalarda ayların hasta sonuçlarına etkilerinin incelendikleri çalışmada, Aralık ayında hastalarda komplikasyon, postoperatif anemi ve genitoüriner komplikasyon oranlarının daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Ng ve diğ. (2017), total kalça protezi cerrahisinde mevsimsel değişikliklerin kanama riskiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Altıntaş ve diğ. (2008), ülkemizde 21 merkezden ortopedik cerrahi operasyon geçiren hastalar ile yaptıkları prospektif, açık, müdahalesiz bir gözlem çalışmasında, hastaların %54,2'sine ameliyat sırasında kan transfüzyonu gerektiği, komplikasyon olarak 40 olguda (%4,5) hafif kanama, beş olguda (%0,6) yara yeri hematomu geliştiği ve bunların ikisinde yeniden ameliyat gerektiği görülmüştür. Hafif kanama oranı literatürde %2-4 arasında bildirilmektedir (Hull ve diğ., 2001). Konuralp ve diğ. (2002), yaz aylarında ameliyat geçiren hastaların enfeksiyon ve kanama riski daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Ameliyat sonrası görülen diğer bir komplikasyon enfeksiyondur. En sık görülen hastane enfeksiyonlarından biri de ortopedik enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonlar, yara iyileşmesinin gecikmesine, antibiyotik kullanımının artmasına, yeni cerrahi girişimlere ve hastanede yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır (Harrop ve diğ., 2012). Adams ve diğ. (2020) çalışmalarında, ortopedik cerrahi müdahalelerin içinde planlanmamış yeniden ameliyatların yaygın nedeninin ise ilk 30 gün için yara komplikasyonları/enfeksiyonlar olduğunu saptamışlardır. Yara enfeksiyonları ameliyat sonrası süreçte ortopedik cerrahinin önemli bir komplikasyonudur. Cirit ve diğ. (2014), ayaktan ve yatan çeşitli hastalardan gönderilen 4447 yara örneğini inceledikleri çalışmalarında, yara enfeksiyonunun en sık ortopedi kliniklerinde görüldüğünü saptamıştır. Enfeksiyonların önlenmesinde insizyon bölgesinin ve ellerin temizliği ve asepsisi oldukça önemlidir (Savcı ve diğ., 2018). Yara yerinde oluşan enfeksiyonlar önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu enfeksiyonların iyileşme sürelerinin geç olması, hastanede kalış süresinin uzamasına ve hastanın psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmakta, böylelikle sağlık sisteminde yüksek maliyetler oluşmaktadır (Zafar ve diğ., 2007).

Enfeksiyonların hemşirelik boyutuna bakıldığında; Twigg ve diğ. (2019), hemşirelik becerileri ile hasta sonuçlarını inceledikleri sistematik derlemede, becerisi yüksek olan hemşirelerin olumsuz hasta sonuçları ile ters ilişkili olduğuna ve bu sonuçlardan bir tanesinin enfeksiyon (akciğer, kan ve idrar yolu) olduğuna dikkat çekmişlerdir. Swiger ve diğ. (2018), olumsuz çalışma ortamlarının enfeksiyonlar ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Ayrıca Dal Molin ve diğ. (2018), primer hemşirelik bakımında idrar ve venöz kateter enfeksiyonlarında belirgin bir azalma gözlemlediklerini bildirmişlerdir.

2.3.4. Yatış Maliyeti

Dünyada yaşlı nüfus artmaktadır. Bu durum, bakıma olan bağımlılıkta artma birlikte azalan hastane yatakları ve artan sağlık maliyetleriyle ilişkilidir (Maella-Rius ve diğ., 2024). Sağlık kurumlarında yapılan işlemlerin hem sağlık sonuçları üzerindeki etkisi hem de maliyetinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinde çıktının ölçülmesiyle gerçekleşir. Böylelikle hastaya uygulanan farklı müdahalelerin arasından hasta için en etkili olan seçilir (Whitehead ve Ali, 2010). Ne yazık ki, hastanelerde maliyet artıran bir unsur olarak görülerek yeterli sayıda hemşire istihdamı dikkate alınmamaktadır (Türkmen, 2015). Kim ve Cho (2024), hastaların kalış gün sayısı bir günlük azaltmaya yanıt olarak, her vardiya için 100 hastaya bakım sağlamak için 1,10–7,44 hemşireye ek olarak ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir. Hastaların kalış gün sayılarını azaltmak için daha etkin ve verimli hemşire insan gücü planlamasına gidilmelidir. Bu açıdan maliyetli gibi görünse de hastada oluşabilecek komplikasyon, enfeksiyon, yeniden yatış gibi ek maliyetler oluşturmaması açısından kritik bir maliyet unsurudur.

Hastanelerde hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçlarına katkısı, hasta sonuçlarını iyileştirmek, hastalara sağlanan bakımın kalitesini ve güvenliğini ölçerek hemşirelik bakımını iyileştirmenin yanı sıra sağlık hizmetinin maliyet etkili olması açısından önemlidir (Sim, 2015). Son yıllarda maliyet odaklı bakım uygulamaları, hasta sonuçlarını iyileştirmek amacıyla hemşire planlarının ve bakımın sayısal olarak ölçülmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Doran ve diğ., 2011). Dhar ve diğ. (2020), hemşire liderliğindeki bakımın uygun maliyetli olduğunu bildirmişlerdir. Literatür kayıtlı hemşirelerin sayısının artırılmasının son derece maliyet etkili olabileceğini ve daha iyi sonuçlarla ilişkilendirilerek net maliyetin azalabileceğini göstermektedir (Griffiths ve diğ., 2023; Kim ve diğ., 2016; McHugh ve diğ., 2021). Bunlara ek olarak nitelikli hemşirelerin baktığı hastaların hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu ve hasta yatış maliyetlerinin düştüğü gözlenmiştir (Çelik ve diğ., 2023; Yakusheva ve diğ. 2014). Bakım sunum yöntemlerinden primer hemşireliğin, maliyetlerde olumlu bir etkisinin olduğunu

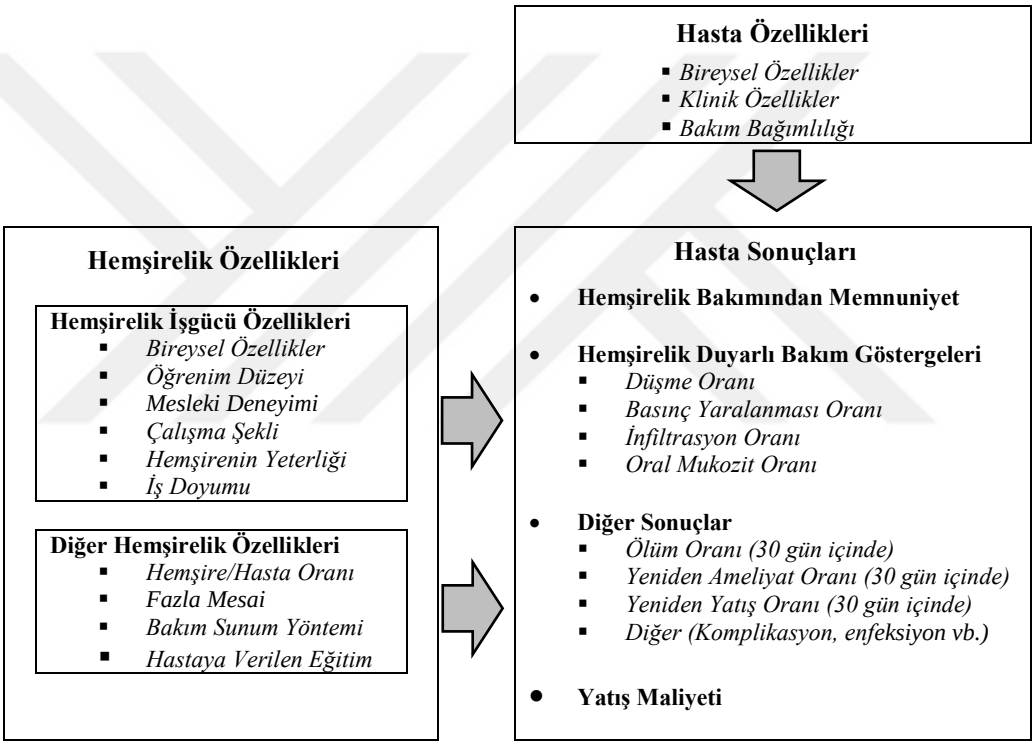
(Butler ve diğ., 2019) ve maliyetinin takım hemşireliğinden daha iyi olduğu belirlenmiştir (Fernandez ve diğ., 2012). Eğer hemşireler hastalarına yüksek kaliteli bakım sağlarsa, hemşirelik bakım memnuniyeti artar, kurumun maliyeti azalır ve bu durum finansal katkı sağlar (Asghar ve diğ., 2022). Hastaların hastanedeki yatış süresi, verilen sağlık hizmetine bağlı olarak maliyetinde önemli belirleyicilerinden olup hemşire sayısının, hastaların hastanede yatış süresini, taburculuğunu, yeniden yatışını, yaşam süresini nasıl etkilediği ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır (Aydan ve Arıkan, 2021). Sağlık hizmeti sunan kişilerin iş yükünün azaltılması bakımın etkin sunulmasını sağlayacağı bununda kurumsal seviyede bakım maliyetini azaltacağı düşünülmüştür (İlkaz ve diğ., 2023). Yapılan çalışmalarda (Türkmen, 2015; Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011), olumlu çalışma ortamının hastaların hastanede yatış sürelerinin kısalttığını ve maliyetleri düşürdüğünü bildirilmiştir. Denis ve diğ. (2023), kalça kırığı olan bir hastanın acil servise gelişinden cerrahi servisten taburcu olmasına kadar olan tedavi maliyeti 13.113 dolar olduğunu, hastaların kalış süresini bir gün uzatmanın ortalama 865 dolarlık bir maliyet artışına sebep olduğunu bildirmişlerdir. 48 saat içinde ameliyat edilmeyen hastaların kalış süresi 5,7 gün artmıştır, bu da maliyette 5000 dolara yakın bir artışı temsil etmektedir. Sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde kaliteli hizmet sunumunun karşılığı olan maliyet verileri, maliyet etkin politika kararlarının yönlendirilmesinde önemli bir unsurdur.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ

Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımdaki araştırmanın ana amacı, hastanelerde mevcut hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisini belirlemektir.

Araştırmanın modellenen kavramsal çerçevesi Şekil 3.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1: Araştırmanın kavramsal çerçevesi.

Bu doğrultuda ana araştırma sorusu şu şekilde belirlendi:

1. Hemşirelik özellikleri hasta sonuçları ile ilişkili midir?

Araştırmanın alt soruları ise şu şekilde belirlendi:

1. Hasta özelliklerine göre hasta sonuçları arasında fark var mıdır?
2. Hasta özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisi var mıdır?
3. Zamana göre hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve hasta sonuçları değişmekte midir?

4. Birimlere göre hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve hasta sonuçları arasında fark var mıdır?
5. Hemşirelik özelliklerine göre hasta sonuçları arasında fark var mıdır?
6. Hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisi var mıdır?

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; İstanbul Avrupa yakasında üçüncü düzey sağlık hizmeti sunan bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesi ve bir şehir hastanesinin ortopedik cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler (N=101) ve veri toplama döneminde bu hastanenin ortopedik cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastalar oluşturdu (Tablo 3.1). Hastaların fiziksel kısıtlılıkları nedeniyle yatış sürelerinin uzun olması, bu süre boyunca hemşirelik bakımına daha çok ihtiyaç duymaları ve hastaların klinik özelliklerinin benzer olması nedeniyle çalışma ortopedi kliniklerinde gerçekleştirildi.

Tablo 3.1: Hastanelerin özelliklerine göre dağılımı ($N_{hemşire}$=101, N_{hasta}=408).

Hastane	Sağlık Hizmeti Düzeyi	Klinik Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı	Hasta Sayısı
Özel Dal E.A.H.	3. Düzey	3	56	127	208
E.A.H.	3. Düzey	2	26	60	100
Şehir Hastanesi	3. Düzey	1	19	70	100
Toplam		**6**	**101**	**257**	**408**

** E.A.H.: Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Araştırmada, hemşire örnekleminin belirlenmesinde tam sayı örnekleme yöntemi kullanılarak tüm hemşirelere ulaşılması planlandı ($n_{hemşire}$=101). Bu doğrultuda, araştırmaya katılmayı kabul eden ve belirlenen hastanenin ortopedik cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastalara bakan hemşireler araştırmanın hemşire örneklemini oluşturdu.

Araştırmada, hasta örnekleminin belirlenmesinde evreni bilinmeyen örnekleme yöntemi kullanılarak hesaplama yapıldı. Örnekleme alınması gereken hasta sayısı minimum 354 olarak belirlendi (n_{hasta}=354). Örnekleme alınacak hastalar için dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi.

- Ortopedik cerrahi girişim geçirmesi,
- Bilincinin açık olması,
- Türkçe okur-yazar olması,
- Hastanede en az iki gece yatarak tedavi ve bakım hizmeti alması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,

- İletişim engelinin olmaması,
- Sorulan soruları yanıtlamayı engelleyecek herhangi bir hastalığının (Demans, Alzehiemer veya psikiyatrik hastalık vb) olmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi.

Pandemi döneminde yatan hasta profilinin değişmesi nedeniyle örnekleme alınacak hastalar için araştırmanın başında dahil edilme kriterlerinde yer alan "hastanede en az üç gece yatarak tedavi ve bakım hizmeti alması" kriteri, "hastanede en az iki gece yatarak tedavi ve bakım hizmeti alması" olarak değiştirildi ve bunun için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan değişiklik izni alındı (Tarih: 22.11.2021 Sayı: 241046).

Gelişigüzel örnekleme yöntemiyle, araştırmaya katılmayı kabul eden ve yukarıdaki kriterleri karşılayan 408 hasta (n_{hasta}=408) araştırmaya dahil edildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ZAMAN

Araştırmanın hemşire ve hasta verilerinin, 01.11.2020-31.12.2021 tarihleri arasında toplanması planlanmıştı. Ancak Covid-19 pandemisinde vaka sayılarının artışı nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın talimatı doğrultusunda Pandemi hastanesi olarak hizmet eden iki Devlet Hastanesinden veri toplanamaması nedeniyle çalışma evrenine bir Eğitim Araştırma Hastanesi ve bir Şehir Hastanesi'nin dahil edilmesiyle veri toplama süresi uzatılarak 01.11.2020-31.12.2022 olarak değiştirildi.

Sonuç olarak bu araştırma İstanbul'un Avrupa yakasında yer alan üçüncü düzey sağlık hizmeti veren bir şehir hastanesi, bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere toplam üç hastanenin ortopedik cerrahi servislerinde yapıldı. Araştırma verileri, 01.11.2020- 31.12.2022 tarihleri arasında toplandı.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Gerekli etik kurul ve kurum izinlerin alınmasından sonra veriler, hemşire ve hemşirelerin bakım verdiği hastalar/yakınlarından eş zamanlı olarak toplandı. Hastalar/yakınlarından veri toplama araçlarını kendilerinin doldurması istendi, kendileri doldurmak istemeyen hastalarda, sorular araştırmacılar tarafından hastaya sorularak yanıtlar elde edildi. Hasta İzlem Formları doldurulurken araştırmacı tarafından önce hastaya soruldu,

daha sonra hastanın hemşiresi ile görüşüldü ve bilgiler teyit edildi. Hemşirelerden kendilerine ait veri toplama araçlarını kendilerinin doldurması istendi. Hemşire İzlem Formu doldurulurken sorumlu hemşire ile görüşülerek bilgiler teyit edildi.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hemşirelere yönelik veriler; "Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu", "Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği" ve "Hemşire İzlem Formu" ile toplandı. Hastalara yönelik veriler; "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", "Hasta İzlem Formu" ve "Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)" ile toplandı.

3.5.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ve birimi, bireysel özelliklerini (cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum), mesleki bilgilerini (meslekte, kurumda, birimde çalışma süreleri), çalışma biçimine ilişkin bilgileri ve mesleki doyumunu sorgulayan tanımlayıcı 11 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.5.2. Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği

Takase ve Teraoka (2011) tarafından geliştirilmiş ölçek, toplamda 5 faktör ve 36 maddeden oluşmaktadır. İki bölümden oluşan ölçeğin ilk bölümü (A) "genel yetenek" alt ölçeğini içermekte, bir birey olarak olağan davranışlar hakkındaki sorulardan oluşmaktadır (Ek-1). Bu bölümdeki maddeler; 7'li Likert (1=hiçbir zaman" dan "7=her zaman) olarak derecelendirilmekte ve toplamda 7 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm (B) hemşire olarak yeterliği ölçmekte ve "personel eğitimi ve yönetimi", "etik odaklı uygulama", "ekipte hemşirelik bakımı", "mesleki (profesyonel) gelişim" adlı beş alt boyuttan ve 29 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümdeki (B) maddeler de 7'li Likert (1=hiçbir zaman" dan "7=her zaman) olarak derecelendirilmektedir. Ölçekte ters madde yoktur. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak saptanmıştır (Takase ve Teraoka, 2011). Aydın ve Hiçdurmaz (2019) ölçeği Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenirliğini analiz etmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir (Aydın ve Hiçdurmaz, 2019). Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı 0,97 bulundu.

3.5.3. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Hastaların bireysel özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu), yatış özelliklerini (hangi tedavi/işlem için yattığı, yatış şekli), ek hastalık bilgilerini, hastanede yattıkları süre boyunca aldıkları eğitimlere yönelik bilgilerini (eğitim alma durumları, eğitim alma zamanı, eğitim veren kişi, eğitim sunum yöntemi) ve refakatçi bulundurma durumlarını sorgulayan tanımlayıcı 12 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

3.5.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmek için Thomas ve diğ. (1996) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek tek boyutta 19 maddeden oluşmaktadır (Ek-2). Her bir madde 5'li Likert olarak (1=Hiç memnun değilim, 5=Tamamen memnunum) değerlendirilmektedir. Puanlama için, ölçekteki tüm maddelerin puanları toplanıp 100'e dönüştürülmektedir. 0-100 puan arasında memnuniyet puanı elde edilmekte ve puanın artması hemşirelik bakımının memnuniyetinin arttığını belirtmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96 saptanmıştır (Thomas ve diğ., 1996). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Akin ve Erdogan (2007) tarafından yapılmış, Türkçe versiyonun Cronbach alfa katsayısı 0,96 bulunmuştur. Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı 0,98 bulundu.

3.5.5. Hasta İzlem Formu

Hasta İzlem Formu, izlem zamanı açısından hasta yatışı sırasında, hastanın yattığı sürede, hasta taburcu olurken, hasta taburcu olduktan sonra alınacak bilgiler başlıklarından oluşmaktadır (Ek-3). Bu form, araştırmacı tarafından hastaya/yakınlarına sorularak ve hastaya bakım veren hemşiresi ile görüşülerek toplandı.

3.5.5.1. Hasta Yatışı Sırasında Alınacak Bilgiler

İki bölümden oluşmaktadır.

Birinci Bölüm

Hastanın adı soyadı, tanısı, yattığı servis, yatış tarihi, hastaneye geliş şekli, ek hastalığı ve fiziksel değerlendirmesindeki mevcut durum bilgilerine yönelik 7 sorudan oluşmaktadır.

İkinci Bölüm

Hastanın bakım bağımlılığı düzeyini değerlendirmek için Bakım Bağımlılığı Ölçeği kullanıldı. Hastanın bakım bağımlılık düzeyi hasta yatışı sırasında bir kez değerlendirildi.

Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)

Hollanda'da 1996 yılında Dijkstra ve diğ. (1996) tarafından geliştirilen, Virginia Henderson'ın insan gereksinimlerine göre temellendirilmiş ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Yönt ve diğ. (2010) yapmıştır. BBÖ, bireylerin bağımlılık düzeylerini belirlemek için 5'li Likert tipi puanlama ile derecelendirilmiş ve günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşmuş bir ölçektir (Ek-3). Derecelendirme "1= tamamen bağımlı, 5= Hemen hemen/ tamamen bağımsız" şeklindedir. Ölçekten en düşük puan 17 puan ve en yüksek 85 puan alınmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması, hastanın bakım gereksinimlerini karşılarken bağımsız olduğunu gösterirken, ölçek puanının düşük olması hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı 0,90 bulundu.

3.5.5.2. Hastanın Yattığı Sürede Alınacak Bilgiler

Hastanın yattığı süre boyunca hastanın ameliyat bilgilerini (ameliyat adı, tarihi), yatış süresinde basınç yaralanması, düşme, infiltrasyon ve oral mukozit gelişme durumları, yeniden ameliyat olma durumu, enfeksiyon ve diğer komplikasyon gelişme durumları ile hastalara uygulanan hemşirelik bakım sunum yöntemlerini içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

3.5.5.3. Hasta Taburcu Olurken Alınacak Bilgiler

Hastanın taburculuk tarihi, hastanede kaldığı gün sayısı ve yatış maliyetini içeren 3 sorudan oluşmaktadır.

3.5.5.4. Hasta Taburcu Olduktan Sonra Alınacak Bilgiler

Hastanın taburculuk sonrası 30 gün içinde önceki yatışına yönelik bir komplikasyon nedeni ile ölüm, yeniden ameliyat ve yeniden yatış gerçekleşme bilgilerini içeren 3 sorudan oluşmaktadır.

3.5.6. Hemşire İzlem Formu

Araştırmacı tarafından klinik sorumlu hemşiresi ile görüşülerek doldurulan bu form, ilgili hastanenin klinik/biriminde bir ay ve bir günde vardiya saatlerinde bulunan hemşire sayısı, hasta sayısı, hemşire/hasta oranı ve aylık ortalama fazla mesai bilgilerine yönelik 6 sorudan oluşmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik onayı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Tarih: 13.10.2020 Sayı: 70796) alındı. Covid-19 pandemisinde vaka sayılarının artışı nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın talimatı doğrultusunda pandemi hastanesi olarak hizmet eden iki devlet hastanesinden veri toplanamaması nedeniyle çalışma evrenine bir şehir hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahil edilmesiyle veri toplama süresinin uzatılarak 01.11.2020- 31.12.2022 olarak değiştirilmesi ve yine pandemide yatan hasta profilinin değişmesi nedeniyle örnekleme alınacak hastalar için dahil edilme kriterlerinde yer alan "Hastanede en az üç gece yatarak tedavi ve bakım hizmeti alması" kriterinin "Hastanede en az iki gece yatarak tedavi ve bakım hizmeti alması" olarak değiştirilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan değişiklik izni alındı (Tarih: 22.11.2021 Sayı: 241046).

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler, IBM SPSS 23.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Grafikler ise Microsoft Excel programında oluşturuldu. Katılımcıların demografik ve çalışma özellikleri yüzde, sayı, standart sapma, ortalama, maksimum, minimum vb. tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Ölçeklerin güvenirliği için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplandı. Verilerin gruplar arası karşılaştırmasında veriler normal dağılım gösterdiği için parametrik testler (student t testi veya ANOVA) kullanıldı. İki gruba ait karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla gruba ait karşılaştırmalarda ise tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Kategorik veriler için Ki-Kare testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın, yalnızca İstanbul'da, kamu hastanelerinde ve ortopedi kliniklerinde yapılması araştırmanın bir sınırlılığıdır. COVID-19 pandemisinin yaratmış olduğu olağan dışı ortam araştırmanın bir diğer sınırlığı olarak kabul edilebilir. COVID-19 pandemisine bağlı hastane değişikliklerinden dolayı veriler eş zamanlı toplanamadı. Bu durum ülke ekonomisindeki değişimlere bağlı olarak yatış maliyetlerini de etkilemiş olabilir. Hemşirelere ilişkin verilerin bazılarının hemşirelerin öz bildirimi ile elde edilmesi de araştırmanın bir

sınırlılığıdır. Hastanın bakım bağımlılık düzeyinin bir kez değerlendirilmesi, yatış sırasında bakım bağımlılık düzeyi değişebileceği için bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Veriler araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşire ve ortopedi kliniklerinde yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar ile sınırlı olup sonuçlar bu doğrultuda değerlendirilmelidir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları hemşirelik özelliklerinin dağılımı, hasta özellikleri ve sonuçlarının dağılımı, hemşirelerin bireysel ve meslek özelliklerine göre BHYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması analizleri, hastaların bireysel, klinik özelliklerine ve sonuçlarına göre hasta BBÖ ve HBMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması analizleri, hasta özellikleri ile sonuçları arasındaki korelasyon analizleri, hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve sonuçlarının zamana göre değişim dağılımları, birimlere göre hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve sonuçlarının karşılaştırılması analizleri, hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile karşılaştırılması ve ilişkisine yönelik analizler olarak sunuldu.

4.1. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin işgücü (bireysel ve mesleki özellikler) ve diğer (hemşire/hasta oranı, fazla mesai, hemşirelik bakım sunum yöntemi, hasta eğitimi verme durumu) özelliklerine yönelik bulgulara yer verildi.

4.1.1. Hemşirelerin İşgücü Özelliklerine Yönelik Bulgular

Hemşirelerin işgücü özelliklerinden bireysel özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1'de ve meslek özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.2 ve 4.3'te gösterildi.

Tablo 4.1: Hemşirelerin bireysel özelliklerine yönelik bulgular (N=101).

Bireysel Özellikler	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	82	81,2
	Erkek	19	18,8
	Toplam	**101**	**100,0**
Yaş	18-24 yaş	28	27,7
	25-34 yaş	61	60,4
	35-44 yaş	12	11,9
	Toplam	**101**	**100,0**
Medeni durum	Evli	26	25,7
	Bekar	75	74,3
	Toplam	**101**	**100,0**

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81,2'si (n=82) kadın, %60,4'ü (n=261) 24-34 yaş aralığında ve %74,3'ü (n=75) bekardır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hemşirelerin mesleki özelliklerine yönelik bulgular (N=101).

Mesleki Özellikler	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Öğrenim düzeyi	SML	11	10,9
	Ön Lisans	5	5,0
	Lisans	76	75,2
	Yüksek Lisans	9	8,9
	Toplam	**101**	**100,0**
Çalışma süresi (Meslek)	<1 yıl	4	4,0
	1-5 yıl	72	71,3
	6-10 yıl	14	13,9
	11-15 yıl	5	5,0
	16-20 yıl	6	5,9
	Toplam	**101**	**100,0**
Çalışma süresi (Kurum)	<1 yıl	13	12,9
	1-5 yıl	77	76,2
	6-10 yıl	5	5,0
	11-15 yıl	2	2,0
	16-20 yıl	4	4,0
	Toplam	**101**	**100,0**
Çalışma süresi (Birim)	<1 yıl	19	18,8
	1-5 yıl	72	71,3
	6-10 yıl	6	5,9
	16-20 yıl	4	4,0
	Toplam	**101**	**100,0**
Çalışılan kurum	Özel Dal E.A.H.	56	55,4
	Şehir Hastanesi	19	18,8
	E.A.H.	26	25,7
	Toplam	**101**	**100,0**
Birim	Özel Dal E.A.H.Klinik 1	20	19.8
	Özel Dal E.A.H.Klinik 2	26	25,7
	Özel Dal E.A.H.Klinik 3	10	9,9
	E.A.H.Klinik 1	14	13,9
	E.A.H.Klinik 2	12	11,9
	Şehir Hastanesi	19	18,8
	Toplam	**101**	**100,0**
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	17	16,8
	Sürekli gece	6	5,9
	Gece-gündüz dönüşümlü	78	77,2
	Toplam	**101**	**100,0**
İş doyumu	Hiç memnun değilim	6	5,9
	Memnun değilim	26	25,7
	Memnunum	63	62,4
	Çok memnunum	6	5,9
	Toplam	**101**	**100,0**

Hemşirelerin %75,2'sinin (n=76) lisans mezunu olduğu, meslekte (%71,3, n=72), kurumda (%76,2, n=77) ve birimde (%71,3, n=72) çalışma süresinin çoğunlukla 1-5 yıl aralığında olduğu belirlendi. Hemşirelerin %55,6'sı (n=56) Özel Dal E.A.H.'nde çalışmakta iken, %25,7'si (n=26) Özel Dal E.A.H. Klinik 2'de çalışmaktadır. Hemşirelerin %77,2'si (n=78) gece-gündüz dönüşümlü çalışmaktadır ve %62,4'ü (n=63) işinden memnundur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına yönelik bulgular (N=101).

Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği	$\bar{X}$	S	Min	Max
Toplam	5,5457	,89837	2,92	7,00
Genel Yetenek	5,6337	,84356	3,71	7,00
Personel Eğitimi-Yönetimi	5,0286	1,24639	2,00	7,00
Etik Odaklı Uygulama	5,7833	,95237	2,44	7,00
Ekipte Hemşirelik Bakımı	5,7581	1,01272	2,71	7,00
Mesleki Profesyonel Gelişim	5,6485	1,06135	2,50	7,00

$\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Hemşirelerin BHYÖ toplam puanı ortalaması 5,54±0,89, "genel yetenek" alt boyutu puan ortalaması 5,63±0,84, "personel eğitimi ve yönetimi" alt boyutu puan ortalaması 5,02±1,24 "etik odaklı uygulama" alt boyutu puan ortalaması 5,78±0,95, "ekipte hemşirelik bakımı" alt boyutu puan ortalaması 5,75±1,01 ve "mesleki profesyonel gelişim" alt boyutu puan ortalaması 5,64±1,06 bulundu. En yüksek ortalamanın "etik odaklı uygulama" alt boyutunda olduğu görüldü (Tablo 4.3).

4.1.2. Hemşirelerin Diğer Özelliklerinin Hastalardaki Oransal Dağılımına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin diğer özelliklerinin (gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranı, fazla mesai saatleri, hemşirelik bakım sunum yöntemi, hastaya eğitim verilme durumu, eğitim verildiyse eğitim alma zamanı ve eğitim alınan kişi) hastalardaki oransal dağılımına yönelik bulgular Tablo 4.4, 4.5 ve 4.6'da gösterildi.

Diğer hemşire özelliklerinden ilki olan gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranına (HHO) göre hastaların dağılımı incelenerek Tablo 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.4: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranına göre hastaların dağılımına yönelik bulgular ($N_{hemşire}$=101, N_{hasta}=408).

Gündüz Vardiyasında HHO	n	%	Gece Vardiyasında HHO	n	%	Gece Vardiyasında HHO	n	%
,0830 (1/12)	62	15,2	,0530 (1/18)	45	11,0	,1110 (1/9)	27	6,6
,0900 (1/11)	38	9,3	,0550 (1/17)	50	12,3	,1250 (1/8)	18	4,4
,1000 (1/10)	7	1,7	,0590 (1/16)	5	1,2	,1420 (1/7)	1	,2
,1110 (1/9)	49	12,0	,0660 (1/15)	7	1,7	,1660 (1/6)	10	2,5
,1250 (1/8)	27	6,6	,0710 (1/14)	21	5,1	,2000 (1/5)	8	2,0
,1420 (1/7)	74	18,1	,0770 (1/13)	28	6,9	,2500 (1/4)	1	,2
,1660 (1/6)	132	32,4	,0830 (1/12)	23	5,6			
,2000 (1/5)	17	4,2	,0900 (1/11)	35	8,6			
,2500 (1/4)	2	,5	,1000 (1/10)	129	31,6			

n: Frekans, %: Yüzde

Çalışma kapsamına alınan hastaların hizmet aldıkları birimlerde gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranları incelendiğinde, gündüz vardiyasındaki en yüksek frekans

%32,4 (n=132) hemşire/hasta oranı 0,16 (1/6)'dır. Gece vardiyasında ise hemşire/hasta oranının en yüksek olduğu frekans %31,6 (n=129) ile 0,10 (1/10) oranıdır (Tablo 4.4).

Diğer hemşire özelliklerinden ikincisi olan hemşirelerin fazla mesai saatleri gruplandırılarak hastaların dağılımları sunuldu (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Hemşirelerin fazla mesai saatlerine göre hastaların dağılımına yönelik bulgular (N=408).

Hemşirelerin fazla mesai saatleri	Frekans (n)	Yüzde (%)
8+16 saat	107	26,2%
24 saat	201	49,3%
32 saat üzeri	100	24,5%
Toplam	**408**	**100,0%**

Hastaların %49,3'ü 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerden hizmet alırken, %26,2'si ayda 8+16 saat fazla mesai, %24,5'i ise 32 saat üzeri fazla mesai yapan hemşirelerden hizmet almaktadır (Tablo 4.5).

Üçüncü olarak hemşirelerin hastalara verdikleri hemşirelik bakım sunum yöntemi ve eğitime göre hastaların dağılımları sunuldu (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Hemşirelik bakım sunum yöntemi ve hastaya verilen eğitime göre hastaların dağılımına yönelik bulgular (N=408).

Değişken	Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hemşirelik bakım sunum yöntemi	Hasta paylaşımı	22	5,4
	İş paylaşımı	**386**	**94,6**
	Toplam	**408**	**100,0**
Eğitim alma durumu	**Evet**	**358**	**87,5**
	Hayır	50	12,5
	Toplam	**408**	**100,0**
Eğitim alınan kişi	Hemşire	71	19,8
	Hekim ve hemşire	136	38,0
	Hekim	**151**	**42,2**
	Toplam	**358**	**100,0**
Eğitim zamanı	**Ameliyattan önce**	**319**	**89,1**
	Ameliyattan sonra	39	10,9
	Toplam	**358**	**100,0**
Eğitim şekli	Görsel (laptop ile sunum)	45	12,6
	Yazılı (broşür, kılavuz)	5	1,4
	Sözlü	**262**	**73,2**
	Yazılı ve sözlü	42	11,7
	Görsel, yazılı ve sözlü	4	1,1
	Toplam	**358**	**100,0**

Hastaların %94,4'üne (n=386) iş paylaşımı ile hemşirelik bakımı sunulmuştur. Bununla birlikte, hastaların %87,5'inin yatışı sırasında eğitim aldığı (n=358), eğitim alan hastaların içinde

%42,2'sinin (n=151) hekimden eğitim aldığı, %89,1'inin (n=319) ameliyat öncesinde ve %73,2'sinin (n=262) sözlü eğitim aldığı belirlendi (Tablo 4.6).

4.2. HASTALARIN ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Hastaların bireysel özelliklerine yönelik bulgulara Tablo 4.7'de, BBÖ toplam puan ortalamasına yönelik bulgulara Tablo 4.8'de ve klinik özelliklerine yönelik bulgulara Tablo 4.9'da yer verildi.

Tablo 4.7: Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular (N=408).

Tanımlayıcı Özellikler	Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	180	44,1
	Erkek	**228**	**55,9**
	Toplam	**408**	**100,0**
Yaş	18-24 yaş	74	18,1
	25-44 yaş	98	24,0
	45-59 yaş	**101**	**24,8**
	60-74 yaş	95	23,3
	75 yaş ve üzeri	40	9,8
	Toplam	**408**	**100,0**
Medeni durum	**Evli**	**234**	**57,4**
	Bekar	174	42,6
	Toplam	**465**	**100,0**
Öğrenim düzeyi	Okuryazar	50	12,3
	İlkokul mezunu	**127**	**31,1**
	Ortaokul mezunu	62	15,2
	Lise mezunu	121	29,7
	Üniversite mezunu	48	11,8
	Toplam	**408**	**100,0**

Hastaların %55,9'unun (n=228) erkek, %24,8'inin (n=101) 45-59 yaş aralığında, %54,7'sinin (n=234) evli ve %31,1'inin (n=127) ilkokul mezunu olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puan ortalamasına yönelik bulgular (N=408).

Bakım Bağımlılığı Ölçeği	$\bar{X}$	S	Min	Max
Toplam	69,1789	9,33830	32,00	85,00

$\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Hastaların BBÖ toplam puan ortalaması 69,17±9,33 bulundu (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hastaların klinik özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular (N=408).

Klinik Özellikler	Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastane	**Özel Dal E.A.H.**	**208**	**51,0**
	Şehir Hastanesi	100	24,5
	E.A.H.	100	24,5
	Toplam	**408**	**100,0**
Birim	Özel Dal E.A.H.Klinik 1	71	17,4
	Özel Dal E.A.H.Klinik 2	**118**	**28,9**
	Özel Dal E.A.H.Klinik 3	19	4,7
	E.A.H.Klinik 1	51	12,5
	E.A.H.Klinik 2	49	12,0
	Şehir Hastanesi	100	24,5
	Toplam	**408**	**100,0**
Yatış şekli	Acil yatış	196	48,0
	Planlı yatış	**212**	**52,0**
	Toplam	**408**	**100,0**
Ameliyat türü	Kalça Protezi	25	6,1
	Diz Protezi	39	9,6
	Posterior Enstrümentasyon	28	6,9
	Kırık Cerrahisi (ARİF)	**152**	**37,3**
	Artroskopi-Menisküs	21	5,1
	Materyal Çıkarımı	16	3,9
	Debridman	21	5,1
	Osteotomi	20	4,9
	Amputasyon	15	3,7
	Tümör Rezeksiyon	23	5,6
	Diğer	48	11,8
	Toplam	**408**	**100,0**
Ameliyat süresi	0-60 dk	75	18,4
	61-120 dk	**129**	**31,6**
	121-180 dk	105	25,7
	181-240 dk	46	11,3
	Toplam	**408**	**100,0**
Kalış gün sayısı	**2-7 gün**	**264**	**64,7**
	8-15 gün	89	21,8
	16 gün ve üzeri	55	13,5
	Toplam	**408**	**100,0**
Refakatçi bulunma durumu	**Evet**	**347**	**85,0**
	Hayır	61	15,0
	Toplam	**408**	**100,0**
Ek hastalık	Var	164	40,2
	Yok	**244**	**59,8**
	Toplam	**408**	**100,0**

ARİF: Açık redüksiyon internal fiksasyon

Hastaların %51'inin (n=208) Özel Dal E.A.H.'de, %28,9'unun (n=118) Özel Dal E.A.H. Klinik 2'de tedavi gördüğü, %52'sinin (n=212) planlı yatış yaptığı, %37,3'ünün (n=125) kırık cerrahisi (ARİF) geçirdiği belirlendi. Hastaların %36,6'sının ameliyat süresinin (n=129) 61-120 dakika arasında olduğu, %64,7'sinin (n=264) 1-7 gün hastanede kaldığı, %85'inin (n=347) yatışı sırasında yanında refakatçisinin bulunduğu belirlendi. Bununla birlikte, hastaların %59,8'inin ek hastalığının olmadığı (n=244) belirlendi (Tablo 4.9).

4.3. HASTALARIN SONUÇLARINA YÖNELİK BULGULAR

Hastaların HBMÖ toplam puan ortalamasına yönelik bulgulara Tablo 4.10'da, hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinin dağılımına yönelik bulgulara Tablo 4.11'de, hastaların diğer sonuçlarının dağılımına yönelik bulgulara Tablo 4.12'de ve hastaların yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti ortalamalarına yönelik bulgulara Tablo 4.13'te yer verildi.

Tablo 4.10: Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamasına yönelik bulgular (N=408).

Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	$\bar{X}$	S	Min	Max
Toplam	86,1029	12,98285	21,00	95,00

X̄: Ortalama, S: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Hastaların HBMÖ toplam puan ortalaması 86,10±12,98 bulundu (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Hastaların hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinin dağılımına yönelik bulgular (N=408).

Değişken	Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Basınç yaralanması	Evet	12	2,9
	Hayır	396	97,1
	Toplam	**408**	**100,0**
Düşme	Evet	2	,5
	Hayır	406	99,5
	Toplam	**408**	**100,0**
İnfiltrasyon	Evet	19	4,7
	Hayır	389	95,3
	Toplam	**408**	**100,0**
Oral mukozit	Evet	3	,7
	Hayır	405	99,3
	Toplam	**408**	**100,0**

Hastaların %2,9'unda yatış süresince (n=12) basınç yaralanması, %0,5'inde (n=2) düşme, %4,7'sinde (n=19) infiltrasyon ve %0,7'sinde (n=3) oral mukozit geliştiği saptandı (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Hastaların diğer sonuçlarının dağılımına yönelik bulgular (N=408).

Değişken	Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yeniden ameliyat	Evet	74	18,1
	Hayır	334	81,9
	Toplam	**408**	**100,0**
Enfeksiyon	Evet	19	4,7
	Hayır	389	95,3
	Toplam	**408**	**100,0**
Komplikasyon	Evet	63	15,4
	Hayır	345	84,6
	Toplam	**408**	**100,0**
Taburculuk sonrası ölüm*	Evet	0	0
	Hayır	408	100,0
	Toplam	**408**	**100,0**
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat*	Evet	36	8,8
	Hayır	372	91,2
	Toplam	**408**	**100,0**
Taburculuk sonrası yeniden yatış*	Evet	45	11,0
	Hayır	363	89,0
	Toplam	**408**	**100,0**

*Taburculuk Sonrası 30 gün içinde

Hastaların %4,7'sinde yatış süresince (n=19) enfeksiyon, %15,4'ünde (n=63) komplikasyon geliştiği ve %18,1'inin (n=74) yeniden ameliyat olduğu belirlendi. Taburculuk sonrası 30 gün içinde ölen hasta olmadı. Hastaların %8,8'i (n=36) taburculuk sonrası yeniden ameliyat olurken %11'i (n=45) taburculuk sonrası yeniden yatış yaptı (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Hastaların yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti ortalamalarına yönelik bulgular (N=408).

Değişkenler	$\bar{X}$	S	Min	Max
Yatış maliyeti	11.696,06 TL	13.612,51 TL	130,39 TL	101.606,79 TL
Taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti	1.126,82 TL	6.797,37 TL	132,05 TL	90.328,79 TL

$\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Hastaların ortalama yatış maliyeti 11.696,06 TL iken standart sapma 13.612,51 TL olarak hesaplandı. Minimum yatış maliyeti 130,39 TL iken maksimum yatış maliyeti ise 101.606,79 TL olarak belirlendi. Ayrıca hastaların taburculuk sonrası ortalama yeniden yatış maliyeti 1.126,82 TL iken standart sapma 6.797,37 TL olarak hesaplandı. Tabuculuk sonrası minimum yeniden yatış maliyeti 132,05 TL iken maksimum yeniden yatış maliyeti ise 90.328,79 TL'dir (Tablo 4.13).

4.4. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ve MESLEK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİK ÖLÇEĞİ TOPLAM ve ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde BHYÖ'nün hemşirelerin çalıştıkları hastane, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi (meslek, kurum, birim), çalışma şekli ve iş doyumu açısından karşılaştırmasına ait bulgular yer aldı (Tablo 4.14). Kadın ve erkek gibi iki gruba ait karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla gruba ait karşılaştırmalarda ise tek yönlü ANOVA testi kullanıldı.

Tablo 4.14: Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği (toplam ve alt boyutları) puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=101).

Gruplar	**BHYÖ Toplam**		**BHYÖ (Genel Yetenek)**		**BHYÖ (Personel Eğitimi-Yönetimi)**		**BHYÖ (Etik Odaklı Uygulama)**		**BHYÖ (Ekipte Hemşirelik Bakımı)**		**BHYÖ (Mesleki Profesyonel Gelişim)**	
Hastane	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
Özel Dal E.A.H.	5,730	0,830	5,710	0,890	5,120	1,240	6,040	0,780	6,060	0,820	5,890	0,960
Şehir Hastanesi	5,340	1,090	5,650	0,840	5,120	1,190	5,350	1,270	5,310	1,260	5,340	1,290
E.A.H.	5,300	0,830	5,450	0,750	4,770	1,300	5,560	0,890	5,440	1,000	5,360	1,000
F	2,78		,856		,729		5,077		6,214		3,363	
p	,066		,428		,485		,008*		,003*		,039*	
Fark							A > B,C**		A > B,C**		A > B,C**	
Cinsiyet												
Kadın	5,540	0,890	5,670	0,820	5,000	1,260	5,780	0,930	5,760	1,000	5,570	1,080
Erkek	5,580	0,970	5,460	0,930	5,170	1,230	5,780	1,080	5,740	1,080	5,990	0,950
t	-,186		1,004		-,545		-,002		,101		-1,553	
p	,823		,318		,587		,999		,920		,124	
Yaş												
18-24 yaş	5,535	0,909	5,628	0,933	4,897	1,311	5,845	1,019	5,821	0,945	5,607	1,102
25-34 yaş	5,461	0,871	5,541	0,801	4,933	1,178	5,707	0,921	5,675	1,051	5,586	1,045
35-44 yaş	6,000	0,950	6,119	0,728	5,824	1,247	6,028	0,984	6,036	0,988	6,063	1,045
F	1,836		2,422		2,886		,647		,709		1,041	
p	,165		,094		,061		,526		,494		,357	
Medeni durum												
Evli	5,656	,708	5,802	,640	5,136	1,153	5,876	,754	5,818	,870	5,788	,802
Bekar	5,507	,956	5,575	,899	4,991	1,282	5,751	1,014	5,737	1,062	5,600	1,138
t	,725		1,185		,512		,575		,352		,779	
p	,470		,239		,610		,567		,725		,438	

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi, t: T testi (Bağımsız Örneklem)*

Tablo 4.14 (devam): Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği (toplam ve alt boyutları) puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=101).

Gruplar	**BHYÖ Toplam**		**BHYÖ (Genel Yetenek)**		**BHYÖ (Personel Eğitimi-Yönetimi)**		**BHYÖ (Etik Odaklı Uygulama)**		**BHYÖ (Ekipte Hemşirelik Bakımı)**		**BHYÖ (Mesleki Profesyonel Gelişim)**	
Öğrenim düzeyi	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
SML	5,333	0,767	5,533	0,685	4,606	1,213	5,647	0,876	5,610	0,780	5,432	0,845
Ön Lisans	6,100	1,255	5,971	1,353	6,067	1,244	6,133	1,402	6,257	1,239	6,050	1,718
Lisans	5,474	0,904	5,571	0,837	4,934	1,263	5,718	0,960	5,692	1,048	5,589	1,074
Yüksek Lisans	6,102	0,507	6,095	0,678	5,765	0,492	6,309	0,555	6,222	0,722	6,194	0,597
F	2,23		1,371		2,932		1,347		1,230		1,276	
p	,090		,256		,037*		,264		,303		,287	
Fark					D > A,C**							
Meslekte çalışma süresi												
<1 yıl	5,472	1,692	5,750	1,185	5,194	1,483	5,472	2,051	5,535	1,925	5,500	2,031
1-5 yıl	5,415	,873	5,504	,865	4,858	1,238	5,699	,938	5,623	1,012	5,513	1,036
6-10 yıl	5,769	,68	5,836	,597	5,103	1,036	5,992	,706	6,173	,720	5,946	,915
11-15 yıl	5,833	,940	6,114	,396	5,555	1,396	5,844	1,007	5,885	,965	5,850	1,112
16-20 yıl	6,393	,581	6,238	,811	6,351	,887	6,463	,374	6,452	,498	6,500	,447
F	2,163		1,888		2,410		1,194		1,731		1,636	
p	,079		,119		,054		,318		,149		,171	
Kurumda çalışma süresi												
<1 yıl	5,415	1,026	5,539	0,733	5,034	1,184	5,530	1,301	5,429	1,239	5,769	1,129
1-5 yıl	5,490	0,850	5,560	0,850	4,893	1,203	5,786	0,882	5,761	0,975	5,565	1,054
6-10 yıl	5,483	1,170	5,886	0,865	5,111	1,577	5,489	1,231	5,600	1,188	5,400	1,098
11-15 yıl	6,278	0,393	6,214	0,303	6,222	0,314	6,278	0,393	6,286	0,404	6,500	0,707
16-20 yıl	6,764	0,115	6,750	0,214	6,917	0,056	6,667	0,222	6,714	0,330	6,750	0,289
F	2,457		2,416		3,255		1,364		1,426		1,673	
p	,051		,054		,015*		,252		,231		,163	
Fark					E > A,B,C**							
Birimde çalışma süresi												
<1 yıl	5,309	1,125	5,451	0,871	4,801	1,287	5,468	1,334	5,391	1,315	5,697	1,215
1-5 yıl	5,517	0,791	5,577	0,821	4,944	1,168	5,813	0,813	5,788	0,911	5,559	1,019
6-10 yıl	5,829	1,091	6,143	0,652	5,500	1,523	5,833	1,141	5,929	1,072	5,833	1,137
16-20 yıl	6,764	0,115	6,750	0,214	6,917	0,056	6,667	0,222	6,714	0,330	6,750	0,289
F	3,335		3,754		3,995		1,923		2,172		1,717	
p	,023*		,013*		,010*		,131		,096		,169	
Fark	D > A,B,C**		D > A,B,C**		D > A,B,C**							
Çalışma şekli												
Sürekli gündüz	5,645	0,867	5,681	0,950	5,059	1,440	5,902	0,606	5,941	0,722	5,809	0,929
Sürekli gece	5,806	0,806	5,857	0,767	4,815	1,083	6,296	0,615	6,333	0,749	5,917	1,455
Gece-gündüz dönüşümlü	5,504	0,917	5,606	0,833	5,039	1,228	5,718	1,024	5,674	1,071	5,593	1,064
F	,435		,274		,094		1,191		1,531		,487	
p	,648		,761		,910		,308		,222		,616	
İş doyumu												
Hiç memnun değilim	5,486	1,437	5,310	1,553	5,093	1,774	5,889	1,209	5,643	1,402	5,500	1,342
Memnun değilim	5,263	0,748	5,451	0,670	4,590	1,018	5,671	0,876	5,478	0,954	5,154	1,127
Memnunum	5,591	0,885	5,678	0,829	5,085	1,239	5,765	0,988	5,819	1,000	5,786	0,971
Çok memnunum	6,357	0,586	6,286	0,469	6,278	0,885	6,352	0,514	6,452	0,742	6,500	0,524
F	2,679		2,016		3,352		,862		1,742		3,866	
p	,051		,117		,022*		,464		,164		,012*	
Fark					D > A,B,C**						D > A,B**	

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi, t: T testi (Bağımsız Örneklem)*

Hemşirelerin BHYÖ toplam ve alt boyutları; çalıştıkları hastane, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi (meslekte, kurumda, birimde), çalışma şekli ve işinden memnun olma grupları açısından karşılaştırıldı. Buna göre hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre toplam BHYÖ ve "genel yetenek", "personel eğitimi ve yönetimi" alt boyutlarında anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Ancak "etik odaklı uygulama", "ekipte hemşirelik bakımı" ve "mesleki profesyonel gelişim" alt boyutlarına göre anlamlı farklılıklar belirlendi. Buna göre etik odaklı uygulama puanları açısından Özel Dal E.A.H.'nin puan düzeyi diğer iki kuruma göre daha yüksek saptandı. Benzer şekilde "ekipte hemşirelik bakımı" ve "mesleki profesyonel gelişim" puanları açısından da Özel Dal E.A.H.'nin puan düzeyinin diğer iki kuruma göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.14).

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslekte çalışma süreleri grupları açısından BHYÖ toplam ve alt boyutları puanları ise benzer saptandı. BHYÖ toplam hem de alt boyutları açısından yaş, cinsiyet ve medeni durum ile arasında fark belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Hemşirelerin öğrenim düzeylerine göre BHYÖ toplam, "genel yetenek, etik odaklı uygulama, ekipte hemşirelik bakımı ve mesleki profesyonel gelişim" puanlarında anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$). Hemşirelerin "personel eğitimi ve yönetimi" puanları açısından ise öğrenim düzeyleri arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Lisansüstü mezunu olanların diğer iki gruba göre puanları daha yüksek belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.14).

Hemşirelerin kurumda çalışma süresi gruplarına göre BHYÖ toplam, "genel yetenek, etik odaklı uygulama, ekipte hemşirelik bakımı ve mesleki profesyonel gelişim" puanlarında anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$). Hemşirelerin personel eğitimi ve yönetimi puanları açısından ise kurumda çalışma süresi grupları arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Buna göre kurumda 16-20 yıldır çalışanların puanları daha az süre çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.14).

Hemşirelerin birimde çalışma süresi gruplarına göre "ekip odaklı uygulama, ekipte hemşirelik bakımı ve mesleki profesyonel gelişim" puanlarında anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Hemşirelerin BHYÖ toplam puanı, genel yetenek puanı ve personel eğitimi ve yönetimi puanları açısından ise birimde çalışma süresi grupları arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Birimde 16-20 yıldır çalışanların toplam BHYÖ, "genel yetenek ve personel eğitimi ve yönetim" puanları daha az süre çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.14).

Hemşirelerin çalışma şekli ve mesleki çalışma süresi grupları açısından hemşirelerin BHYÖ toplam ve alt boyutları puanları ise benzer saptandı. Bu değişken grupları açısından hem

toplam puan hem de alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.14).

Son olarak hemşirelerin iş doyumu grupları açısından değerlendirildiğinde ise hemşirelerin "personel eğitimi ve yönetimi" puanları işinden çok memnun olan hemşirelerde diğer gruplarla kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0,05). Benzer şekilde "mesleki profesyonel gelişim" açısından değerlendirildiğinde de, işinden çok memnun olan hemşirelerin puan ortalaması, memnun olmayan ve hiç memnun olmayanlardan daha yüksek saptandı (p<0,05) (Tablo 4.14).

4.5. HASTALARIN BİREYSEL, KLİNİK ÖZELLİKLERİNE ve SONUÇLARINA GÖRE HASTA BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYİ ve HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, hastaların bireysel, klinik özellikleri ve hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarına göre hastaların BBÖ ve HBMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verildi. İlk olarak hastaların bireysel özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim düzeyi) göre BBÖ ve HBMÖ puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları sunuldu (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Hastaların bireysel özelliklerine göre hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar	**Bakım Bağımlılığı Ölçeği**					**Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği**			
Cinsiyet	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
Kadın	68,1333	9,98009	**-2,017**	**,044***		86,5667	13,92361	-0,641	0,522
Erkek	70,0044	8,73269				85,7368	12,20786		
Yaş	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**	**Fark**	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
18-24 yaş	68,7838	9,09353				87,4595	10,86428		
25-44 yaş	70,9592	9,19089				83,6633	14,41072		
45-59 yaş	69,8911	9,86904	**5,689**	**,000***	**E<A,B,C,D****	86,198	13,54992	1,261	0,285
60-74 yaş	69,4842	9,07517				86,9474	11,38809		
75 yaş ve üzeri	63,0250	6,94848				87,325	14,71331		
Öğrenim düzeyi	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
Okuryazar	66,36	9,03002				88,44	9,99829		
İlkokul	69,2756	8,5279				85,6378	14,21137		
Ortaokul	69,2258	10,60223	1,727	0,143		86,4839	13,54379	0,631	0,641
Lise	70,4215	9,23197				86,0496	12,15309		
Üniversite	68,6667	9,94738				84,5417	13,77318		

p<0,05, X̄: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi, t: T testi (Bağımsız Örneklem)*

Hastaların bireysel özelliklerine göre BBÖ ve HBMÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, HBMÖ toplam puan ortalaması ile cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Erkek hastaların BBÖ toplam puan ortalaması düzeylerinin ise anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05). 75 yaş üzeri hastaların BBÖ toplam puan ortalaması düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p<0,05). Hastaların öğrenim düzeyi grupları açısından ise hem HBMÖ hem de BBÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.15).

İkinci olarak hastaların klinik özelliklerine (hastane türü, birimi, yatış şekli, ek hastalık, eğitim alma durumu ve zamanı, refakatçi bulunma durumu, yatışta fiziksel kontrolünde sorun, ameliyat grupları, ameliyat süresi ve yatış gün sayısı) göre BBÖ ve HBMÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılarak sonuçlar Tablo 4.16'da sunuldu.

Tablo 4.16: Hastaların klinik özelliklerine göre hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar	**Bakım Bağımlılığı Ölçeği**					**Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği**			
Hastane	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**	**Fark**	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
Özel Dal E.A.H.	67,8221	9,83694				85,0337	12,52645		
Şehir Hastanesi	74,6800	7,41127	**26,643**	**,000***	**B>A,C**	87,7600	10,62408	1,62	0,199
E.A.H.	66,5000	7,71788				86,6700	15,69987		
Birim	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**	**Fark**	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	66,4930	10,23282				84,3803	14,07669		
Özel Dal E.A.H.-Klinik 2	68,6017	8,88881				84,6864	11,86512		
Özel Dal E.A.H.-Klinik 3	67,9474	13,45558	**11,505**	**,000***	**F>A,B,C,D,E****	89,6316	9,69657	1,245	0,287
E.A.H.-Klinik 1	67,5686	7,99063				85,9412	16,57276		
E.A.H.-Klinik 2	65,3878	7,33944				87,4286	14,87027		
Şehir Hastanesi	74,6800	7,41127				87,7600	10,62408		
Yatış şekli	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
Acil	67,8265	9,20148	**-2,837**	**,005***		85,4337	14,26384	-1,001	0,317
Planlı	70,4292	9,31084				86,7217	11,67461		
Ek hastalık	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
Var	67,6829	9,93399	**-2,673**	**,008***		86,4695	13,3983	0,467	0,641
Yok	70,1844	8,7941				85,8566	12,71789		
Refakatçi bulunma durumu	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
Var	69,0288	9,47246	-0,774	0,439		86,5274	12,41578	1,578	0,115
Yok	70,0328	8,55758				83,6885	15,73059		
Yatışta fiziksel kontrolünde sorun	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
Evet	67,5652	10,09729	-1,578	0,115		84,1884	14,67318	-1,345	0,179
Hayır	69,5074	9,1572				86,4926	12,59951		

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Tablo 4.16 (devam): Hastaların klinik özelliklerine göre hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar	**Bakım Bağımlılığı Ölçeği**					**Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği**			
Ameliyat grup	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**		$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
Kalça Protezi	67,6800	9,80102				86,5600	12,83576		
Diz Protezi	69,8718	10,01625				88,6410	10,83971		
Posterior Enstrümentasyon	65,1786	8,15159				82,5714	14,22421		
Kırık Cerrahisi (ARİF)	68,1447	9,2087				86,3618	13,59711		
Artroskopi-Menisküs	72,3810	6,62175	1,755	0,067		89,3810	13,16615	0,983	0,458
Materyal Çıkarımı	72,0625	6,92309				81,9375	14,83001		
Debridman	73,3810	8,63989				86,0952	9,80767		
Osteotomi	70,4500	8,46961				85,2500	11,23376		
Amputasyon	70,2000	12,01903				80,4000	16,88956		
Tümör Rezeksiyon	70,6522	10,55552				86,6522	11,39621		
Diğer	69,2500	9,61714				86,8750	12,38328		
Ameliyat süresi	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**	**Fark**	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
0-60 dk	72,4667	8,5049				86,8667	11,5353		
61-120 dk	70,3643	8,73117				86,5194	12,48067		
121-180 dk	68,2286	9,90266	**6,323**	**,000***	**A>C,D ,E****	86,4190	13,35303	0,581	0,677
181-240 dk	67,2391	7,70335				85,7609	11,50881		
241 dk ve üzeri	65,2075	10,20625				83,6792	16,36104		
Yatış gün sayısı	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**	**Fark**	$\bar{X}$	**S**	**F**	**p**
2-7 gün	70,8295	8,96918				86,8636	11,9748		
8-15 gün	65,7640	8,3924	**12,562**	**,000***	**A>B,C ****	85,6067	15,83338	1,58	0,159
16 gün ve üzeri	66,7818	10,59645				83,2545	12,32765		

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Hastaların klinik özelliklerine göre hasta BBÖ ve HBMÖ puanları karşılaştırıldığında, Şehir Hastanesinde yatan hastaların BBÖ toplam puanı diğer iki hastaneye göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0,05), HBMÖ toplam puan ortalamasında ise hastaneler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Benzer sonuçlar yatış yapılan birimler açısından da elde edildi. Şehir Hastanesindeki birimlerde yatan hastaların BBÖ toplam puan ortalaması diğer hastanelerin birimlerine göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmasına rağmen (p<0,05), HBMÖ toplam puan ortalaması yönünden birimler arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Hastaneye yatış şekli açısından değerlendirildiğinde ise planlı yatış yapan hastaların BBÖ toplam puan ortalaması, acil yatış yapanlara göre daha yüksek saptandı (p<0,05). HBMÖ toplam puan ortalaması açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Benzer durum hastaların ek hastalığa sahip olma durumları açısından da gözlemlendi. Ek hastalığı olan hastaların BBÖ toplam puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük iken HBMÖ toplam puan ortalamasında farklılık saptanmadı (p>0,05). Hastaların refakatçisinin bulunma durumu ile yatışı sırasında hastanın fiziksel sorunu olup olmamasının hasta BBÖ ve HBMÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırması yapıldı ancak herhangi bir farklılık belirlenmedi (p>0,05).

Ameliyat grupları açısından değerlendirildiğinde ise anlamlı farklılık görülmemesine rağmen (p=,067, anlamlılığa yakın) hasta BBÖ toplam puan ortalaması açısından en yüksek puana sahip olan ameliyat grubu Debridman olarak belirlendi. Ameliyat süresi açısından değerlendirildiğinde ise ameliyat süresi 0-60 dk arasında olan hastaların hasta BBÖ toplam puan ortalaması düzeyleri 120 dk ve üzeri gruplarda yer alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0,05). Hasta yatış günü açısından değerlendirildiğinde, daha kısa süre yatış grubu olan hastaların (2-7 gün arası) hasta BBÖ toplam puan ortalaması düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek iken HBMÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.16).

Üçüncü olarak hastaların hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri (basınç yaralanması, düşme, infiltrasyon, oral mukozit) ve diğer hasta sonuçlarına (yeniden ameliyat, enfeksiyon gelişme durumları, taburculuk sonrası yeniden ameliyat ve yeniden yatış durumları) göre BBÖ ve HBMÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılarak sonuçlar Tablo 4.17'de sunuldu.

Tablo 4.17: Hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarına göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar		Bakım Bağımlılığı Ölçeği				Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği			
	Basınç yaralanması	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	59,0000	10,54859	**-3,899**	**,000***	90,5833	8,96922	1,214	0,225
	Hayır	69,4874	9,138450			85,9672	13,0693		
	Düşme	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
Hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri	Evet	63,5000	2,12132	0,862	0,389	72,5	4,94975	-1,488	0,132
	Hayır	69,2069	9,35218			86,17	12,97721		
	İnfiltrasyon	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	65,9474	8,92234	-1,547	0,123	80,8421	19,82216	1,814	0,07
	Hayır	69,3368	9,34048			86,3599	12,5363		
	Oral mukozit	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	65,0000	6,00000	-0,778	0,437	62	19,2873	**-3,266**	**,001***
	Hayır	69,2099	9,35641			86,2815	12,79135		
	Yeniden ameliyat	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	68,1486	8,56671	1,049	0,295	87,5405	12,73888	1,053	0,293
	Hayır	69,4072	9,49769			85,7844	13,03362		
	Enfeksiyon	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	67,9474	8,34315	-0,588	0,557	83,7895	15,9394	-0,795	0,457
	Hayır	69,2391	9,38972			86,2159	12,83538		
Diğer hasta sonuçları	**Taburculuk sonrası yeniden ameliyat**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	69,5	8,92028	0,216	0,829	86,6111	9,90318	0,246	0,806
	Hayır	69,1478	9,38871			86,0538	13,25257		
	Taburculuk sonrası yeniden yatış	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**	$\bar{X}$	**S**	**t**	**p**
	Evet	68,7333	9,18843	-0,339	0,735	86,2	10,23719	0,053	0,958
	Hayır	69,2342	9,36773			86,0909	13,29541		

**p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, t: T Testi (Bağımsız Örneklem)*

Hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarına göre hastaların BBÖ ve HBMÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, basınç yaralanması gelişen hastaların BBÖ toplam puanı daha düşük saptanırken oral mukozit gelişen hastaların HBMÖ toplam puanı daha düşük bulundu (p<0,05). Bunun dışında hastaların düşme, infiltrasyon, yeniden ameliyat, enfeksiyon, taburculuk sonrası yeniden ameliyat ve taburculuk sonrası yeniden yatış gruplarına göre HBMÖ ve hasta BBÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.17).

4.6. HASTA ÖZELLİKLERİ ile SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Hastaların özelliklerinden BBÖ puan ortalaması ve kalış gün sayısı ile hasta sonuçlarından HBMÖ puan ortalaması, yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasındaki korelasyonlar incelenerek bulgulara Tablo 4.18'de yer verildi.

Tablo 4.18: Hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları, hastaların hastanede kalış gün sayısı, yatış maliyeti, taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasındaki korelasyona yönelik bulgular (N=408).

		Bakım Bağımlılığı Ölçeği	Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	Kalış gün sayısı	Yatış maliyeti	Taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti
Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)	r	1				
	p					
Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ)	r	,030	1			
	p	,551				
Kalış gün sayısı	r	**-,143**	-,071	1		
	p	**,004***	,150			
Yatış maliyeti	r	**-,147**	**-,124**	**,383**	1	
	p	**,003***	**,012***	**,000***		
Taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti	r	-,019	,066	**,220**	-,032	1
	p	,733	,242	**,000***	,569	

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

Yapılan korelasyon analizinde, hasta BBÖ ve HBMÖ puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi (p>0,05). Ancak hasta BBÖ ile kalış gün sayısı arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi (r=-0,143; p<0,05). Aynı şekilde hasta BBÖ puan ortalaması ile yatış maliyeti arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi (r=-0,147; p<0,05). Hasta BBÖ ile taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış maliyeti arasında da anlamlı korelasyon belirlenmedi (p>0,05). HBMÖ puan ortalaması ile kalış gün sayısı ve taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış maliyeti arasında

da anlamlı korelasyon belirlenmedi (p>0,05). Hasta HBMÖ puan ortalaması ile yatış maliyeti arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi (r=-0,124; p<0,05). Hastaların kalış gün sayısı ile hasta maliyeti arasında ise anlamlı ve pozitif bir korelasyon belirlendi (r=0,383; p<0,05). Hastaların kalış gün sayısı ile taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasında da anlamlı ve pozitif bir korelasyon belirlendi (r=0,220; p<0,05). Hastaların yatış maliyeti ile taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.18).

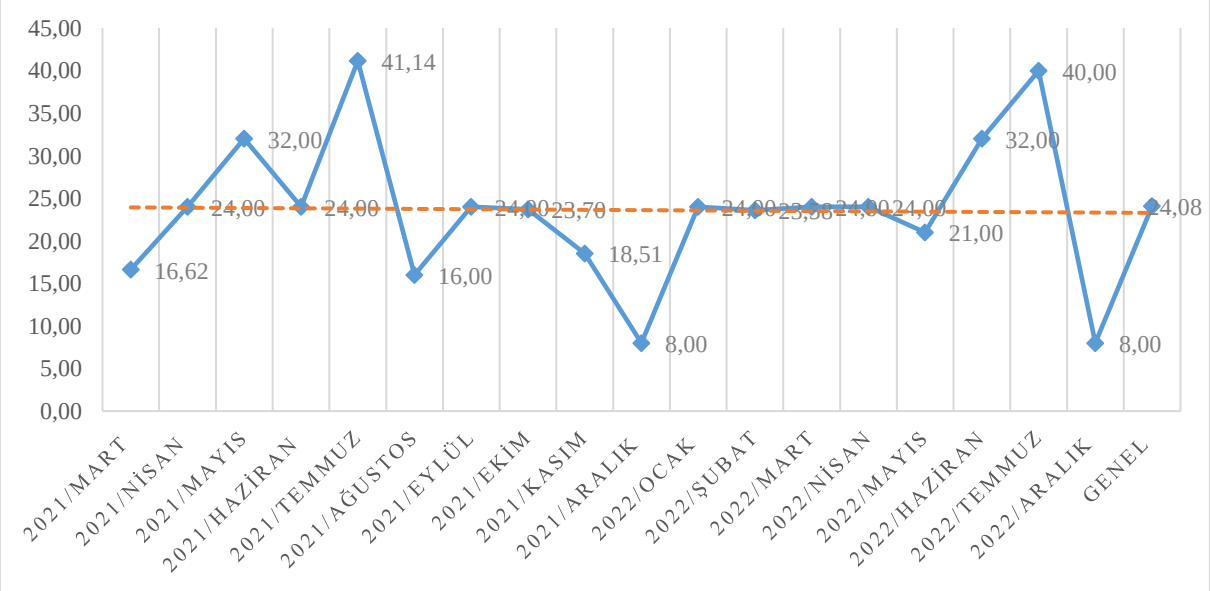
4.7. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ ZAMANA GÖRE DEĞİŞİMİNE YÖNELİK BULGULAR

4.7.1. Hemşirelik Özelliklerinin Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Bu kapsamda hemşirelerin fazla mesai saatleri, gündüz vardiyasındaki hemşire hasta oranı ve gece vardiyasındaki hemşire hasta oranı ortalamalarının zamana göre değişimi incelenerek çizgi grafikler ile sunuldu (Şekil 4.1, 4.2 ve 4.3).

4.7.1.1. Hemşirelerin Fazla Mesai Saatleri Ortalamasının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hemşirelerin aylık fazla mesai saatleri ortalamasının zamana göre değişimi Şekil 4.1'de gösterildi.

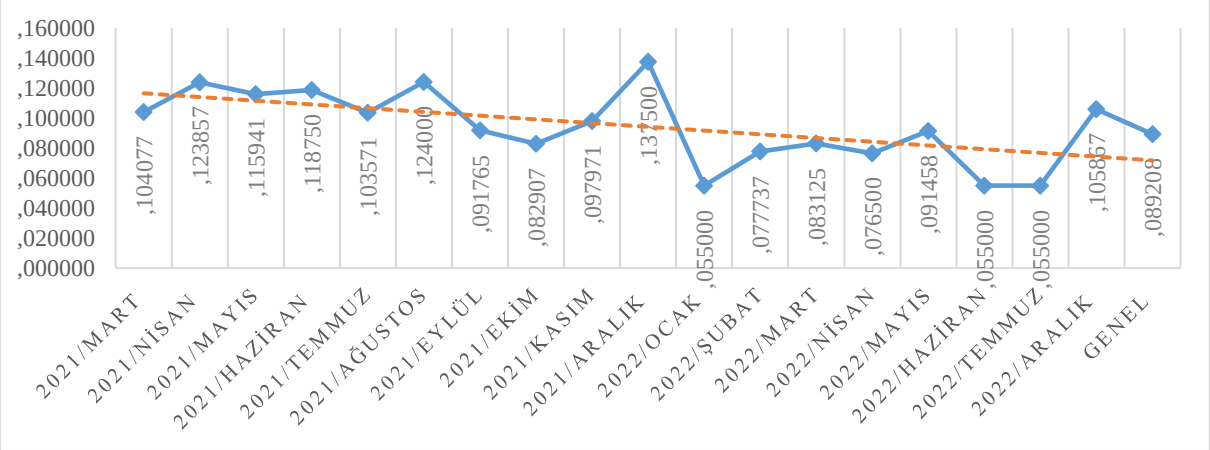


Şekil 4.1: Hemşirelerin fazla mesai saatleri ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular.

Şekilde mavi olan çizgi, ilgili dönemdeki hemşirelerin fazla mesai saatlerinin ortalama değerini, turuncu olan çizgi ise genel ortalamasını temsil etmektedir. Buna göre genel olarak hemşirelerin fazla mesai saatleri ortalamasının en düşük olduğu dönem (2021-2022) Aralık (8,0) iken, en yüksek olduğu dönem ise 41,4 ile 2021/Temmuz dönemidir. Hemşirelerin fazla mesai saatleri genel ortalaması ise 24,08 olarak belirlendi. Zamana göre değişim değerlendirildiğinde, hemşirelerin fazla mesai saatleri ortalamasının birbirlerinden farklı olduğu görüldü (Şekil 4.1).

4.7.1.2. Hemşirelerin Gündüz Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranı Ortalamasının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hemşirelerin gündüz vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ortalamasının aylara göre değişimi Şekil 4.2'de gösterildi.

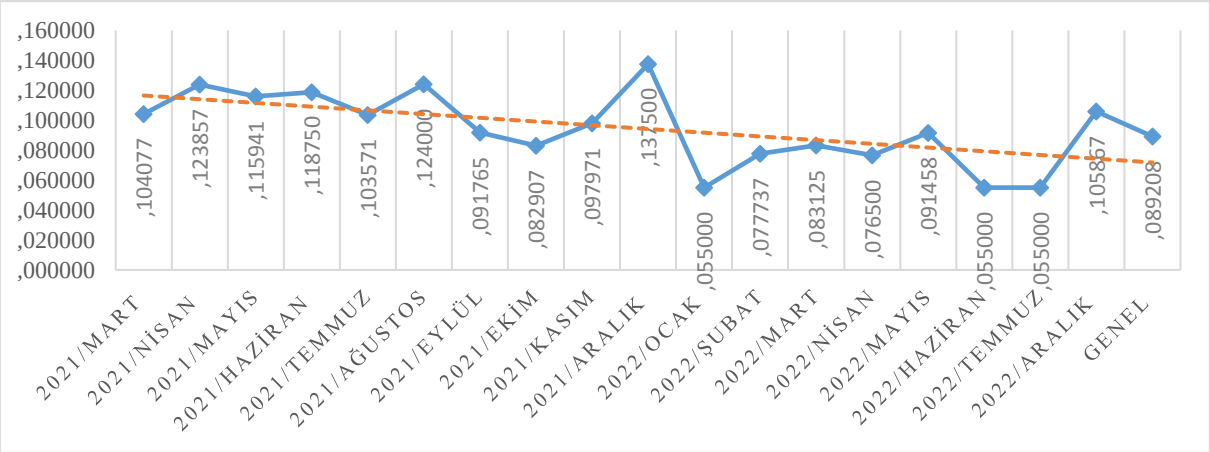


Şekil 4.2: Hemşirelerin gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular.

Şekilde mavi olan çizgi, ilgili dönemdeki gündüz vardiyasındaki hemşire/hasta oranının ortalama değerini, turuncu olan çizgi ise genel ortalamasını temsil etmektedir. Buna göre, gündüz vardiyasında genel olarak hemşire/hasta oranı ortalamasının en düşük olduğu dönem 2022/Ocak, Haziran, Temmuz (0,05) iken, en yüksek olduğu dönem ise 0,13 ile 2021/Aralık dönemidir. Hemşirelerin gündüz vardiyasındaki hemşire/hasta oranının genel ortalaması ise 0,89 olarak belirlendi. Zamana göre değişim değerlendirildiğinde, gündüz vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ortalamasının birbirlerinden farklı olduğu görüldü (Şekil 4.2).

4.7.1.3. Hemşirelerin Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranı Ortalamasının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hemşirelerin gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının aylara göre değişimi Şekil 4.3'te gösterildi.



Şekil 4.3: Hemşirelerin gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular.

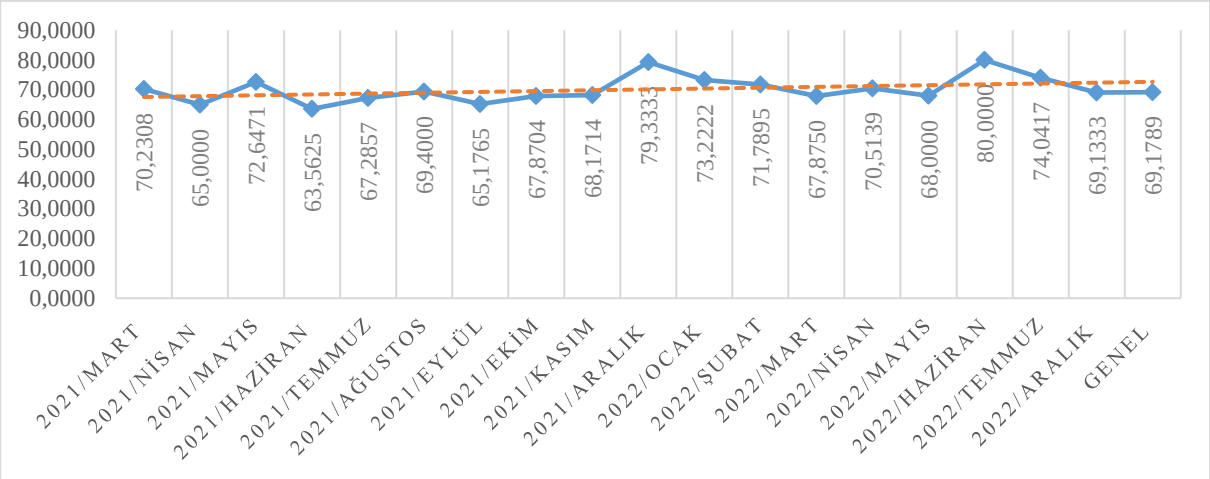
Şekilde mavi olan çizgi, ilgili dönemdeki gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranının ortalama değerini, turuncu olan çizgi ise genel ortalamasını temsil etmektedir. Buna göre gece vardiyasında genel olarak hemşire/hasta oranı ortalamasının en düşük olduğu dönem 2022/Ocak, Haziran, Temmuz (0,05) iken, en yüksek olduğu dönem ise 0,13 ile 2021/Aralık dönemidir. Hemşirelerin gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranının genel ortalaması ise 0,89 olarak belirlendi. Zamana göre değişim değerlendirildiğinde, gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ortalamasının birbirlerinden farklı olduğu görüldü (Şekil 4.3).

4.7.2. Hasta Özelliklerinin Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Bu kapsamda hasta özelliği olan hasta BBÖ puan ortalaması ve hasta kalış gün sayısı ortalaması değişkenlerinin zamana göre değişimi incelenerek çizgi grafikler ile sunuldu (Şekil 4.4 ve 4.5).

4.7.2.1. Hasta Bakım Bağımlılığının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hasta özelliği olan BBÖ puan ortalamasının aylık değişimi Şekil 4.4'te gösterildi.

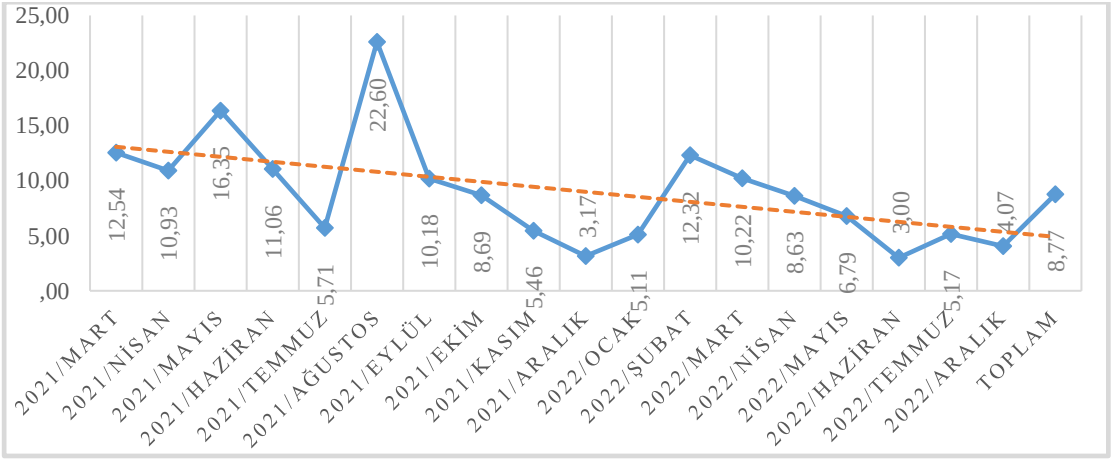


Şekil 4.4: Hasta Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular.

Şekilde mavi olan çizgi, ilgili dönemdeki hasta BBÖ puan ortalamasının ortalama değerini, turuncu olan çizgi ise aynı dönemdeki hasta BBÖ puan ortalamasının genel ortalamasını temsil etmektedir. Buna göre genel olarak hasta BBÖ puan ortalamasının en düşük olduğu dönem 2021/Haziran (63,56) iken en yüksek olduğu dönem ise 80,0 ile 2022/Haziran dönemidir. Hasta BBÖ genel ortalama puanı ise 69,17 olarak belirlendi. Zamana göre değişim değerlendirildiğinde, hasta BBÖ puan ortalamasının farklı dönemlerde birbirlerine yakın olduğu görüldü (Şekil 4.4).

4.7.2.2. Hasta Kalış Gün Sayısı Ortalamasının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hastaların kalış gün sayısı ortalamasının aylık değişimi Şekil 4.5'te gösterildi.



Şekil 4.5: Hasta kalış gün sayısı ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular.

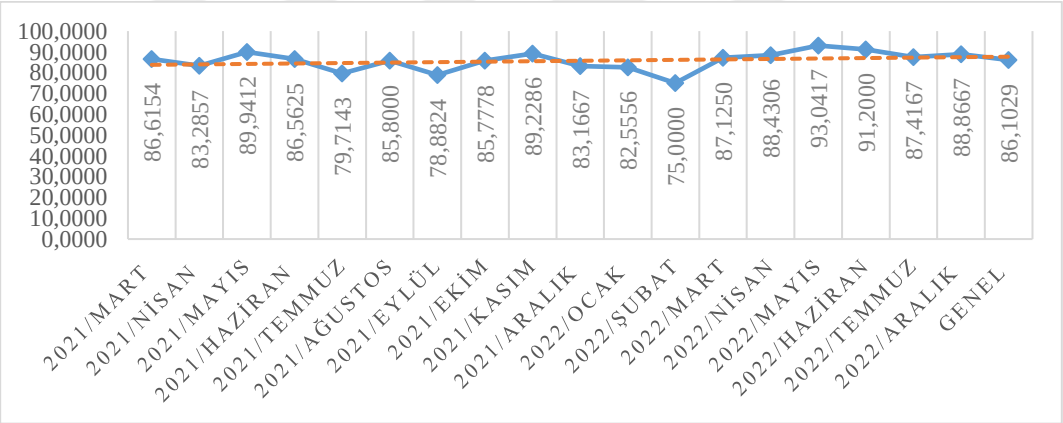
Şekilde mavi olan çizgi, ilgili dönemdeki hasta kalış gün sayısının ortalama değerini, turuncu olan çizgi ise genel ortalamasını temsil etmektedir. Buna göre genel olarak hasta kalış gün sayısı ortalamasının en düşük olduğu dönem 2022/Haziran (3,0) iken, en yüksek olduğu dönem ise 22,6 ile 2021/Ağustos dönemidir. Hasta kalış gün sayısının genel ortalaması ise 8,77 olarak belirlendi. Zamana göre değişim değerlendirildiğinde, ortalama hasta kalış gün sayılarının birbirlerinden farklı olduğu görüldü (Şekil 4.5).

4.7.3. Hasta Sonuçlarının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Bu kapsamda hasta sonuçlarından HBMÖ puan ortalaması, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarının zamana göre değişimi incelenerek çizgi grafik ve tablolar ile sunuldu (Şekil 4.6, Tablo 4.19 ve 4.20).

4.7.3.1. Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hastaların HBMÖ puan ortalamasının aylık değişimi Şekil 4.6'da gösterildi.



Şekil 4.6: Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamasının zamana göre değişimine yönelik bulgular.

Şekilde mavi olan çizgi, ilgili dönemdeki HBMÖ puan ortalamasının ortalama değerini, turuncu olan çizgi ise aynı dönemdeki genel HBMÖ puan ortalamasını temsil etmektedir. Buna göre genel olarak en düşük HBMÖ puan ortalamasının olduğu dönem 2022/Şubat (75,0) iken en yüksek olduğu dönem ise 93,041 ile 2022/Mayıs dönemidir. HBMÖ genel ortalama puanı ise 86,1 olarak belirlendi. Zamana göre değişim değerlendirildiğinde, HBMÖ puan ortalamasının farklı dönemlerde birbirlerine yakın olduğu görüldü (Şekil 4.6).

4.7.3.2. Hemşireliğe Duyarlı Bakım Göstergelerinin Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) hastaların hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinin zamana göre değişimine yönelik bulgular Tablo 4.19'da gösterildi.

Tablo 4.19: Hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinin zamana göre değişimine yönelik bulgular (N=408).

			Düşme		**Basınç Yaralanması**		**İnfiltrasyon**		**Oral Mukozit**	
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aylar	**Mart/21**	n	0	13	0	13	0	13	0	13
		%	0,0	3,2	0,0	3,	0,0	3,3	0,0	3,2
	Nisan/21	n	1	13	1	13	0	14	1	13
		%	50,0	3,2	8,3	3,3	0,0	3,6	33,3	3,2
	Mayıs/21	n	0	17	0	17	0	17	0	17
		%	0,0	4,2	0,0	4,3	0,0	4,4	0,0	4,2
	Haziran/21	n	0	16	0	16	0	16	0	16
		%	0,0	3,9	0,0	4,0	0,0	4,1	0,0	4,0
	Temmuz/21	n	1	13	0	14	0	14	0	14
		%	50,0	3,2	0,0	3,5	0,0	3,6	0,0	3,5
	Ağustos/21	n	0	5	0	5	0	5	0	5
		%	0,0	1,2	0,0	1,3	0,0	1,3	0,0	1,2
	Eylül/21	n	0	34	0	34	1	33	0	34
		%	0,0	8,4	0,0	8,6	5,3	8,5	0,0	8,4
	Ekim/21	n	0	54	0	54	0	54	0	54
		%	0,0	13,3	0,0	13,6	0,0	13,9	0,0	13,3
	Kasım/21	n	0	35	0	35	0	35	0	35
		%	0,0	8,6	0,0	8,8	0,0	9,0	0,0	8,6
	Aralık/21	n	0	6	0	6	0	6	0	6
		%	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	1,5
	Ocak/22	n	0	9	0	9	0	9	0	9
		%	0,0	2,2	0,0	2,3	0,0	2,3	0,0	2,2
	Şubat/22	n	0	19	0	19	2	17	0	19
		%	0,0	4,7	0,0	4,8	10,5	4,4	0,0	4,7
	Mart/22	n	0	32	3	29	4	28	1	31
		%	0,0	7,9	25,0	7,3	21,1	7,2	33,3	7,7
	Nisan/22	n	0	72	6	66	**7**	65	1	71
		%	0,0	17,7	50,0	16,7	**36,8**	16,7	33,3	17,5
	Mayıs/22	n	0	24	0	24	**5**	19	0	24
		%	0,0	5,9	0,0	6,1	**26,3**	4,9	0,0	5,9
	Haziran/22	n	0	5	0	5	0	5	0	5
		%	0,0	1,2	0,0	1,3	0,0	1,3	0,0	1,2
	Temmuz/22	n	0	24	2	22	0	24	0	24
		%	0,0	5,9	16,7	5,6	0,0	6,2	0,0	5,9
	Aralık/22	n	0	15	0	15	0	15	0	15
		%	0,0	3,7	0,0	3,8	0,0	3,9	0,0	3,7
Toplam		n	2	406	12	396	**19**	389	3	405
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$\chi 2$			27,27		23,344		***35,52****		12,94	
p			0,054		0,138		***0,005***		0,74	

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Tablo 4.19'da hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinden düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon ve oral mukozit görülme durumlarının aylara göre dağılımı gösterildi. Elde edilen sonuçlara göre aylar içinde düşme, basınç yaralanması ve oral mukozit görülme oranları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmedi (p>0,05). Diğer taraftan aylara göre infiltrasyon gelişme oranları arasında anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Buna göre infiltrasyon gelişen hastaların %36,8'i Nisan 2022 döneminde, %26,3'ü ise Mayıs 2022 dönemindeydi. İnfiltrasyon gelişen hastaların neredeyse tamamı Mart- Nisan- Mayıs 2022 döneminde yer aldı (Tablo 4.19).

4.7.3.3. Diğer Hasta Sonuçlarının Zamana Göre Değişimine Yönelik Bulgular

Veri toplama döneminde (2021 Mart-2022 Aralık) diğer hasta sonuçlarının zamana göre değişimine yönelik bulgular Tablo 4.20'de gösterildi.

Tablo 4.20: Diğer hasta sonuçlarının zamana göre değişimine yönelik bulgular (N=408).

			Yeniden Ameliyat		**Yeniden Yatış**		**Komplikasyon**		**Enfeksiyon**	
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aylar	**Mart/21**	n	2	11	1	12	2	11	0	13
		%	5,6	3,0	2,2	3,3	3,2	3,2	0,0	3,3
	Nisan/21	n	3	11	**5**	9	2	12	2	12
		%	8,3	3,0	**11,1**	2,5	3,2	3,5	10,5	3,1
	Mayıs/21	n	5	12	**5**	12	2	15	1	16
		%	13,9	3,2	**11,1**	3,3	3,2	4,3	5,3	4,1
	Haziran/21	n	2	14	3	13	2	14	1	15
		%	5,6	3,8	6,7	3,6	3,2	4,1	5,3	3,9
	Temmuz/21	n	0	14	1	13	0	14	0	14
		%	0,0	3,8	2,2	3,6	0,0	4,1	0,0	3,6
	Ağustos/21	n	3	2	3	2	0	5	0	5
		%	8,3	0,5	6,7	0,6	0,0	1,4	0,0	1,3
	Eylül/21	n	1	33	1	33	5	29	1	33
		%	2,8	8,9	2,2	9,1	7,9	8,4	5,3	8,5
	Ekim/21	n	**4**	50	**5**	49	1	53	1	53
		%	**11,1**	13,4	**11,1**	13,5	1,6	15,4	5,3	13,6
	Kasım/21	n	**5**	30	**5**	30	1	34	1	34
		%	**13,9**	8,1	**11,1**	8,3	1,6	9,9	5,3	8,7
	Aralık/21	n	0	6	0	6	0	6	0	6
		%	0,0	1,6	0,0	1,7	0,0	1,7	0,0	1,5
	Ocak/22	n	1	8	1	8	0	9	1	8
		%	2,8	2,2	2,2	2,2	0,0	2,6	5,3	2,1
	Şubat/22	n	2	17	2	17	7	12	1	18
		%	5,6	4,6	4,4	4,7	11,1	3,5	5,3	4,6
	Mart/22	n	2	30	3	29	**12**	20	3	29
		%	5,6	8,1	6,7	8,0	**19,0**	5,8	15,8	7,5
	Nisan/22	n	**4**	68	**5**	67	**20**	52	4	68
		%	**11,1**	18,3	**11,1**	18,5	**31,7**	15,1	21,1	17,5
	Mayıs/22	n	0	24	0	24	5	19	0	24
		%	0,0	6,5	0,0	6,6	7,9	5,5	0,0	6,2
	Haziran/22	n	0	5	0	5	0	5	0	5
		%	0,0	1,3	0,0	1,4	0,0	1,4	0,0	1,3
	Temmuz/22	n	2	22	4	20	0	24	2	22
		%	5,6	5,9	8,9	5,5	0,0	7,0	10,5	5,7
	Aralık/22	n	0	15	1	14	4	11	1	14
		%	0,0	4,0	2,2	3,9	6,3	3,2	5,3	3,6
Toplam		n	36	372	45	363	63	345	19	389
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$\chi 2$			***39,406****		***37,64****		***52,66****		11,24	
p			***0,002***		***0,003***		***0,000***		0,844	

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Tablo 4.20'de taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat ve yeniden yatış oranı, yatış sırasında enfeksiyon ve komplikasyon gelişme oranlarının aylara göre dağılımı gösterildi. Aylara göre, hastanın yatışı sırasında enfeksiyon görülme oranları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Diğer taraftan aylara göre taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatışı sırasında komplikasyon görülme durumuna göre anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Buna göre taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat olan hastaların büyük bir bölümünün Mayıs (%11,1) ve Kasım (%13,9) 2021 döneminde ameliyat olduğu belirlendi (Tablo 4.20).

Taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış olmasına göre de aylara göre anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Yeniden yatışın en yüksek olduğu dönem Nisan- Mayıs- Ekim- Kasım 2021 (%11,1) ve Nisan 2022 (%11,1) dönemleridir. Son olarak hastaların yattığı süre boyunca komplikasyon gelişme durumları ile aylar arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Buna göre komplikasyon gelişme durumunun en yüksek olduğu dönem Nisan 2022 (%31,7), Mart 2022 (%19) dönemidir. Hastalarda komplikasyon gelişme durumunun yarısının bu iki aylık dönemde olduğu görüldü (Tablo 4.20).

4.8. BİRİMLERE GÖRE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve sonuçlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular üç alt başlıkta sunuldu.

4.8.1. Birimlere Göre Hemşirelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu kapsamda hemşirelik özellikleri (işgücü ve diğer özellikler) birimlere göre karşılaştırılarak sonuçlar Tablo 4.21 ve 4.22'de sunuldu.

4.8.1.1. Birimlere Göre Hemşirelik İşgücü Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu başlık altında, hemşirelik işgücü özellikleri olan hemşirelerin bireysel özellikleri, öğrenim düzeyleri, mesleki çalışma durumları, çalışma şekilleri, iş doyumları ve BHYÖ puan ortalamaları birimlere göre karşılaştırılarak sonuçlar Tablo 4.21'de sunuldu.

Tablo 4.21: Birimlere göre hemşirelik işgücü özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=101).

			Birimler								
			Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	Özel Dal E.A.H.-Klinik 2	Özel Dal E.A.H.-Klinik 3	E.A.H.-Klinik 1	E.A.H.-Klinik 2	Şehir Hastanesi	Toplam	Test değeri	p
Cinsiyet	Kadın	n	16	21	7	12	8	18	82		
		%	80	80,8	70	85,7	66,7	94,7	81,2		
	Erkek	n	4	5	3	2	4	1	19	**χ2:**4,969	0,42
		%	20	19,2	30	14,3	33,3	5,3	18,8		
	Toplam	n	20	26	10	14	12	19	101		
		%	100	100	100	100	100	100	100		
Yaş	18-24 yaş	n	6	6	2	4	6	4	28		
		%	30	23,1	20	28,6	50	21,1	27,7		
	25-34 yaş	n	11	16	7	8	6	13	61		
		%	55	61,5	70	57,1	50	68,4	60,4	χ2:5,594	0,848
	35-44 yaş	n	3	4	1	2	0	2	12		
		%	15	15,4	10	14,3	0	10,5	11,9		
	Toplam	n	20	26	10	14	12	19	101		
		%	100	100	100	100	100	100	100		
Öğrenim düzeyi	SML	n	2	1	1	1	2	4	11		
		%	10	3,8	10	7,1	16,7	21,1	10,9		
	Ön Lisans	n	1	2	1	0	0	1	5		
		%	5	7,7	10	0	0	5,3	5		
	Lisans	n	14	19	6	13	10	14	76		
		%	70	73,1	60	92,9	83,3	73,7	75,2	χ2:14,288	0,504
	Yüksek Lisans	n	3	4	2	0	0	0	9		
		%	15	15,4	20	0	0	0	8,9		
	Toplam	n	20	26	10	14	12	19	101		
		%	100	100	100	100	100	100	100		
Meslekte çalışma süresi	<1 yıl	n	0	3	0	0	0	1	4		
		%	0	11,5	0	0	0	5,3	4		
	1-5 yıl	n	14	15	7	11	10	15	72		
		%	70	57,7	70	78,6	83,3	78,9	71,3		
	6-10 yıl	n	4	4	2	1	2	1	14		
		%	20	15,4	20	7,1	16,7	5,3	13,9		
	11-15 yıl	n	0	2	0	1	0	2	5	χ2:16,297	0,698
		%	0	7,7	0	7,1	0	10,5	5		
	16-20 yıl	n	2	2	1	1	0	0	6		
		%	10	7,7	10	7,1	0	0	5,9		
	Toplam	n	20	26	10	14	12	19	101		
		%	100	100	100	100	100	100	100		
İş doyumu	Hiç memnun	n	2	1	2	0	1	0	6		
		%	10	3,8	20	0	8,3	0	5,9		
	Memnun değilim	n	3	10	1	5	4	3	26		
		%	15	38,5	10	35,7	33,3	15,8	25,7		
	Memnunum	n	12	12	7	9	7	16	63	χ2:21,286	0,128
		%	60	46,2	70	64,3	58,3	84,2	62,4		
	Çok memnunum	n	3	3	0	0	0	0	6		
		%	15	11,5	0	0	0	0	5,9		
	Toplam	n	20	26	10	14	12	19	101		
		%	100	100	100	100	100	100	100		
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	n	5	3	3	2	2	2	17		
		%	25	11,5	30	14,3	16,7	10,5	16,8		
	Sürekli gece	n	3	1	2	0	0	0	6		
		%	15	3,8	20	0	0	0	5,9	χ2:14,184	0,165
	Gece-gündüz	n	12	22	5	12	10	17	78		
		%	60	84,6	50	85,7	83,3	89,5	77,2		
	Toplam	n	20	26	10	14	12	19	101		
		%	100	100	100	100	100	100	100		
Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği		$\bar{X}$	5,64	5,89	5,48	5,41	5,15	5,34	5,54		
		S	0,96	0,63	0,99	0,72	0,93	1,08	0,89	F:1,615	0,164

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, χ2: Ki-Kare testi, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Birimler göre yapılan analizler sonucunda, hemşirelerin bireysel özellikleri, öğrenim düzeyleri, meslekte çalışma süreleri, çalışma şekilleri, iş doyumları ve BHYÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlendi (p>0,05). Bu sonuç hemşirelerin işgücü özelliklerinin birimlerde benzer olduğunu gösterdi (Tablo 4.21).

4.8.1.2. Birimlere Göre Diğer Hemşirelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu kapsamda, diğer hemşirelik özellikleri olan hemşirelik bakım sunum yönetimi, hastaya verilen eğitim, fazla mesai saatleri ve gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ortalaması değişkenleri birimlere göre karşılaştırıldı ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.22'de sunuldu.

Tablo 4.22: Birimlere göre diğer hemşirelik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Birimler						
			Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3**	**E.A.H.-Klinik 1**	**E.A.H.-Klinik 2**	**Şehir H.**	**Toplam**
Hastaya verilen eğitim	Evet	n	54	112	17	44	42	88	357
		%	76,1	94,9	89,5	86,3	85,7	88,0	87,5
	Hayır	n	17	6	2	7	7	12	51
		%	23,9	5,1	10,5	13,7	14,3	12,0	12,5
	Toplam	n	71	118	19	51	49	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
χ2					***14,737****				
p					***0,012***				
Hemşirelik bakım sunum yöntemi	Hasta paylaşımı	n	0	0	19	0	0	0	19
		%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	5,4
	İş paylaşımı	n	71	118	0	51	49	100	389
		%	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	94,6
	Toplam	n	71	118	19	51	49	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
χ2					***350,133****				
p					***0,000***				
Fazla mesai saatleri	8+16 saat	n	2	55	6	21	23	0	107
		%	2,8	46,6	31,6	41,2	46,9	0,0	26,2
	24 saat	n	40	40	8	30	26	57	201
		%	56,3	33,9	42,1	58,8	53,1	57,0	49,3
	32 ve üzeri saat	n	29	23	5	0	0	43	100
		%	40,8	19,5	26,3	0,0	0,0	43,0	24,5
	Toplam	n	71	118	19	51	49	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
χ2					***128,633****				
p					***0,000***				
Gündüz vardiyasında HHO		$\bar{X}$	0,087	0,094	0,184	0,101	0,100	0,054	0,089
		S	0, 021	0,013	0,023	0,004	0,001	0,001	0,030
F					***404,951****				
p					***0,000***				
Fark					**C > A, B, D, E, F ****				
Gece vardiyasında HHO		$\bar{X}$	0,087	0,094	0,184	0,101	0,100	0,054	0,089
		S	0,021	0,013	0,023	0,004	0,001	0001	0,030
F					***404,013****				
p					***0,000***				
Fark					**C > A, B, D, E, F ****				

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, χ2: Ki-Kare testi, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Elde edilen sonuçlara göre, gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ortalaması açısından birimler arasında anlamlı farklılık belirlendi (p<0,001). Hemşire/hasta oranı ortalamasının gündüz ve gece vardiyasında en yüksek olduğu birim Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 iken, en düşük olan birim ise Şehir Hastanesi'dir. Fazla mesai saatleri açısından birimler arasında anlamlı farklılık belirlendi (p<0,001). 8+16 saat fazla mesai yapan hemşirelerin en yüksek olduğu birim Özel Dal E.A.H.-Klinik 2, 24 saat ile 32 saat ve üzeri fazla mesaide ise Şehir Hastanesi'dir. Diğer taraftan hastaya eğitim verilme durumunda da birimler arasında anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Özel Dal E.A.H.-Klinik 2'de neredeyse %95 oran ile hastaya eğitim verilirken, Özel Dal E.A.H.-Klinik 1'de bu oran %76'ya düştü. Son olarak hastaya bakım sunma yöntemi de birimlere göre farklılaştı (p<0,001). Sadece Özel Dal E.A.H.-Klinik 3'te tüm hastalara hasta paylaşarak bakım verildiği belirlendi (Tablo 4.22).

4.8.2. Birimlere Göre Hasta Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu kapsamda, birimlere göre hasta özellliği olan BBÖ puan ortalaması ve hasta kalış gün sayısı ortalaması analiz edildi (Tablo 4.23 ve 4.24).

4.8.2.1. Birimlere Göre Hasta Bakım Bağımlılık Düzeyinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Birimlere göre hasta BBÖ puan ortalamasının değişimi Tablo 4.23'te sunuldu.

Tablo 4.23: Birimlere göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

		Birimler						
		Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3**	**E.A.H.-Klinik 1**	**E.A.H.-Klinik 2**	**Şehir Hastanesi**	Toplam
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	$\bar{X}$	66,493	68,602	67,947	67,569	65,388	74,680	69,179
	S	10,233	8,889	13,456	7,991	7,339	7,411	9,338
	Min	43	41	32	54	46	35	32
	Max	84	82	83	84	80	85	85
F				***11,505****				
p				***0,000***				
Fark				**F > A, B, C, D, E ****				

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Birimlere göre hasta özelliklerinden birisi olan hasta BBÖ puan ortalamasının en yüksek olduğu birim 74,68 ile Şehir Hastanesi iken, en düşük olduğu birim ise E.A.H.-Klinik 2 olarak belirlendi. Çalışma kapsamında genel hasta BBÖ puan ortalaması ise 69,17 olarak belirlendi. Genel olarak birim bazında hasta BBÖ puan ortalamasının orta düzeyde ve birimler arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (F=11,50; p≤0,001) (Tablo 4.23).

4.8.2.2. Birimlere Göre Hasta Kalış Gün Sayısı Ortalamasının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hasta özelliklerinden birisi olan hasta kalış gün sayısı ortalamasının birimlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.24'te sunuldu.

Tablo 4.24: Birimlere göre hasta kalış gün sayısı ortalamasının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

		Birimler						
		Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3**	**E.A.H.-Klinik 1**	**E.A.H.-Klinik 2**	**Şehir Hastanesi**	Toplam
Hasta Kalış Gün Sayısı Ortalaması	$\bar{X}$	9,169	10,008	8,263	12,902	9,000	4,920	8,775
	S	12,377	9,981	4,306	14,188	7,045	2,381	9,697
	Min	2	2	2	2	2	2	2
	Max	68	70	18	77	30	15	77
F				***5,746****				
p				***0,000***				
Fark				**D > A, B, C, E, F ****				

p<0,05, X̄: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Birimlere göre hasta özelliklerinden birisi olan hasta kalış gün sayısı en yüksek olan birim 12,90 ile E.A.H. Klinik 1 iken, en düşük olan birim 4,92 gün ile Şehir Hastanesi'dir. Çalışma kapsamında ortalama kalış gün sayısı ise 8,77 olarak belirlendi. Genel olarak birimler arasında kalış gün sayısı açısından anlamlı farklılık olduğu belirlendi (F=5,74; p≤0,001) (Tablo 4.24).

4.8.3. Birimlere Göre Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu kapsamda, birimlere göre hasta sonuçlarından HBMÖ puan ortalaması, hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri, diğer hasta sonuçları ve ortalama yatış maliyeti analiz edildi.

4.8.3.1. Birimlere Göre Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Birimlere göre hastaların HBMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.25'te sunuldu.

Tablo 4.25: Birimlere göre Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

		Birimler						
		Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3**	**E.A.H.-Klinik 1**	**E.A.H.-Klinik 2**	**Şehir Hastanesi**	Toplam
Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	$\bar{X}$	84,380	84,686	89,632	85,941	87,429	87,760	86,103
	S	14,077	11,865	9,697	16,573	14,870	10,624	12,983
	Min	31	38	67	21	35	57	21
	Max	95	95	95	95	95	95	95
F				*1,245*				
p				*0,287*				

p<0,05, X̄: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Birimlere göre hasta sonuçlarından birisi olan HBMÖ puan ortalamasının en yüksek olduğu birim Özel Dal EAH-Klinik 3 iken (89,63), en düşük olduğu birim Özel Dal EAH-Klinik 1 (84,38) olarak bulundu. Genel HBMÖ puan ortalaması ise 86,1 olarak belirlendi. Genel olarak birimlere göre HBMÖ puan ortalamasının yüksek ve birbirine yakın olduğu görüldü (p>0,05) (Tablo 4.25).

4.8.3.2. Birimlere Göre Hemşireliğe Duyarlı Bakım Göstergelerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri olan hasta düşme oranı, basınç yaralanması oranı, infiltrasyon oranı ve oral mukozit oranı düzeyleri birimlere göre karşılaştırılarak elde edilen sonuçlar Tablo 4.26'da sunuldu.

Tablo 4.26: Birimlere göre hemşirelik duyarlı bakım göstergelerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Düşme		**Basınç Yaralanması**		**İnfiltrasyon**		**Oral Mukozit**	
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Birimler	Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	n	1	70	1	70	0	71	1	70
		%	50,0	17,2	8,3	17,7	0,0	18,3	33,3	17,3
	Özel Dal E.A.H.-Klinik 2	n	1	117	0	118	1	117	0	118
		%	50,0	28,8	0,0	29,8	5,3	30,1	0,0	29,1
	Özel Dal E.A.H.-Klinik 3	n	0	19	0	19	0	19	0	19
		%	0,0	4,7	0,0	4,8	0,0	4,9	0,0	4,7
	E.A.H.-Klinik 1	n	0	51	4	47	9	42	1	50
		%	0,0	12,6	33,3	11,9	47,4	10,8	33,3	12,3
	E.A.H.-Klinik 2	n	0	49	4	45	9	40	1	48
		%	0,0	12,1	33,3	11,4	47,4	10,3	33,3	11,9
	Şehir Hastanesi	n	0	100	3	97	0	100	0	100
		%	0,0	24,6	25,0	24,5	0,0	25,7	0,0	24,7
Toplam		n	2	406	12	396	19	389	3	405
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	χ2		2,61		***13,711****		***53,26****		4,39	
	p		0,759		***0,018***		***0,000***		0,495	

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Birimlere göre düşme ve oral mukozit görülme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Diğer yandan, birimlere göre infiltrasyon ve basınç yaralanması görülme durumunda anlamlı farklılık görüldü (p<0,05). Buna göre, infiltrasyon gelişen hastaların %47,9'u E.A.H. Klinik-1 ve yine %47,9'u E.A.H. Klinik 2'dedir. Diğer birimlerde ise infiltrasyon gelişen hasta olmadı (Özel Dal E.A.H.-Klinik 2'de 1 kişi). Basınç yaralanması açısından değerlendirildiğinde ise yine basınç yaralanması gelişen hastaların büyük bölümü (%33,3) E.A.H. Klinik-1 (%33,3) ve E.A.H. Klinik-2 (%33,3) kliniğindedir (Tablo 4.26).

4.8.3.3. Birimlere Göre Diğer Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde ayrıca hastaların taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm oranı, yeniden yatış oranı, yeniden ameliyat oranı, yatış süresince komplikasyon ve enfeksiyon oranları düzeyleri birimlere göre karşılaştırılarak sonuçlar Tablo 4.27'de sunuldu.

Tablo 4.27: Birimlere göre diğer hasta sonuçlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Taburculuk Sonrası Yeniden Ameliyat		**Taburculuk Sonrası Yeniden Yatış**		**Komplikasyon**		**Enfeksiyon**	
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Birimler	Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	n	8	63	10	61	3	68	3	68
		%	22,2	16,9	22,2	16,8	4,8	19,7	15,8	17,5
	Özel Dal E.A.H.-Klinik 2	n	14	104	16	102	10	108	4	114
		%	38,9	28,0	35,6	28,1	15,9	31,3	21,1	29,3
	Özel Dal E.A.H.-Klinik 3	n	3	16	3	16	2	17	0	19
		%	8,3	4,3	6,7	4,4	3,2	4,9	0,0	4,9
	E.A.H.-Klinik 1	n	5	46	7	44	25	26	5	46
		%	13,9	12,4	15,6	12,1	39,7	7,5	26,3	11,8
	E.A.H.-Klinik 2	n	1	48	1	48	20	29	2	47
		%	2,8	12,9	2,2	13,2	31,7	8,4	10,5	12,1
	Şehir Hastanesi	n	5	95	8	92	3	97	5	95
		%	13,9	25,5	17,8	25,3	4,8	28,1	26,3	24,4
Toplam		n	36	372	45	363	63	345	19	389
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	$\chi 2$		7,71		7,23		***91,63****		4,491	
	p		0,173		0,204		***0,000***		0,481	

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Birimlere göre yapılan karşılaştırmaya göre, taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatış süresince enfeksiyon görülme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Ancak birimlere göre yatış süresince komplikasyon görülme açısından birimlere göre anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Buna göre komplikasyon gelişen hastalar içinde en yüksek oran %39,7 ile E.A.H. Klinik 1 ve %31,7 ile E.A.H. Klinik 2'dir. Yatış süresi içinde izlenen hastalarda komplikasyon gelişenlerin yaklaşık olarak %70'i bu iki birimdedir (Tablo 4.27).

4.8.3.4. Birimlere Göre Ortalama Yatış Maliyetinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Birimlere göre ortalama yatış maliyetinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.28'de sunuldu.

Tablo 4.28: Birimlere göre ortalama yatış maliyetinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

		Birimler						Toplam
		Özel Dal E.A.H.-Klinik 1	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3**	**E.A.H.-Klinik 1**	**E.A.H.-Klinik 2**	**Şehir Hastanesi**	
Yatış Maliyeti	$\bar{X}$	15.056,308	13.169,589	21.912,128	10.857,334	9.853,823	6.960,951	11.696,069
	S	17.296,004	12.465,246	24.772,486	15.087,416	10.724,033	5.378,430	13.612,510
	Min	193,13	322,45	1.005,75	240,92	130,39	476,24	130,39
	Max	77.428,83	72.604,99	101.606,79	83.576,26	60.195,00	19.383,82	101.606,79
F				***6,306****				
p				***0,000***				
Fark				**A > B, C, D, E, F ****				

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), Fark testi: Bonferroni testi*

Birimlere göre hasta sonuçlarından birisi olan yatış maliyeti ortalamasının en yüksek olduğu birim 21.912,12 TL ile Özel Dal EAH Klinik 3 iken, en düşük olduğu birim 6.960,95 TL ile Şehir Hastanesi'dir. Çalışma kapsamında genel ortalama yatış maliyeti ise 11.679,41 TL olarak belirlendi. Genel olarak ortalama yatış maliyetinin birimler arasında anlamlı olarak farklılaştığı görüldü (F=6,30; p≤0,001) (Tablo 4.28).

4.9. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile KARŞILAŞTIRILMASINA ve İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULAR

Çalışma kapsamında çeşitli hemşirelik özellikleri hasta sonuçları ile karşılaştırıldı ve değişkeler arasındaki ilişki değerlendirildi. Bu doğrultuda hemşirelik iş gücü özelliklerinden lisans ve üstü öğrenim düzeyi, BHYÖ ve iş doyumu oranları; diğer hemşirelik özelliklerinden gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranları, fazla mesai oranları, hastaya verilen eğitim ve hemşirelik bakım sunum yöntemi, hasta sonuçları olarak belirlenen hastaların HBMÖ, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri, diğer hasta sonuçları ve yatış maliyeti ile karşılaştırıldı. Hemşirelik iş gücü özelliklerinden lisans ve üstü öğrenim düzeyi, BHYÖ ve iş doyumu oranları; diğer hemşirelik özelliklerinden gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranları ile hastaların HBMÖ ve yatış maliyeti arasındaki ilişki incelendi.

4.9.1. Hemşirelerin Lisans ve Üstü Öğrenim Düzeyi Oranlarının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı lisans ve üstü öğrenim gören hemşire sayısının toplam hemşire sayısına bölünmesiyle elde edildi. Birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı hesaplandı. Bu oranların hasta HBMÖ toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyeti açısından karşılaştırılmasına yönelik analizler Tablo 4.29'da sunuldu.

Tablo 4.29: Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

Lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı (Hemşire)	Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği		Yatış Maliyeti	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
Şehir Hastanesi (%74)	87,7600	10,6241	6960,9507	5378,4302
Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (%80)	89,6316	9,6966	21912,1279	24772,4859
E.A.H.-Klinik 2 (%83)	87,4286	14,8703	9853,8235	10724,0329
Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (%85)	84,3803	14,0767	15056,3085	17296,0044
Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (%88)	84,6864	11,8651	13169,5892	12465,2461
E.A.H.-Klinik 1 (%93)	85,9412	16,5728	10857,3337	15087,4158
F	1,245		**6,306**	
p	,287		**,000***	
Fark			**A < B, C, D, E,F**	

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi(One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi*

Birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları arasında hastaların ortalama yatış maliyetleri yönünden anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranının en düşük olduğu birimde hastaların ortalama yatış maliyeti daha düşük belirlendi. Ancak HBMÖ toplam puan ortalaması açısından lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.29). Bununla birlikte, hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları hasta sonuçlarından hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit) ile karşılaştırıldı (Tablo 4.30).

Tablo 4.30: Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin Lisans ve Üstü Öğrenim Düzeyi Oranı						Toplam (%84)
			Şehir Hastanesi (%74)	Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (%80)	E.A.H.-Klinik 2 (%83)	Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (%85)	Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (%88)	E.A.H.-Klinik 1 (%93)	
Başınç yaralanması	Evet	n	3	0	4	1	0	4	12
		%	3,0	0,0	8,2	1,4	0,0	7,8	2,9
	Hayır	n	97	19	45	70	118	47	396
		%	97,0	100,0	91,8	98,6	100,0	92,2	97,1
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**13,711***			
		p				**,018**			
Düşme	Evet	n	0	0	0	1	1	0	2
		%	0,0	0,0	0,0	1,4	,8	0,0	,5
	Hayır	n	100	19	49	70	117	51	406
		%	100,0	100,0	100,0	98,6	99,2	100,0	99,5
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				2,615			
		p				,759			
İnfiltrasyon	Evet	n	0	0	9	0	1	9	19
		%	0,0	0,0	18,4	0,0	,8	17,6	4,7
	Hayır	n	100	19	40	71	117	42	389
		%	100,0	100,0	81,6	100,0	99,2	82,4	95,3
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**53,265***			
		p				**,000**			
Oral mukozit	Evet	n	0	0	1	1	0	1	3
		%	0,0	0,0	2,0	1,4	0,0	2,0	,7
	Hayır	n	100	19	48	70	118	50	405
		%	100,0	100,0	98,0	98,6	100,0	98,0	99,3
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				4,390			
		p				,495			

**p<0,05, χ2: Ki-Kare* testi

Düşme ve oral mukozit göstergeleri açısından birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak hemşirelik duyarlı bakım göstergelerinden basınç yaralanması ve infiltrasyon ile birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları arasında anlamlı farklılık belirlendi. Lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı %83 ve %93 olan birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.30).

Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm oranı, yeniden ameliyat oranı, yeniden yatış oranı ve yatış süresi boyunca enfeksiyon ve komplikasyon oranları ile karşılaştırıldı (Tablo 4.31).

Tablo 4.31: Hemşirelerin birimlere göre Lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin Lisans ve Üstü Öğrenim Düzeyi Oranı						**Toplam (%84)**
			Şehir Hastanesi (%74)	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (%80)**	**E.A.H.-Klinik 2 (%83)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (%85)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (%88)**	**E.A.H.-Klinik 1 (%93)**	
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat	Evet	n	5	3	1	8	14	5	36
		%	5,0	15,8	2,0	11,3	11,9	9,8	8,8
	Hayır	n	95	16	48	63	104	46	372
		%	95,0	84,2	98,0	88,7	88,1	90,2	91,2
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				7,710			
		p				,173			
Taburculuk sonrası yeniden yatış	Evet	n	8	3	1	10	16	7	45
		%	8,0	15,8	2,0	14,1	13,6	13,7	11,0
	Hayır	n	92	16	48	61	102	44	363
		%	92,0	84,2	98,0	85,9	86,4	86,3	89,0
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				7,231			
		p				,204			
Komplikasyon	Evet	n	3	2	20	3	10	25	63
		%	3,0	10,5	40,8	4,2	8,5	49,0	15,4
	Hayır	n	97	17	29	68	108	26	345
		%	97,0	89,5	59,2	95,8	91,5	51,0	84,6
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**91,637***			
		p				**,000**			
Enfeksiyon	Evet	n	5	0	2	3	4	5	19
		%	5,0	0,0	4,1	4,2	3,4	9,8	4,7
	Hayır	n	95	19	47	68	114	46	389
		%	95,0	100,0	95,9	95,8	96,6	90,2	95,3
	Toplam	n	100	19	49	71	118	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				4,491			
		p				,481			

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranları ile birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak yatış süresi boyunca komplikasyon gelişme durumları ile birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Buna göre lisans ve üstü öğrenim düzeyinin en yüksek (%93) olduğu birimde yatış süresi boyunca komplikasyon oranı daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.31).

4.9.2. Hemşirelerin Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları hesaplandı. Bu oranların hastaların HBMÖ toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik analizler Tablo 4.32'de sunuldu.

Tablo 4.32: Hemşirelerin birimlere göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

	Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği		**Yatış Maliyeti**	
Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
E.A.H.-Klinik 2 (5,15±0,93)	87,5625	14,9977	8805,0490	7899,9107
Şehir Hastanesi (5,34±1,08)	87,6931	10,5922	7488,0205	7529,6942
E.A.H.-Klinik 1 (5,41±0,72)	85,9412	16,5727	10857,3337	15087,4157
Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (5,48±0,99)	89,6316	9,6965	21912,1279	24772,4858
Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (5,64±0,96)	84,3803	14,0766	15056,3085	17296,0043
Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (5,89±0,63)	84,6864	11,8651	13169,5892	12465,2460
F	1,241		**6,036**	
p	,289		**,000***	
Fark			**D> A,B,C,E,F**	

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi(One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi*

Yapılan analiz sonucuna göre birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları arasında hastaların ortalama yatış maliyetleri yönünden anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). BHYÖ toplam puan ortalamasının en düşük olduğu birimde hastaların ortalama yatış maliyeti daha düşük belirlendi. Ancak HBMÖ puan ortalaması açısından birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.32).

Hemşirelerin birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları hasta sonuçlarından hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon ve oral mukozit değişkenleri) ile karşılaştırıldı (Tablo 4.33).

Tablo 4.33: Hemşirelerin birimlere göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği						
			E.A.H.-Klinik 2 (5,15±0,93)	**Şehir Hastanesi (5,34±1,08)**	**E.A.H.-Klinik 1 (5,41±0,72)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (5,48±0,99)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (5,64±0,96)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (5,89±0,63)**	**Toplam**
Başınç yaralanması	Evet	n	4	3	4	0	1	0	12
		%	8,3	3,0	7,8	0,0	1,4	0,0	2,9
	Hayır	n	44	98	47	19	70	118	396
		%	91,7	97,0	92,2	100,0	98,6	100,0	97,1
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**13,918**			
		p				**,016**			
Düşme	Evet	n	0	0	0	0	1	1	2
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,8	0,5
	Hayır	n	48	101	51	19	70	117	406
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	98,6	99,2	99,5
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				2,615			
		p				,759			
İnfiltrasyon	Evet	n	9	0	9	0	0	1	19
		%	18,8	0,0	17,6	0,0	0,0	0,8	4,7
	Hayır	n	39	101	42	19	71	117	389
		%	81,3	100,0	82,4	100,0	100,0	99,2	95,3
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**54,041***			
		p				**,000**			
Oral mukozit	Evet	n	1	0	1	0	1	0	3
		%	2,1	0,0	2,0	0,0	1,4	0,0	0,7
	Hayır	n	47	101	50	19	70	118	405
		%	97,9	100,0	98,0	100,0	98,6	100,0	99,3
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				4,448			
		p				,487			

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Düşme ve oral mukozit göstergeleri açısından birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak hemşirelik duyarlı bakım göstergelerinden basınç yaralanması ve infiltrasyon ile birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlendi. BHYÖ toplam puan ortalamaları düşük olan birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.33).

Hemşirelerin birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm oranı, yeniden ameliyat oranı, yeniden yatış oranı ve yatış süresi boyunca enfeksiyon ve komplikasyon oranları ile karşılaştırıldı (Tablo 4.34).

Tablo 4.34: Hemşirelerin birimlere göre Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği						
			E.A.H.-Klinik 2 (5,15±0,93)	**Şehir Hastanesi (5,34±1,08)**	**E.A.H.-Klinik 1 (5,41±0,72)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (5,48±0,99)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (5,64±0,96)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (5,89±0,63)**	**Toplam**
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat	Evet	n	1	5	5	3	8	14	36
		%	2,1	5,0	9,8	15,8	11,3	11,9	8,8
	Hayır	n	47	96	46	16	63	104	372
		%	97,9	95,0	90,2	84,2	88,7	88,1	91,2
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				7,684			
		p				,175			
Taburculuk sonrası yeniden yatış	Evet	n	1	8	7	3	10	16	45
		%	2,1	7,9	13,7	15,8	14,1	13,6	11,0
	Hayır	n	47	93	44	16	61	102	363
		%	97,9	92,1	86,3	84,2	85,9	86,4	89,0
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				7,171			
		p				,208			
Komplikasyon	Evet	n	20	3	25	2	3	10	63
		%	41,7	3,0	49,0	10,5	4,2	8,5	15,4
	Hayır	n	28	98	26	17	68	108	345
		%	58,3	97,0	51,0	89,5	95,8	91,5	84,6
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				**92,933***			
		p				**,000**			
Enfeksiyon	Evet	n	2	5	5	0	3	4	19
		%	4,2	5,0	9,8	0,0	4,2	3,4	4,7
	Hayır	n	46	96	46	19	68	114	389
		%	95,8	95,0	90,2	100,0	95,8	96,6	95,3
	Toplam	n	48	101	51	19	71	118	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				1,53			
		p				,463			

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranları ile birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak yatış süresi boyunca komplikasyon gelişme durumları ile birimlere göre BHYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Buna göre BHYÖ toplam puan ortalamasının düşük (5.15 ve 5.41) olduğu birimlerde yatış süresi boyunca komplikasyon oranları daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.34).

4.9.3. Hemşirelerin İş Doyumu Oranlarının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin iş doyumu oranı işinden memnun ve çok memnun olan hemşire sayısının toplam hemşire sayısına bölünmesiyle elde edildi. Birimlere göre iş doyumu oranı hesaplandı. Bu oranların hastaların HBMÖ toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik analizler Tablo 4.35'te sunuldu.

Tablo 4.35: Hemşirelerin birimlere göre İş doyumu oranının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

Hemşire	**Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği**		**Yatış Maliyeti**	
İş doyumu oranı	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (%57)	84,6864	11,8651	13169,5892	12465,2460
E.A.H.-Klinik 2 (%58)	87,4286	14,8702	9853,8235	10724,0329
E.A.H.-Klinik 1 (%64)	85,9412	16,5727	10857,3337	15087,4157
Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (%70)	89,6316	9,6965	21912,1279	24772,4858
Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (%75)	84,3803	14,0766	15056,3085	17296,0043
Şehir Hastanesi (%84)	87,7600	10,6240	6960,9507	5378,4301
F	1,245		**6,306**	
p	,287		**,000***	
Fark			**D> A,B,C,E,F**	

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi(One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi*

Birimlere göre iş doyumu oranları arasında hastaların ortalama yatış maliyetleri yönünden anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). İş doyumu oranının en yüksek olduğu birimde hastaların ortalama yatış maliyeti en düşük seviyededir. Ancak HBMÖ toplam puan ortalaması açısından iş doyumu oranları birim grupları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.35).

Hemşirelerin birimlere göre iş doyumu oranları hasta sonuçlarından hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit değişkenleri) ile karşılaştırıldı (Tablo 4.36).

Tablo 4.36: Hemşirelerin birimlere göre iş doyumu oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin İş Doyumu Oranı						
			Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (%57)	**E.A.H.-Klinik 2 (%58)**	**E.A.H.-Klinik 1 (%64)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (%70)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (%75)**	**Şehir Hastanesi (%84)**	**Toplam**
Başınç yaralanması	Evet	n	0	4	4	0	1	3	12
		%	0,0	8,2	7,8	0,0	1,4	3,0	2,9
	Hayır	n	118	45	47	19	70	97	396
		%	100,0	91,8	92,2	100,0	98,6	97,0	97,1
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**13,711***			
		p				**,018**			
Düşme	Evet	n	1	0	0	0	1	0	2
		%	0,8	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,5
	Hayır	n	117	49	51	19	70	100	406
		%	99,2	100,0	100,0	100,0	98,6	100,0	99,5
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				2,615			
		p				,759			
İnfiltrasyon	Evet	n	1	9	9	0	0	0	19
		%	0,8	18,	17,6	0,0	0,0	0,0	4,7
	Hayır	n	117	40	42	19	71	100	389
		%	99,2	81,6	82,4	100,0	100,0	100,0	95,3
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				**53,265***			
		p				**,000**			
Oral mukozit	Evet	n	0	1	1	0	1	0	3
		%	0,0	2,0	2,0	0,0	1,4	0,0	0,7
	Hayır	n	118	48	50	19	70	100	405
		%	100,0	98,0	98,0	100,0	98,6	100,0	99,3
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2				4,390			
		p				,495			

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Düşme ve oral mukozit göstergeleri açısından birimlere göre iş doyumu oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak hemşirelik duyarlı bakım göstergelerinden basınç yaralanması ve infiltrasyon ile birimlere göre iş doyumu oranları arasında anlamlı farklılık belirlendi. İş doyumu oranı düşük olan birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.36).

Hemşirelerin birimlere göre iş doyumu oranlarının taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm oranı, yeniden ameliyat oranı, yeniden yatış oranı ve yatış süresi boyunca enfeksiyon ve komplikasyon oranları ile karşılaştırıldı (Tablo 4.37).

Tablo 4.37: Hemşirelerin birimlere göre iş doyumu oranlarının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin İş Doyumu Oranı						
			Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 (%57)	**E.A.H.-Klinik 2 (%58)**	**E.A.H.-Klinik 1 (%64)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 (%70)**	**Özel Dal E.A.H.-Klinik 1 (%75)**	**Şehir Hastanesi (%84)**	**Toplam**
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat	Evet	n	14	1	5	3	8	5	36
		%	11,9	2,0	9,8	15,8	11,3	5,0	8,8
	Hayır	n	104	48	46	16	63	95	372
		%	88,1	98,0	90,2	84,2	88,7	95,0	91,2
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				7,710			
		p				,173			
Taburculuk sonrası yeniden yatış	Evet	n	16	1	7	3	10	8	45
		%	13,6	2,0	13,7	15,8	14,1	8,0	11,0
	Hayır	n	102	48	44	16	61	92	363
		%	86,4	98,0	86,3	84,2	85,9	92,0	89,0
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				7,231			
		p				,204			
Komplikasyon	Evet	n	10	20	25	2	3	3	63
		%	8,5	40,8	49,0	10,5	4,2	3,0	15,4
	Hayır	n	108	29	26	17	68	97	345
		%	91,5	59,2	51,0	89,5	95,8	97,0	84,6
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				**91,637***			
		p				**,000**			
Enfeksiyon	Evet	n	4	2	5	0	3	5	19
		%	3,4	4,1	9,8	0,0	4,2	5,0	4,7
	Hayır	n	114	47	46	19	68	95	389
		%	96,6	95,9	90,2	100,0	95,8	95,0	95,3
	Toplam	n	118	49	51	19	71	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2				4,491			
		p				,481			

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranları ile birimlere göre hemşirelerin iş doyumu oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak yatış süresi boyunca komplikasyon gelişme durumları ile birimlere göre hemşirelerin iş doyumu oranları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Buna göre hemşirelerin iş doyumu oranının yüksek olduğu birimlerde yatış süresi boyunca komplikasyon oranı daha düşük bulundu (p<0,05) (Tablo 4.37).

4.9.4. Hemşirelerin Birimlere göre Lisans ve Üstü Öğrenim Düzeyi Oranı, Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği, İş Doyumu Oranı ile Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Yatış Maliyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Birimlere göre hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı, BHYÖ toplam puan, iş doyumu oranı ortalamaları, hastaların HBMÖ toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasındaki korelasyon sonuçlarına Tablo 4.38'de yer verildi.

Tablo 4.38: Hemşirelerin birimlere göre lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı, Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği, iş doyumu oranı ile hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasındaki korelasyona yönelik bulgular (N=408).

		Lisans ve üstü öğrenim düzeyi (Hemşire)	Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği (Hemşire)	İş doyumu (Hemşire)	Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	Yatış maliyeti
Lisans ve üstü öğrenim düzeyi (Hemşire)	r	1				
	p					
Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği (Hemşire)	r	**0,502**	**1**			
	p	**0,000***				
İş Doyumu (Hemşire)	r	**-0,780**	**-0,441**	**1**		
	p	**0,000***	**0,000***			
Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	r	-0,085	-0,097	0,054	1	
	p	0,086	0,050	0,274		
Yatış maliyeti	r	**0,131**	**0,151**	**-0,104**	**-0,124**	**1**
	p	**0,008***	**0,002***	**0,035***	**0,012***	

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

Yapılan korelasyon analizine göre, hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı ile hastaların ortalama yatış maliyeti ile pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=,131, p<0,05). Bu durum hemşirelerin öğrenim düzeyi artıkça hastaların yatış maliyetinin arttığını göstermektedir. Ancak hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı ile HBMÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (p>0,05). Hemşirelerin BHYÖ toplam puanı ile hastaların HBMÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (p>0,05). Hemşirelerin BHYÖ toplam puanı ile hastaların ortalama yatış maliyeti ile pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=,151, p<0,05). Hemşirelerin yeterlikleri arttıkça hastaların yatış maliyetleri de artmaktadır. Hemşirelerin iş doyumu oranı ile hastaların ortalama yatış maliyeti ile negatif yönlü korelasyon saptandı (r=,104, p<0,05). Bu durum hemşirelerin iş doyumunun artmasıyla hastaların yatış maliyetinin azaldığını göstermektedir. Ancak hemşirelerin iş doyumu oranı ile HBMÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.38).

Hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı ile BHYÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif yönlü, iş doyumu ile negatif yönlü korelasyon saptandı ($r_{BHYÖ}$=,502, $r_{İş\ Doyumu}$=,708, p<0,05). Bu durum birimlerde öğrenim düzeyi arttıkça hemşirelerin bütüncül yeterliklerinin arttığını, ancak iş doyumlarının azaldığını göstermektedir. Hemşirelerin BHYÖ toplam puan ortalaması ile iş doyumu oranı arasında anlamlı ve negatif yönlü korelasyon saptandı (r=,441, p<0,05). Hemşirelerin bütüncül yeterlikleri arttıkça iş doyumları azalmaktadır (Tablo 4.38).

4.9.5. Gündüz ve Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranının Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı (HHO) ortalaması 0,10 ve altı (1/10 ve 1/12 arası-gündüz vardiyası) (1/10 ve 1/18 arası-gece vardiyası), 0,11-0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası) ve 0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası) olarak üç grup halinde ele alındı ve bu grupların hasta HBMÖ toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetinin karşılaştırılmasına yönelik analizler Tablo 4.39'da sunuldu.

Tablo 4.39: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar	**Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği**		**Yatış Maliyeti**	
Gündüz vardiyasında HHO	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
0,10 ve altı (1/10 ve 1/12 arası)	86,8505	12,03909	7293,3236	5569,0994
0,11 ve 0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası)	85,0133	13,87528	12503,3911	15052,408
0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası)	86,6556	12,71956	14013,9205	15359,452
F	,842		**8,340**	
p	,432		**,000***	
Fark			**C> A,B**	
Gece vardiyasında HHO	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
0,10 ve altı (1/10 ve 1/18 arası)	85,8397	13,41250	10616,6708	12048,354
0,11 ve 0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası)	86,6087	10,65933	15524,9513	16102,739
0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası)	89,6316	9,69657	21912,1279	24772,485
F	,806		**8,431**	
p	,447		**,000***	
Fark			**C> A,B**	

p<0,05, $\bar{X}$: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi(One Way), Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi*

Yapılan analiz sonucuna göre gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamaları arasında hastaların ortalama yatış maliyetleri yönünden anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Hemşire/hasta oranı ortalamasının en yüksek olduğu üçüncü grupta ortalama yatış maliyeti daha yüksek belirlendi. Ancak HBMÖ toplam puan ortalaması açısından gündüz hemşire/hasta oranı ortalaması grupları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.39).

Gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamaları arasında hastaların HBMÖ toplam puan ortalamaları yönünden anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05). Diğer yandan, ortalama yatış maliyeti açısından gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Buna göre gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının en yüksek olduğu grupta ortalama yatış maliyeti diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (Tablo 4.39).

Bununla birlikte, gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalaması hasta sonuçlarından hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit değişkenleri) ile karşılaştırıldı (Tablo 4.40).

Tablo 4.40: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Gündüz Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranı			**Toplam**	**Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranı**			**Toplam**
			0,10 ve altı (1/10 ve 1/12 arası)	**0,11-0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası)**	**0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası)**		**0,10 ve altı (1/10 ve 1/18 arası)**	**0,11-0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası)**	**0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası)**	
Başınç yaralanması	Evet	n	3	5	4	12	11	1	0	12
		%	2,8	3,3	2,6	2,9	3,2	2,2	0,0	2,9
	Hayır	n	104	145	147	396	332	45	19	396
		%	97,2	96,7	97,4	97,1	96,8	97,8	100,0	97,1
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2		,133				,756		
		p		,936				,685		
Düşme	Evet	n	0	1	1	2	1	1	0	2
		%	0,0	0,7	0,7	0,5	0,3	2,2	0,0	0,5
	Hayır	n	107	149	150	406	342	45	19	406
		%	100,0	99,3	99,3	99,5	99,7	97,8	100,0	99,5
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2		,714				3,044		
		p		,700				,218		
İnfiltrasyon	Evet	n	0	11	8	19	19	0	0	19
		%	0,0	7,3	5,3	4,7	5,5	0,0	0,0	4,7
	Hayır	n	107	139	143	389	324	46	19	389
		%	100,0	92,7	94,7	95,3	94,5	100,0	100,0	95,3
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2		**7,786***				3,776		
		p		**,020**				0,151		
Oral mukozit	Evet	n	0	2	1	3	2	1	0	3
		%	0,0	1,3	0,7	0,7	0,6	2,2	0,0	0,7
	Hayır	n	107	148	150	405	341	45	19	405
		%	100,0	98,7	99,3	99,3	99,4	97,8	100,0	99,3
	Toplam	n	107	107	150	151	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2		1,53				1,554		
		p		,463				0,460		

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Düşme, basınç yaralanması ve oral mukozit göstergeleri açısından gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak hemşirelik duyarlı bakım göstergelerinden infiltrasyon ile gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalaması arasında anlamlı farklılık belirlendi. Gündüz hemşire/hasta oranı ortalaması 0,16-0,25 arasında olanlarda infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu (p<0,05). Düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon ve oral mukozit göstergeleri açısından gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.40).

Gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranının taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm oranı, yeniden ameliyat oranı, yeniden yatış oranı ve yatış süresi boyunca enfeksiyon ve komplikasyon oranları ile karşılaştırıldı (Tablo 4.41).

Tablo 4.41: Gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranının ve diğer hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Gündüz Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranı			**Toplam**	**Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranı**			**Toplam**
			0,10 ve altı (1/10 ve 1/12 arası)	**0,11-0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası)**	**0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası)**		**0,10 ve altı (1/10 ve 1/18 arası)**	**0,11-0,15 arası (1/9 ve 1/7 arası)**	**0,16-0,25 arası (1/6 ve 1/4 arası)**	
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat	Evet	n	6	35	33	74	25	8	3	36
		%	5,6	23,3	21,9	18,1	7,3	17,4	15,8	8,8
	Hayır	n	101	115	118	334	318	38	16	372
		%	94,4	76,7	78,1	81,9	92,7	82,6	84,2	91,2
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2		**15,447***				**6,348***		
		p		**,000**				**0,042**		
Taburculuk sonrası yeniden yatış	Evet	n	8	15	22	45	31	11	3	45
		%	7,5	10,0	14,6	11,0	9,0	23,9	15,8	11,0
	Hayır	n	99	135	129	363	312	35	16	363
		%	92,5	90,0	85,4	89,0	91,0	76,1	84,2	89,0
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2		3,467				**9,606***		
		p		,177				**0,008**		
Komplikasyon	Evet	n	3	28	32	63	53	8	2	63
		%	2,8	18,7	21,2	15,4	15,5	17,4	10,5	15,4
	Hayır	n	104	122	119	345	290	38	17	345
		%	97,2	81,3	78,8	84,6	84,5	82,6	89,5	84,6
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2		**18,108***				0,486		
		p		**,000**				0,784		
Enfeksiyon	Evet	n	5	7	7	19	15	4	0	19
		%	4,7	4,7	4,6	4,7	4,4	8,7	0,0	4,7
	Hayır	n	102	143	144	389	328	42	19	389
		%	95,3	95,3	95,4	95,3	95,6	91,3	100,0	95,3
	Toplam	n	107	150	151	408	343	46	19	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2		0,000				2,680		
		p		1,000				0,262		

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranları ile gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat olma ve yatış süresi boyunca komplikasyon gelişme durumları ile gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Buna göre gündüz vardiyasında HHO 0,16-0,25 arasında olanlarda, taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat oranı ve yatış süresi boyunca komplikasyon oranı daha yüksek bulundu (p<0,05). Taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış ve yeniden ameliyat olma ile gece vardiyasında hemşire/hasta oranları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). HHO yüksek olan gruplarda yeniden ameliyat ve yeniden yatış oranı daha yüksek bulundu. Diğer yandan, gece vardiyasında hemşire/hasta oranları ile yatış süresi boyunca enfeksiyon ve komplikasyon gelişme arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.41).

4.9.6. Gündüz ve Gece Vardiyasında Hemşire/Hasta Oranları, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Yatış Maliyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalamasının, Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasındaki korelasyon sonuçlarına Tablo 4.42'de yer verildi.

Tablo 4.42: Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ortalaması, Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasındaki korelasyona yönelik bulgular (N=408).

		Gündüz vardiyasında HHO	Gece vardiyasında HHO	Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği	Yatış maliyeti
Gündüz vardiyasında HHO	r	1			
	p				
Gece vardiyasında HHO	r	**,854**	1		
	p	**,000***			
Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	r	-,008	,026	1	
	p	,866	,602		
Yatış maliyeti	r	**,164**	**,216**	**-,124**	1
	p	**,001***	**,000***	**012***	

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

Yapılan korelasyon analizine göre, gündüz vardiyasında HHO ortalaması ile gece vardiyasında HHO ortalaması arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı (r=,854, p<0,05). Gündüz ve gece vardiyasında HHO ortalaması ile HBMÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (p>0,05). Gündüz ve gece vardiyasında HHO ortalaması ile ortalama yatış maliyeti arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı ($r_{\text{gündüz HHO}}$=,164, $r_{\text{gece HHO}}$=,216, p<0,05). HBMÖ toplam puan ortalaması ile ortalama

yatış maliyeti arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı (r =,124, p<0,05) (Tablo 4.42).

4.9.7. Hemşirelerin Fazla Mesai Saatlerinin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin hastaların HBMÖ toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti gibi hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik analizler sunuldu (Tablo 4.43).

Tablo 4.43: Hemşirelerin fazla mesai saatleri ortalamalarının hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyetleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar	**Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği**		**Yatış Maliyeti**	
Fazla mesai saatleri	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
8+16 saat	86,5234	12,13784	12542,0358	11089,62897
24 saat	86,0100	13,72989	11803,2435	15511,43142
32 saat üzeri	85,8400	12,41351	10575,4652	11915,54922
F	,081		,550	
p	,922		,577	

**p<0,05, X̄: Ortalama, S: Standart sapma, F: Anova testi (One Way), ** Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 testi*

Hemşirelerin fazla mesai saatleri puan ortalamasına göre hastanın HBMÖ toplam puan ortalaması ve ortalama yatış maliyeti arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.43).

Hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit değişkenleri) hemşirelerin fazla mesai saatlerine göre karşılaştırılarak Tablo 4.44'te sunuldu.

Tablo 4.44: Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin Fazla Mesai Saatleri			Toplam
			8+16 saat arası	24 saat	32 saat ve üzeri	
Başınç yaralanması	Evet	n	0	10	2	12
		%	0,0	5,0	2,0	2,9
	Hayır	n	107	191	98	396
		%	100,0	95,0	98,0	97,1
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
		χ2			**6,466***	
		p			**,039**	
Düşme	Evet	n	0	1	1	2
		%	0.0	0.5	1.0	0.5
	Hayır	n	107	200	99	406
		%	100,0	99,5	99,0	99,5
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2			1.060	
		p			,589	

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Tablo 4.4544 (devam): Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin Fazla Mesai Saatleri			Toplam
			8+16 saat arası	24 saat	32 saat ve üzeri	
İnfiltrasyon	Evet	n	7	12	0	19
		%	6,5	6,0	0,0	4,7
	Hayır	n	100	189	100	389
		%	93,5	94,0	100,0	95,3
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2			**6,522***	
		p			**,038**	
Oral mukozit	Evet	n	0	3	0	3
		%	0,0	1,5	0,0	0,7
	Hayır	n	107	198	100	405
		%	100,0	98,5	100,0	99,3
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2			3,112	
		p			0,211	

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Basınç yaralanması oranları ile hemşirelerin fazla mesai saatleri arasında anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Buna göre 8+16 saat fazla mesai yapan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda basınç yaralanması gelişmezken, 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerde bu oran %5 ve 32 saat ve üzerinde fazla mesai yapan hemşirelerde bu oran %2 olarak gerçekleşmektedir. Düşme, oral mukozit ve infiltrasyon gibi diğer göstergeler açısından hemşirelerin fazla mesai saatleri arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.44).

Taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm oranı, yeniden ameliyat oranı, yeniden yatış oranı ve yatış süresi boyunca enfeksiyon ve komplikasyon oranları hemşirelerin fazla mesai saatleri ile karşılaştırılarak Tablo 4.45'te sunuldu.

Tablo 4.4645: Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin diğer hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin Fazla Mesai Saatleri			**Toplam**
			8+16 saat arası	24 saat	32 saat ve üzeri	
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat	Evet	n	8	18	10	36
		%	7.5	9.0	10.0	8.8
	Hayır	n	99	183	90	372
		%	92.5	91.0	90.0	91.2
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
		χ2			0.418	
		p			0.812	
Taburculuk sonrası yeniden yatış	Evet	n	10	22	13	45
		%	9,3	10,9	13,0	11,0
	Hayır	n	97	179	87	363
		%	90.7	89.1	87.0	89.0
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
		χ2			0,706	
		p			0,702	

p<0,05, χ2*: Ki kare testi, *İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Tablo 4.4745 (devam): Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin diğer hasta sonuçları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelerin Fazla Mesai Saatleri			Toplam
			8+16 saat arası	24 saat	32 saat ve üzeri	
Komplikasyon	Evet	n	20	41	2	63
		%	18,7	20,4	2,0	15,4
	Hayır	n	87	160	98	345
		%	81,3	79,6	98,0	84,6
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2		**18,485***		
		p		**0,000**		
Enfeksiyon	Evet	n	3	13	3	19
		%	2,8	6,5	3,0	4,7
	Hayır	n	104	188	97	389
		%	97,2	93,5	97,0	95,3
	Toplam	n	107	201	100	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ^2		2,930		
		p		0,231		

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Hastada komplikasyon gelişme oranı ile hemşirelerin fazla mesai saatleri arasında anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). Buna göre, 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerden bakım alan hastalarda kompikasyon gelişme oranı en yüksektir. Taburculuk sonrası yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatış süresince enfeksiyon değişkenleri açısından hemşirelerin fazla mesai saatleri arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.45).

4.9.8. Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemi ve Hastaya Verilen Eğitimin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelik bakım sunum yöntemi ve hastaya eğitim verilip verilmemesinin hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyeti açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.46'da verildi.

Tablo 4.4846: Hemşirelik bakım sunum yöntemi ve hastaya eğitim verilip verilmemesinin hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyeti açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

Gruplar	**Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği**		**Yatış Maliyeti**	
Hemşirelik bakım sunum yöntemleri	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
Hasta paylaşımı	88,8636	10,08674	21239,7077	23104,63465
İş paylaşımı	85,9456	13,12159	11133,1130	12710,23524
t	1,025		2,03	
P	,306		,055	
Hastaya eğitim verilme durumu	$\bar{X}$	**S**	$\bar{X}$	**S**
Evet	87,1176	11,49170	12056,0711	13366,01876
Hayır	79,0000	19,31217	9176,0567	15131,14252
t	**4,264***		1,415	
p	**,000**		,158	

**p<0,05, X̄: Ortalama, S: Standart sapma, ** Fark testi: Bonferroni testi veya Tamhane T2 Testi, t: T Testi (Bağımsız Örneklem)*

Yapılan analiz sonucuna göre, hemşirelik bakım sunum yöntemlerine göre hastaların HBMÖ toplam puan ortalamaları ve ortalama yatış maliyeti açısından anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05). Ancak hastaya eğitim verilip verilmemesi açısından hastaların HBMÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Buna göre, eğitim verilen hastaların HBMÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak hastaya eğitim verilip verilmemesi ile ortalama yatış maliyeti arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.46).

Hasta bakımında kullanılan bakım sunum yöntemleri ve hastaya eğitim verilip verilmemesi hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırıldı ve elde edilen bulgulara Tablo 4.47'de yer verildi.

Tablo 4.4947: Bakım sunum yöntemi ve hastaya eğitim verilip verilmemesinin hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri		Hastaya Eğitim Verilme Durumu		
			Hasta Paylaşımı	İş Paylaşımı	Evet	Hayır	Toplam
Başınç yaralanması	Evet	n	0	12	9	3	12
		%	0,0	3,1	2,5	5,9	2,9
	Hayır	n	22	374	348	48	396
		%	100,0	96,9	97,5	94,1	97,1
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,705		1,766		
		p	0,401		0,186		
Düşme	Evet	n	0	2	2	0	2
		%	0,0	0,5	0,6	0,0	0,5
	Hayır	n	22	384	355	51	406
		%	100,0	99,5	99,4	100,0	99,5
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,115		0,287		
		p	0,735		0,592		
İnfiltrasyon	Evet	n	0	19	15	4	19
		%	0,0	4,9	4,2	7,8	4,7
	Hayır	n	22	367	342	47	389
		%	100,0	95,1	95,8	92,2	95,3
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	1,136		1,333		
		p	0,287		0,248		
Oral mukozit	Evet	n	0	3	3	0	3
		%	0,0	0,8	0,8	0,0	0,7
	Hayır	n	22	383	354	51	405
		%	100,0	99,2	99,2	100,0	99,3
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,172		0,432		
		p	0,678		0,511		

**p<0,05, χ2: Ki-Kare testi*

Yapılan analiz sonucuna göre düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon ve oral mukozit göstergeleri açısından bakım sunum yöntemleri ve hastaya eğitim verilip verilmemesi arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.47).

Hasta bakımında kullanılan bakım sunum yöntemleri ve eğitim verilip verilmemesi taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat, yeniden yatış, komplikasyon ve enfeksiyon oranları ile karşılaştırılarak Tablo 4.48'de sunuldu.

Tablo 4.5048: Bakım sunum yöntemleri ve eğitim verilip verilmemesi durumunun taburculuk sonrası yeniden ameliyat ve yeniden yatış, yatış süresince komplikasyon ve enfeksiyon oranları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular (N=408).

			Hemşirelik Bakım Sunum Yöntemleri		**Hastaya Eğitim Verilme Durumu**		
			Hasta Paylaşımlı	İş Paylaşımlı	Evet	Hayır	
Taburculuk sonrası yeniden ameliyat	Evet	n	3	33	34	2	36
		%	13,6	8,5	9,5	3,9	8,8
	Hayır	n	19	353	323	49	372
		%	86,4	91,5	90,5	96,1	91,2
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,670		1,741		
		p	0,413		0,187		
Taburculuk sonrası yeniden yatış	Evet	n	3	42	43	2	45
		%	13,6	10,9	12,0	3,9	11,0
	Hayır	n	19	344	314	49	363
		%	86,4	89,1	88,0	96,1	89,0
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,161		3,001		
		p	0,688		0,083		
Komplikasyon	Evet	n	2	61	51	12	63
		%	9,1	15,8	14,3	23,5	15,4
	Hayır	n	20	325	306	39	345
		%	90,9	84,2	85,7	76,5	84,6
	Toplam	n	22	386	357	51	408
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,718		2,920		
		p	0,397		0,087		
Enfeksiyon	Evet	n	0	19	18	1	19
		%	0,0	4,9	5,0	2,0	4,7
	Hayır	n	22	367	339	50	389
		%	100,0	95,1	95,0	98,0	95,3
	Toplam	n	22	386	357	51	151
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		χ2	0,172		1,136		
		p	0,678		0,287		

p<0,05, χ2: Ki-Kare testi, İncelenen dönemde ölen hasta olmadığı için diğer hasta sonuçlardan biri olan **ölüm oranına tabloda yer verilmemiştir.*

Yapılan analiz sonucuna göre, taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat ve yeniden yatış, yatış süresince komplikasyon ve enfeksiyon oranları ile bakım sunum yöntemleri ve hastaya eğitim verilip verilmemesi arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.48).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bulguları altı ana başlık altında, literatürdeki konu ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışma sonuçları ile tartışıldı.

5.1. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ve MESLEK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİĞİ ve ALT BOYUT PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliği ve alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Elde edilen bu bulgu, literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerdir (Kazak ve Hintistan, 2023; Terkeş, 2023; Aydın ve Hiçdurmaz, 2019). Bütüncül hemşirelik yeterliğinde en yüksek puanın "etik odaklı uygulama" alt boyutunda olduğu görüldü. Aydın ve Hiçdurmaz'ın (2019) çalışmasında da benzer şekilde, etik odaklı yaklaşım puanı diğer boyutlara göre daha yüksek iken yoğun bakım hemşireleri ile (Kazak ve Hintistan, 2023) ve yeni mezun hemşireler ile (Terkeş, 2023) yapılan çalışmalarda, hemşirelerin yeterlik düzeyinin en yüksek olduğu alan "ekipte hemşirelik bakımı" bulunmuştur. Rezaee ve diğ. (2020), çalışmasında da pandemi döneminde hemşirelerin şefkatli, manevi ve aile merkezli bakım gibi uygulamaları rutin bakımlarına ekledikleri ve bu nedenle COVID-19 bakımına yönelik etik temelli bir model geliştirilmesi gerektiğini önermişlerdir. Bu çalışmanın da pandemi döneminde gerçekleştirilmesinin bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Bütüncüllük hemşirelik yeterliği açısından ekip yaklaşımı ve etik odaklı uygulamalar vurgulanmaktadır.

Araştırma soruları arasında yer almamasına karşın hemşirelerin işgücü özelliklerinden hemşire bütüncül yeterliği, hemşirelik özelliklerine göre karşılaştırılarak incelendi. Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliği ve alt boyut puanları; çalıştıkları hastane, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi (meslek, kurum, birim), çalışma şekli ve iş doyumu açısından karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma süresi ve çalışma şekli açısından bütüncül hemşirelik yeterliği ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi. Bu bulgu, Bakır ve Demir'in (2020) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ancak bu çalışmadan farklı olarak cinsiyet, yaş, kendini mesleki açıdan yeterli hissetme durumu (Terkeş, 2023) ve hemşirenin yaşı, işte çalıştığı süre ile hemşire yeterlik düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğu da belirlenmiştir (Flinkman ve diğ, 2017). Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye göre, "etik odaklı uygulama", "ekipte hemşirelik bakımı" ve "mesleki profesyonel gelişim" puanlarının diğer iki kuruma göre Özel Dal E.A.H.'de daha yüksek olduğu belirlendi. Aydoğan ve Ceyhan (2019),

çalışılan kurumun sağlık personellerinin etik duyarlılıklarını etkilediği belirlemiştir. Bütüncüllük açısından yeterliğinin iyi olduğunu düşünen hemşireler, bütüncül bakıma, ekip yaklaşımına, etik odaklı uygulamada bulunmaya ve mesleki gelişimine önem verir (Terkeş, 2023). Bu çalışmadaki sonucun Özel Dal Hastanesi'nin çalışan sayısının az olması, ekip olarak iç iletişimlerinin iyi olması ve bunun yanı sıra çalışanların tek bir sağlık alanıyla ilgilenmelerinin bu alanda mesleki bilgi ve tecrübelerinin yeterli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin öğrenim düzeyleri açısından lisansüstü mezunu olanların diğer iki gruba göre "personel eğitimi-yönetimi" puanları daha yüksek belirlendi. Öğrenim düzeyinin yüksek olması ile hemşire yeterlik düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Flinkman ve diğ., 2017). Hemşirelerin yüksek eğitim düzeylerine sahip olması mesleki değerlerini olumlu yönde artırmaktadır (Dündar ve diğ., 2019). Bu çalışmada lisans ve üzeri mezun olan hemşire oranının yüksek olmasının bu bulgu üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Çalışma süreleri açısından kurumda ve birimde 16-20 yıldır çalışanların daha az süre çalışanlara göre "personel eğitimi-yönetimi" puanları daha yüksek belirlenirken birimde 16-20 yıldır çalışanların bütüncül hemşirelik yeterliği toplam ve "genel yetenek" puanlarının da daha az süre çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Mesleki deneyimin artmasıyla yetkin aşamaya doğru ilerleyen hemşire, işini daha profesyonel bir bakış açısıyla yapmaya çalışmaktadır (Daştan ve diğ., 2023). İşeri ve Sarıtaş (2023), klinikte 10 yılın üzerinde deneyime sahip hemşirelerin 10 yıldan az deneyime sahip olanlara göre daha profesyonel olduğunu belirlemiştir. Aydoğan ve Ceyhan (2019), meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olanların mesleki açıdan etik duyarlılıklarını yüksek bulmuştur. Daştan ve diğ. (2023), bir yıldan az çalışan hemşirelerin profesyonel değerler algısının daha deneyimlilere göre düşük olduğunu saptamıştır. Çalışma yılının artmasına bağlı olarak hemşirenin mesleki bilgi ve yeteneğinin artması sonucunda bütüncül yeterliklerinin de artması bu sonuçla ilişkilendirilmektedir. Hemşirelerin iş doyumlarına göre işinden çok memnun olan hemşirelerin "personel eğitimi ve yönetimi" ve "mesleki profesyonel gelişim" puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Aydoğan ve Ceyhan (2019), mesleğini kendi isteğiyle seçenlerin mesleki etik duyarlılıklarını yüksek bulmuştur. Karamanoğlu ve diğ. (2009), mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin isteyerek seçmeyenlere göre mesleki profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelikte profesyonellik ve yetkinlik eğitim sürecinde gelişmekte olup, eğitim düzeyinin artmasıyla gelişmektedir (Denat ve Şahbaz, 2022; Karadaş ve diğ., 2018; Taşkıran ve diğ., 2020). Mesleğini isteyerek seçen ve yapan hemşirelerin daha profesyonel olmak için mesleki açıdan bilgi ve becerilerini arttırmaya daha istekli olmalarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. HASTALARIN BİREYSEL, KLİNİK ÖZELLİKLERİNE ve SONUÇLARINA GÖRE HASTA BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYİ ve HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYETİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, hastaların bakım bağımlılık düzeyi ise orta (69,17) düzeyde bulundu. Önceki çalışmalarda da hasta bakım bağımlılığına yönelik benzer (İspir ve diğ., 2024; Durgun ve diğ., 2022; Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2020; Kavuran ve Turkoglu, 2018) ve farklı (Süerdem ve Dikmen, 2023) bulgular elde edilmiştir. Hastaların bireysel ve klinik özelliklerine, hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerine ve diğer hasta sonuçlarına göre hastaların bakım bağımlılık düzeyleri ve hemşirelik bakım memnuniyet puanları karşılaştırıldı. Bu çalışmada, 75 yaş üzeri hastaların bakıma bağımlılıklarının daha fazla olduğu belirlendi. Literatürdeki çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Akay ve diğ., 2024; Gelekçi ve Efil, 2023; Düzgün ve diğ., 2019, Türk ve Üstün, 2018; Korhan ve diğ., 2013). Bu çalışmada, erkek hastaların bakıma bağımlılıklarının daha az olduğu belirlendi. Türk ve Üstün (2018), ise kadınların bakıma bağımlıklarının daha az olduğunu saptamıştır. Bu bulguların aksi yönde cinsiyet ile bakım bağımlılık düzeyleri arasında ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Akay ve diğ., 2024; Düzgün ve diğ., 2019; Kavuran ve Turkoglu, 2018; Korhan ve diğ., 2013). Hastaların öğrenim düzeyleri ile bakım bağımlılık düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak bu çalışmanın aksi yönde öğrenim düzeyi yüksek olanların bakım konusunda daha bağımsız olduklarına dair çalışmalar bulunmaktadır (Akay ve diğ., 2024; Düzgün ve diğ., 2019; Türk ve Üstün, 2018; Kılıç ve diğ., 2017). Öğrenim düzeyi arttıkça, hastaların farkındalıkları ve tedaviye uyumları artar, devamında da bakıma olan bağımlılıkları azalır (Akay ve diğ., 2024).

Hastaların refakatçi bulundurma durumları, yatış sırasında fiziksel sorun varlığı ve ameliyat grupları ile hastanın bakım bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak bu çalışmanın aksine Süerdem ve Dikmen (2023), ameliyat türleri ile hasta bakım bağımlılık düzeylerinin ilişkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmadaki hastaların klinik özelliklerinden dolayı bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir. Şehir Hastanesi'ndeki klinikte yatan hastaların diğer iki hastaneye göre bakıma daha az bağımlı oldukları saptandı. Hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin incelendiği çalışmada, dahiliye kliniklerine göre cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Kilic ve diğ., 2017). Nitekim bu çalışmadan farklı olarak Durgun ve diğ. (2022) çalışmasında, hastaların kliniklerine göre bakım bağımlılık düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Şehir Hastanesi'ndeki hastaların klinik özelliklerinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Hastaneye yatış şekli açısından acil yatış yapan hastaların planlı yatışa göre

bakıma daha bağımlı oldukları saptandı. Acil birimden sevk ile ameliyat olan hastaların başkalarına bağımlılıklarının/bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Akyüz ve Büyükyılmaz, 2024; Gelekçi ve Efil, 2023; Kılıç ve diğ., 2017). Benzer durum hastaların ek hastalığa sahip olma durumları açısından da gözlemlendi. Yatış tanılarının yanında ek hastalıkları olan hastaların bakıma daha fazla bağımlı olduğu saptandı. Daha önce yapılan çalışmalarda da, hastaların eğitim durumu, yattığı klinik, hastaneye geliş şekli ve yatış sebebi ile bakım bağımlılık düzeyi arasında ilişki olduğu (Düzgün ve diğ., 2019; Kılıç ve diğ., 2017), kronik hastalığı olan hastalarda oluşan fiziksel yetersizliğin hastanın ihtiyaçlarını gidermede bağımlı hale gelmesine neden olduğu (Özbudak ve Şahin, 2021) ve kronik hastaların diğerlerine göre bakıma daha bağımlı olduğu belirtilmiştir (Akyüz ve Büyükyılmaz, 2024; Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2020; Düzgün ve diğ., 2019). Gelekçi ve Efil (2023), fazla sayıda kronik hastalığın hastalarda bakım bağımlılık düzeyini arttırdığını bildirmişler. Ameliyat süresi açısından değerlendirildiğinde ise ameliyat süresi 120 dk ve üzerinde olanlara göre 0-60 dk arasında olan hastaların bakıma daha az bağımlı oldukları saptandı. Akyüz ve Büyükyılmaz (2024), büyük cerrahi girişim geçiren (özellikle beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji) yaşlı hastaların, bakım gereksinimlerini karşılamada kendilerini başkalarına daha bağımlı olarak tanımladıklarını belirlemiştir. Hastanın büyük cerrahi girişim geçirmesi ameliyat süresinin artması anlamını taşımaktadır. Hastanede daha kısa süre yatan hastaların (2-7 gün arası) bakıma daha az bağımlı oldukları saptandı. Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023), hastanın bağımlılık düzeyinin ameliyat sonrası hastanede kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir. Bu doğrultuda, elde edilen bulgular önceki araştırma sonuçları ile uyumludur.

Bu çalışmada, hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti genel puanı yüksek (%86,1) saptandı. Literatürde bu çalışma bulguları ile benzer sonuçlar (Arslan ve Gürsoy, 2021; Filiz ve Ateş, 2020; Bahçecioğlu Turan ve diğ., 2021; Karaca ve Durna, 2019) bulunmaktadır. Karakız ve Tosun (2022) ise çalışmasında, hemşirelik bakım memnuniyetini orta düzeyde saptamıştır.

Hastaların bireysel özelliklerinden hastaların cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyleri ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Bahçecioğlu Turan ve diğ. (2021) çalışmasında benzer bulgular saptamıştır. Ancak literatürde erkeklerin (Karakız ve Tosun, 2022) ve kadınların (Akin ve Erdoğan, 2007) hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar bulunmaktadır. Kol ve diğ. (2017) ve Cerit (2016) ise hastaların öğrenim düzeyleri yükseldikçe memnuniyetlerinin düştüğünü, bunun aksine hastaların cinsiyeti, yaşı ve yattıkları kliniklerin bakım memnuniyetlerini etkilemediğini bulmuştur.

Hastaların klinik özelliklerinden hastaların yattıkları hastane ve klinik, yatış şekli, ek hastalığa sahip olma, refakatçi bulundurma durumları, yatışta fiziksel sorun varlığı, yatış gün sayısı, ameliyat türleri ve süresi ile hemşirelik bakım memnuniyet puanı arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Bu çalışma ile benzer şekilde Yıldız ve diğ. (2014), hastaların tedavi gördüğü bölüm özelliklerinin, refakatçisi olma durumunun ve yatış süresinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini etkilemediğini belirlemiştir. Burada hasta refakatçisinin hastanın ihtiyaçlarını düzenli karşılaması hastanın bakımında eksiklik hissi oluşturmaması bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

Hemşirelik duyarlı bakım göstergeler ve diğer hasta sonuçlarına göre hastaların bakım bağımlılığı ve hemşirelik bakım memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, basınç yaralanması gelişen hastaların bakıma daha fazla bağımlı oldukları ve oral mukozit gelişen hastaların hemşirelik bakımından daha az memnun oldukları saptandı. Ateşgöz ve diğ. (2022), hastaların aktivitelerinde tam ya da yarı bağımlı olmasının basınç yaralanması gelişimi riskini arttırdığını saptamıştır. Basınç yaralanmasının, hastanın bakım bağımlılığını arttıracağı beklenmektedir. Bu doğrultuda, bu çalışma bulgusu beklendik bir bulgudur. Fondevilla ve diğ. (2022), oral mukozit gelişen hastaların %73'ünün yapılan iki aylık tedavi sonrasındaki iyileşme düzeylerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Oral mukozit tedavileri ağrıyı azalmakta ve hasta memnuniyetinin yükseltmektedir (Hanna ve diğ., 2024). Bu çalışmada bu sonucu desteklemektedir. Bunun dışında hastaların düşme, infiltrasyon, yeniden ameliyat, enfeksiyon, taburculuk sonrası yeniden ameliyat ve taburculuk sonrası yeniden yatışlarda hastaların bakım bağımlılığı ve hemşirelik bakım memnuniyet puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmadı.

5.3. HASTA ÖZELLİKLERİ ile SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, hastaların özelliklerinden bakım bağımlılık düzeyi ve kalış gün sayısı ile hasta sonuçlarından hemşirelik bakım memnuniyeti puanı, yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasındaki ilişkiler incelendi. Hasta bakım bağımlılık düzeyi ve hemşirelik bakım memnuniyeti puanları arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi. Ancak literatürde hasta bakım bağımlılığının hemşirelik bakım memnuniyeti ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (İspir ve diğ., 2024; Filiz ve Ateş, 2020; Kavuran ve Turkoglu, 2018). Hastaların çoğunluğunun (%85) yanında refakatçisinin olması ve ek hastalık oranlarının düşük (%40) olmasının bu sonuca etki ettiği düşünülmektedir. Bu çalışmada, hasta bakım bağımlılık düzeyi ile kalış gün sayısı ve yatış maliyeti arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon belirlendi. Hastalar

bakıma daha bağımlı hale geldikçe kalış gün sayılarının ve yatış maliyetlerinin arttığı belirlendi. Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023), hastanın bağımlılık düzeyinin ameliyat sonrası hastanede kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu, kalış süresinin cerrahi girişime maruz kalan hastaların bağımlılık düzeyine göre belirlendiğini ve uygun bakım yönetimi için gerekli tüm kaynakların öngörülmesi gerektiğini belirtmiştir. Denis ve diğ. (2023), hastaların fiziksel durumunu gösteren ASA skoru ile hasta kalış gün sayısının maliyeti etkilediğini, kalış süresini bir gün uzatmanın ortalama 865 dolarlık bir maliyet artışına sebep olduğunu bildirmişlerdir. Bakım bağımlılık düzeyi yüksek olan ASA 4 hastalarının diğer hastalardan (ASA 2 veya 3) 3 gün daha uzun kalarak ortalama 10 gün yattıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada, bakım bağımlılık düzeyini arttıran ileri yaş, kronik hastalıklar ve klinik özelliklerin hastanın ASA skorunu da arttırması bu ilişkinin kurulmasını sağlamıştır. Dünyada yaşlı nüfus artmaktadır. Bu durum, bakıma olan bağımlılıkta artış ile birlikte hastane olanaklarının yetersiz kalması ve artan sağlık maliyetleriyle ilişkilidir (Maella-Rius ve diğ., 2024). Bu nedenle, hasta bakım bağımlılık düzeyi ile kalış gün sayısı ve maliyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi önemlidir.

Hasta bakım bağımlılık düzeyi ve hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ile taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış maliyeti arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi. Ancak Falvey ve diğ. (2020), preoperatif günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın yaşlılarda total eklem protezi sonrası 30 gün içinde yeniden yatışlarla ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Middleton ve diğ. (2018), nitelikli bakım tesislerinde taburculuk sırasında fonksiyonel kısıtlamaları olan hastaların, önlenebilir 30 gün içinde yeniden yatış riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelik bakım memnuniyeti açısından bu çalışmadan farklı olarak Boulding ve diğ. (2011), akut kardiyak ve solunum hastalıkları gibi durumlarda hasta memnuniyeti ile 30 günlük tekrar yatış oranları arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ile yatış maliyeti arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon belirlendi. Hastaların yatış maliyeti azaldıkça hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin arttığı belirlendi. Hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ile kalış gün sayısı arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi. Yapılan sistematik derlemede (Dhar ve diğ., 2020), hemşire liderliğindeki bakımın uygun maliyetli olduğu, yüksek düzeyde hasta memnuniyetine neden olduğu ve yara iyileşmesinin artmasına ve ağrı seviyelerinin azalmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Ortopedi servisinde sertifikalı stoma ve yara bakım hemşiresinin post-op yara bakımındaki uygulamalarının hasta kalış gün sayısını azalttığı belirtilmektedir (Sasaki ve diğ., 2024). Hasta deneyiminin ve hemşireliğe duyarlı sonuçların iyileştirilmesi, Kanada'da sağlık sisteminin (Medicare) teşvik

ödeme programlarına dahil edilmiş olup, hemşire istihdam eden kuruluşlar için (hemşirelerin klinik uygulamaları ve liderlik çabaları) bir öncelik unsurudur (Yakusheva ve diğ., 2022). Hastaların aldıkları tedavi ve bakımın doğru ve yeterli olması iyileşme sürelerini hızlandırır, maliyeti azaltır. Bunun sonucunda kalış gün sayısı azalan hastaların memnuniyetlerinin yüksek olması çalışmanın beklenen sonuçları arasındadır.

Hastaların kalış gün sayısı ile yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon belirlendi. Hastaların yatış maliyeti ile taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi. Hastaların kalış gün sayısı arttıkça yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyetinin de arttığı belirlendi. Yapılan çalışmalarda (Türkmen, 2015; Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011), olumlu çalışma ortamının hastaların hastanede yatış sürelerini kısalttığı, taburculuk sonrası hastaneye yeniden yatışı azalttığı ve maliyetleri düşürdüğünü belirlenmiştir.

5.4. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ ZAMANA GÖRE DEĞİŞİME YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelik özelliklerinden fazla mesai saatleri, gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire hasta oranının zamana göre değişimi incelendi. Hemşirelerin fazla mesai saatlerinin en az olduğu dönem (2021-2022) Aralık iken, en fazla olduğu dönem 2021/Temmuz dönemidir. Hemşirelerin fazla mesai saatleri genel ortalaması ise 24,08 olarak belirlendi. Bir klinik için planlanan hemşire sayısı aya göre değişemeyeceği için hemşire sayısının ortalama aylık zorunlu çalışma saatine göre belirlenmesi doğru bir yaklaşım olmaktadır. İzin veya rapor kullanılması durumunda vardiyadaki hemşire sayısının azaltılması veya bazı hemşirelere fazla çalışma saati eklenmesi gerekebilecektir (Şanlı ve Arslan Yürümezoğlu, 2020). Özellikle yaz aylarında izinli olan personelden dolayı nöbet izinlerinin tam kullandırılmaması acil sağlık hizmetlerinde vaka sayısını arttırmakla birlikte psikolojik yönden sağlık çalışanlarının yıpranmasına neden olmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017). Bu sonuçların uzun süreli yıllık izin kullanımlarının yaz aylarında yüksek, kış aylarında düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gündüz ve gece vardiyasında genel hemşire/hasta oranı yüksek (0,89=1/11) bulundu. Yani bir hemşireye yaklaşık 11 hasta düşmektedir. Türkiye'de kamu hastanelerinde yasal olarak cerrahi servisleri için hemşire/hasta oranı 1/5 (Sağlık Bakanlığı, 2013), Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (2002) tüm yataklar için 1/7 olarak belirlenmiştir. McHugh ve diğ. (2021), hemşire ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için uygulamaya koydukları minimum hemşire/hasta oranı politikaları ile başlangıçta hemşire başına ortalama 6,13 hasta iken uygulamadan sonra

hemşire başına 5,96 hastaya düşmektedir. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısının en fazla olduğu dönem 2022/Ocak, Haziran, Temmuz iken, en az olduğu dönem ise 2021/Aralık dönemidir. Uzun süreli yıllık izin kullanımlarının yaz aylarında yüksek, kış aylarında düşük olmasından kaynaklı hemşirelerin birimlerde baktıkları hasta sayısında artma olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda Aralık ayının son 2 haftasında cerrahi girişimlerin geri ödeme kapsamında yıllık kapanışları yapıldığı için cerrahlar acil vakalar dışında ameliyat sayılarını azaltırlar. Buna nedenle Ocak ayında hasta sayısında artış olması bu durum ile açıklanabilir.

Hasta özelliklerinden hasta bakım bağımlılık düzeyi ve hasta kalış gün sayısının zamana göre değişimi incelendiğinde, hasta bakım bağımlılık düzeyinin en yüksek olduğu dönem 2021/Haziran iken en düşük olduğu dönem ise 2022/Haziran dönemi bulundu. Bakım bağımlılığının aynı aylarda ama farklı yıllarda birbirinden farklı olması hastanın klinik özelliklerinden ve aynı zamanda Covid-19 pandemisi sonrası 2021/Temmuz ayı itibariyle normalleşme sürecine geçilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Pandemi döneminde (2021/Haziran) kliniklerin hasta popülasyonunun bakım bağımlılık düzeyi yüksek olan acilden yatan hastaların olması da etkili bir faktör olarak düşünülmektedir.

Hasta kalış gün sayısının en düşük olduğu dönem 2022/Haziran iken, en yüksek olduğu dönem ise 2021/Ağustos dönemidir. Covid-19 pandemisi sonrası ertelenen planlı ameliyatların yapılmaya başlanması, bu hasta grubunun çoğunlukla yaşlı ve ek hastalığa sahip olması hasta bakım bağımlılığını arttıran faktörlerdir. Hasta bakım bağımlılığının artması sonucunda hastaların kalış gün sayıları artmaktadır. Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023) hastanın bağımlılık derecesinin ameliyat sonrası hastanede kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, hasta kalış gün sayısı ise yüksektir (8,77). Türkiye'de yıllara göre hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günleri incelendiğinde, bu oran 4,2 gün (2022), 4,4 gün (2021), 4,5 gün (2020) olarak görülmüştür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022). Bu çalışmadaki oran Türkiye ortalamasının üstünde olmasına karşın Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023) cerrahi kliniklerde ortalama hastanın kalış gün sayısının 10 olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmanın ortopedi kliniklerinde gerçekleştirilmesinin ve hastaların klinik özelliklerine göre farklılıkların olmasının bu sonuca etkilediği düşünülmektedir.

Hasta sonuçlarından hemşirelik bakım memnuniyeti puanı, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarının zamana göre değişimi incelendi. Hemşirelik bakım memnuniyeti puanının en düşük olduğu dönem 2022/Şubat iken en yüksek olduğu dönem ise 2022/Mayıs dönemidir. Zamana göre değişimin farklı dönemlerde birbirlerine yakın olduğu

görüldü. Bu durum, zamanın hemşirelik bakım memnuniyetini etkilemediğini göstermektedir. Önceki çalışmalarda, iş yükünün yüksek (Asghar ve diğ., 2022) ve hemşire/hasta oranı düşük (Winter ve diğ, 2020; Kol ve diğ, 2017) olan hemşirelerden bakım alan hastalarda hemşirelik bakım memnuniyeti daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada hemşirelik bakımından memnuniyetin yüksek olması ve zamana göre değişmemesi standart hasta bakımı prosedürlerinin sağlandığı ve bu durumun hasta sonuçları açısında olumlu bir unsur olduğu söylenebilir.

Hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinden düşme, basınç yaralanması ve oral mukozit görülme oranlarının aylara göre dağılımında anlamlı bir farklılık belirlenmedi. Diğer taraftan infiltrasyon gelişen hastaların neredeyse tamamının 2022/Mart, Nisan, Mayıs döneminde olduğu belirlendi. Liu ve diğ. (2022), cerrahi bölümdeki hastalarda infiltrasyon ve flebit oranlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Hastanede kalış süresi uzayan hastalarda sürekli ilaç infüzyonu ve uzun süreli kateter kullanımı, kan damarlarına mekanik ve kimyasal tahrişe neden olur ve vasküler endotelin fizyolojik direncini azaltır (Liu ve diğ., 2022). Bu çalışmada da hasta kalış gün sayılarının ilkbahar aylarında ortalama kalış gün sayısından fazla olması hastaların ek hastalıklarına, büyük cerrahi girişim geçirmesine bağlı olabileceği ve uzun süre hastanede kalmaya bağlı olarak hastada damar yolu problemlerine neden olduğu düşünülmektedir.

Aylara göre, hastanın yatışı sırasında enfeksiyon görülme oranları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmezken taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatış sırasında komplikasyon görülme oranlarına göre anlamlı farklılık belirlendi. Buna göre taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat olan hastaların büyük bir bölümü Mayıs ve Kasım dönemindedir. 30 gün içinde yeniden yatışın en yüksek olduğu dönem 2021/Nisan-Mayıs-Ekim-Kasım ve 2022/Nisan dönemleridir. Spencer ve diğ. (2022), meteorolojik veya takvim mevsimleri boyunca sonuçları inceledikleri sistematik derlemede, mevsimsel değişime dair özellikle acil cerrahi uygulanan hasta sonuçlarının çoğunlukla kışın daha kötü olduğuna ve yaz aylarında postoperatif cerrahi alan enfeksiyonlarının arttığına dair kanıtlar sunmuşlardır. Aynı zamanda personel değişim zamanlarında daha kötü sonuç riskinin arttığına dair kanıtlar sunmaktadırlar. Konuralp ve diğ. (2002), yaz aylarında ameliyat geçiren hastaların enfeksiyon riskinin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, komplikasyon gelişme oranının en yüksek olduğu dönem 2022/Mart ve Nisan dönemi olup, en çok görülen komplikasyon kanamadır. Ng ve diğ. (2017), total kalça protezi cerrahisinde mevsimsel değişikliklerin 30 günlük komplikasyonlarla ilişkili olmadığını yalnızca kanama riskiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Konuralp ve diğ. (2002), yaz aylarında ameliyat geçiren hastaların enfeksiyon ve kanama riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Zalikha ve diğ. (2022), 2006-2015 yılları

arasında protez ameliyatı olan hastalarda ayların hasta sonuçlarına etkilerini incelendikleri çalışmada, Aralık ayında hastalarda komplikasyon, postoperatif anemi ve genitoüriner komplikasyon oranları daha düşük, ortalama kalış süresinin ise daha kısa olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada zamansal değişimlere göre hasta sonuçlarının hastaların bireysel, klinik özelliklerinden ve yapılan cerrahi işlemlerden kaynaklı farklı zaman aralığında olduğu düşünülmektedir.

5.5. BİRİMLERE GÖRE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİ, HASTA ÖZELLİKLERİ ve SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, birimlere göre hemşirelik özellikleri (işgücü ve diğer özellikler) karşılaştırıldı. Hemşirelik işgücü özellikleri olan hemşirelerin bireysel özellikleri, öğrenim düzeyleri, mesleki çalışma süreleri, çalışma şekilleri, iş doyumları ve bütüncül hemşirelik yeterlik puanlarının birimlerde benzer olduğu belirlendi. Diğer hemşirelik özellikleri olan hemşirelik bakım sunum yönetimi, hastaya verilen eğitim, fazla mesai saatleri ve gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranlarının birimlere göre farklılık gösterdiği belirlendi. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranının en yüksek (hemşire başına düşen hasta sayısının en az-5) olduğu birim Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 iken, en düşük (hemşire başına düşen hasta sayısının en çok-11) olduğu birim ise Şehir Hastanesi'dir. Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 özel servis olması ve bakım sunum yönteminin hasta paylaşımı olması nedeniyle hemşire başına en az hasta düşen birimdir. Şehir Hastanesi'nde ise hemşire sayısı yetersizliğinden oranlar yükselmektedir. Kol ve diğ. (2017), çalışmalarında bir hemşirenin gündüz 5–14 hastaya baktığını, 16–24 ve 24–08 vardiyasında ise bir hemşirenin baktığı hasta sayısının 25'ten fazla olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmadaki oranlar Kol ve diğ. (2017) yaptığı çalışma ile kıyaslandığında zaman içinde hemşirenin bakım verdiği hasta sayısındaki azalma olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Fazla mesai saatlerinin en az (8+16 saat) olduğu birim Özel Dal E.A.H.-Klinik 2 iken en çok (24 saat ile 32 saat ve üzeri) olduğu birim Şehir Hastanesi'dir. Şehir Hastanesi'nde hemşire yetersizliğinin Özel Dal Hastanesinden daha fazla olması, Şehir Hastanesi'ne çoğunlukla yeni mezun hemşirelerin atanması, zorunlu hizmet süresi biten hemşirelerin hem iş yükünden hem de metropol bir şehirde yaşamanın getirdiği maliyetlerden kaynaklı kırsal bölgelere tayin istemesi ve hemşire devir hızının artması ile ilişkilendirilmektedir. Özel Dal E.A.H.-Klinik 2'de hastaların büyük çoğunluğuna eğitim verilirken, Özel Dal E.A.H.-Klinik 1'de bu oran azaldı. Özel Dal Klinik 2'de fazla mesai saatlerinin daha az olması ve hemşire hasta oranının Özel Dal E.A.H.-

Klinik 1'den fazla olması ile ilişkilendirilmiştir. Sadece Özel Dal E.A.H.-Klinik 3'te tüm hastalara hasta paylaşımlı bakım verildiği belirlendi. Bu kliniğin özel klinik olması ve diğer kliniklerin hemşire yetersizliği ve iş yükü gibi nedenlerle iş merkezli yönetilmesi bu sonucu etkilemiş olabilir.

Birimlere göre hasta özelliklerinden bakım bağımlılık düzeyi ve hasta kalış gün sayısı incelendi. Genel olarak birimler arasında bakım bağımlılık düzeyi ve kalış gün sayısı açısından anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Birimlere göre, Şehir Hastanesi'ndeki hastaların bakım bağımlılığı daha düşük iken E.A.H.-Klinik 2' deki hastaların daha yüksektir. Bir diğer hasta özelliği olan hastanede kalış gün sayısının en yüksek olduğu birim E.A.H.-Klinik 1 iken, en düşük olduğu birim Şehir Hastanesi'dir. Şehir Hastanesi'ndeki hastaların daha bağımsız olmaları kalış gün sayılarını azaltmaktadır. Bu durum hasta bakım bağımlılık düzeyi ile kalış gün sayısının ters ilişkisinden kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda hastanedeki hasta yoğunluğunun da bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Asenjo-Alarcón ve Vergara Cieza (2023) hastanın bağımlılık düzeyinin ameliyat sonrası hastanede kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda Şehir Hastanesi'nde bir hemşireye düşen hasta sayısı ve fazla mesai saati çok yüksek olmasına rağmen hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin daha düşük olmasının, bakım bağımlılığını etkileyen klinik ve bireysel faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Birimlere göre hasta sonuçlarından hemşirelik bakım memnuniyet puanı, hemşirelik duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon ve oral mukozit oranı), diğer hasta sonuçları (taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm, yeniden yatış ve yeniden ameliyat oranı, yatış süresince komplikasyon ve enfeksiyon oranı) ve yatış maliyeti karşılaştırıldı. Hemşirelik bakım memnuniyet puanının en yüksek olduğu birim, Özel Dal EAH-Klinik 3 iken, en düşük olduğu birim Özel Dal EAH-Klinik 1'dir. Özel Dal EAH-Klinik 3'ün özel servis olması, bu birimde hasta merkezli bakım verilmesi ve hemşire başına düşen hasta sayısının az olmasının hastaların hemşirelik bakımından memnun olmalarını sağladığı düşünülmektedir. Yeterli istihdam, iş memnuniyeti ve azaltılmış bakım eksikliği dahil olmak üzere olumlu hasta ve hemşire sonuçlarını sağlamak için gereklidir (Cho ve diğ., 2020b). Hasta merkezli bakımda hasta memnuniyeti ve semptomlarda iyileşme ve olumlu sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Eklund ve diğ., 2019). Hasta merkezli bakım yönteminin daha ileri bir yöntemi olan primer hemşireliğin bakım kalitesi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarda olumlu hasta deneyimleri bulunmuştur (Moura ve diğ., 2020; Naef ve diğ., 2019). Bu açılardan değerlendirildiğinde, olumlu çalışma koşulları oluşturularak kaliteli ve etkili bir hizmet verilmesi sağlanabilir.

Birimlere göre düşme ve oral mukozit görülme oranları arasında farklılık saptanmazken infiltrasyon ve basınç yaralanması görülme oranları arasında farklılık saptandı. Buna göre, infiltrasyon ve basınç yaralanması gelişen hastaların büyük bölümü E.A.H. Klinik-1 ve Klinik 2'dedir. Bu birimlerde bütüncül hemşirelik yeterliği ve iş doyumu oranlarının düşük olmasına bağlı olarak infiltrasyon ve basınç yaralanması görülme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Karşılanamayan hemşirelik bakımı bütünsel hemşirelik bakımını olumsuz etkilemektedir (Imam ve diğ., 2023). Daştan ve diğ. (2023), sağlık alanında bilimsel yayınları takip eden, bilimsel toplantılara katılan ve mezuniyet sonrası hemşirelik alanında araştırma yapan hemşirelerin profesyonel değerler algısının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Profesyonelleşme, kişinin işinden profesyonel düzeyde doyum almasını ve hastalara daha yüksek kalitede bakım verilmesini sağlayacaktır (Hao ve diğ., 2020; Shohani ve diğ., 2017). Plaku-Alakbarova ve diğ. (2018), çalışanların iş doyumunda bir puanlık bir artışın, basınç yaralanması insidansında %19'luk bir azalmaya neden olacağını belirlemiştir. Şengül ve diğ. (2019), hemşirelerin kateter uygulaması sırasında bazı basamakları atladıklarını ve komplikasyonlara neden olduklarını belirtmektedir. Hemşirelik duyarlı bakım göstergelerini iyileştirmek için hemşirelerin iş doyumlarının arttırılması ve mesleki yetkinliklerinin arttırılması gerekmektedir.

Birimlere göre taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatış süresince enfeksiyon görülme oranları arasında farklılık bulunmadı. Ancak yatış süresince komplikasyon gelişen hastalar içinde en yüksek oranlar E.A.H.-Klinik 1 ve E.A.H.-Klinik 2'dedir. Bu çalışmada en çok görülen komplikasyon kanamadır. Bu durumun ameliyatın süresi ve büyüklüğü, kullanılan ilaçlar gibi hastanın klinik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca E.A.H.'nde hemoglobin seviyesinin 9 gr/dl'nin altında olması durumunda kan transfüzyonu yapılırken diğer iki hastanede hemoglobin seviyesinin 8 gr/dl'nin altında olması durumunda kan transfüzyonu yapılmıştır. Bu durum da E.A.H.'nde daha fazla kan transfüzyonu yapılmasına neden olmuş ve kanama komplikasyonu olarak görülmüştür. Adams ve diğ. (2020) çalışmalarında, ortopedik cerrahi girişimlerin içinde planlanmamış yeniden ameliyatların çoğunluğunun taburculuk sonrası 30 günün üzerinde gerçekleştiğini ve en yaygın nedenin ise, ilk 30 gün için yara komplikasyonları/enfeksiyon ve 6 ay-1 yıl aralığı için mekanik komplikasyonlar olduğunu saptamışlardır.

Genel olarak yatış maliyetinin birimler arasında anlamlı olarak farklılaştığı görüldü. Birimlere göre hasta yatış maliyetinin en yüksek olduğu birim, Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 iken, en düşük olduğu birim Şehir Hastanesi'dir. Hasta kalış gün sayısının ve bakım bağımlığının en az olduğu birim Şehir Hastanesi'dir. Bu çalışmada hastaların kalış gün sayısı azaldıkça yatış

maliyetinin de azaldığı bulundu. Özel Dal E.A.H.-Klinik 3 hasta kalış gün sayısı açısından en yüksek orana sahip olmamasına rağmen maliyetinin yüksek olmasının bu kliniğin özel servis olması ve yatış maliyetine ekstra özel oda maliyetinin eklenmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Denis ve diğ. (2023), hasta kalış gün sayısının maliyeti etkilediğini, kalış süresini bir gün uzatmanın ortalama 865 dolarlık bir maliyet artışına sebep olduğunu bildirmişlerdir. Bakım bağımlılığı yüksek olan hastaların diğer hastalardan 3 gün daha uzun kalarak ortalama 10 gün yattıklarını belirlemişlerdir. Bakıma olan bağımlılıkta artma birlikte azalan hastane yatakları ve artan sağlık maliyetleriyle ilişkilidir (Maella-Rius ve diğ., 2024). Bu çalışmada genel yatış maliyeti 11.679,41 TL ve taburculuk sonrası ortalama yeniden yatış maliyeti 1.126,82 TL olarak belirlendi. Denis ve diğ. (2023), kalça kırığı olan bir hastanın acil servise gelişinden cerrahi servisten taburcu olmasına kadar olan tedavi maliyeti 13.113 dolar olduğunu, hastaların kalış süresini bir gün uzatmanın ortalama 865 dolarlık bir maliyet artışına sebep olduğunu bildirmişlerdir. 48 saatlik kılavuzlar içinde ameliyat edilmeyen hastaların kalış süresi 5,7 gün artmıştır, bu da maliyette 5000 dolara yakın bir artışı temsil etmektedir. Sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde kaliteli hizmet sunumunun karşılığı olan maliyet verileri, maliyet etkili politika kararlarının yönlendirilmesinde önemli bir unsurdur. Yatış maliyetini azaltmak için nitelikli hemşire kadrosuyla hastanın bakım kalitesinin arttırılmasının ve bunun sonucunda da hasta bakım bağımlılığını azaltmanın gerekli olduğu söylenebilir.

5.6. HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile KARŞILAŞTIRILMASINA ve İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışma kapsamında hemşirelik iş gücü özelliklerinden lisans ve üstü öğrenim düzeyi, bütüncül hemşirelik yeterliği puanı ve iş doyumu oranları; diğer hemşirelik özelliklerinden gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranları, fazla mesai oranları, hastaya verilen eğitim ve hemşirelik bakım sunum yöntemi, hasta sonuçları olarak belirlenen hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanı, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit), diğer hasta sonuçları (taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm, yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresince enfeksiyon, komplikasyon gelişme oranları) ve yatış maliyeti ile karşılaştırıldı. Hemşirelik iş gücü özelliklerinden lisans ve üstü öğrenim düzeyi, bütüncül hemşirelik yeterliği puanı ve iş doyumu oranları; diğer hemşirelik özelliklerinden gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranları ile hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanı ve yatış maliyeti arasındaki ilişki incelendi.

5.6.1. Hemşirelik İşgücü Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Birimlere göre hemşirelik işgücü özellikleri (hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı, bütüncül hemşirelik yeterliği puanı ve iş doyumu oranı), hasta sonuçları [hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanları, ortalama yatış maliyeti, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit) ve diğer hasta sonuçları (taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm, yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresince enfeksiyon, komplikasyon gelişme oranları)] ile karşılaştırıldı. Lisans ve üstü öğrenim düzeyinde hemşire oranının en düşük olduğu birimde hastaların yatış maliyeti daha düşük bulundu. Ancak lisans ve üstü öğrenim düzeyinde hemşire oranı açısından hemşirelik bakım memnuniyeti puanında farklılık belirlenmedi. Literatür kayıtlı hemşirelerin sayısının artırılmasının son derece maliyet etkili olabileceğini ve daha iyi sonuçlarla ilişkilendirilerek net maliyetin azalabileceğini göstermektedir (Griffiths ve diğ., 2023; Kim ve diğ., 2016; McHugh ve diğ., 2021). Özellikle daha deneyimli, daha yüksek öğrenim düzeyine sahip olan ve akut bakım alanlarında çalışan hemşireler (örneğin, yoğun bakım ve acil servis) daha yüksek bilgi düzeyine sahiptirler. Kayıtlı hemşirelerin belirli eğitim düzeylerini tamamladıkları bilinmektedir (Chua ve diğ., 2023). Bu çalışmada hemşirelerin öğrenim düzeylerinin düşük olduğu birimde beklentinin aksi yönde maliyetin düşük olması o birimdeki hastaların kalış gün sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanede daha az kalan hastaların maliyetleri de azalmaktadır. Lisans ve üstü öğrenim düzeyinde hemşire oranının yüksek olduğu birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu. Hemşireliğe duyarlı bakım göstergelerinden düşme ve oral mukozit oranlarında farklılık görülmedi. Nitekim deneyimi çok olan ve yüksek eğitimli hemşirelerden bakım alan hastalarda basınç yaralanması ve düşme oranlarında azalma olduğu belirlenmiştir (Dunton ve diğ., 2007; Stalpers, 2015). Blegen ve diğ., (2013), lisans ve üzeri eğitime sahip hemşirelerin sayısının daha fazla olduğu hastanelerde basınç yaralanması oranlarının daha az olduğunu belirlemiştir. Coto ve diğ. (2020), lisans mezunu veya sertifikalı hemşirelerin yüzdesindeki her bir birimlik artışla, 1000 hasta günü başına toplam hasta düşmelerinde diğer değişkenler sabit tutularak sırasıyla 0,02 ile 0,04 ve 0,01 ile 0,03 miktarında bir azalma saptamıştır. Lisans ve üzeri eğitimin hemşirelerin bilgi, beceri, mesleki yeterliklerini artıracağından bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (Irmak ve Bulut, 2022). Bu çalışmada eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak hemşirelerin basınç yaralanması ve infiltrasyon farkındalıklarının artması, bu olumsuz durumları erken fark etmeleri ve hızlıca bildirim yapmaları bu sonuçlara etken olabilir. Falk ve diğ. (2023), kanıta dayalı

uygulamaları daha az kullanan ve eğitim düzeyi daha düşük olan hemşirelerin, hemşirelik bakımını anlamlı derecede daha fazla karşılayamadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca hastanın bireysel ve klinik özelliklerinin de hemşirelik duyarlı bakım göstergelerini etkilediği düşünülmektedir. Lisans ve üstü öğrenim düzeyinde hemşire oranının en yüksek olduğu birimde yatış süresi boyunca komplikasyon oranı daha yüksek bulundu. Bu çalışmada yüksek görülen komplikasyon kanamadır. Ameliyat sonrası dönemde kan transfüzyonu endikasyonu olarak hemoglobin sınırının birimler arasında farklılaşmasından kaynaklı bu sonucun elde edildiği düşünülmektedir. Lisans ve üstü öğrenim düzeyine göre taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranlarında farklılık saptanmadı. Hastalarda ölüm gerçekleşmediği için ölüm oranı açısından değerlendirilemedi. Bu çalışmanın aksi yönde zaman içinde lisans mezunu hemşirelerin oranlarını artıran hastanelerdeki hastaların ölüm (Lasater ve diğ., 2021b; Kutney-Lee ve diğ., 2013), yeniden yatış (7 veya 30 gün içinde) ve kalış sürelerinin (Lasater ve diğ., 2021b) azaldığını saptamıştır. Hemşire kadrosundaki lisans derecesinde %1 artış hastanede kalış süresinde %0,42 azalmayla sonuçlanmıştır (Cho ve diğ., 2018). Yakusheva ve diğ. (2014), hemşirenin eğitim düzeyinin hastaların hastanede kalış süresi ile anlamlı bir ilişkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin daha yüksek oranda lisans mezunu olduğu ve hasta/hemşire oranlarının daha düşük olduğu hastanelerde, hastaların hastane içi kalp krizi sonrası taburculukta iyi serebral performansla hayatta kalma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Harrison ve diğ., 2019). Aiken ve diğ. (2014), de lisans derecesine sahip hemşire sayısındaki %10'luk bir artışının, ölüm olasılığını %7 azalttığını saptamışlardır. Literatürde, lisans derecesine sahip kayıtlı hemşire oranlarının artmasının daha düşük ölüm oranları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Audet ve diğ., 2018; Liao ve diğ., 2016; Yakusheva ve diğ., 2014; Kane ve diğ., 2007). Bununla birlikte, Yakusheva ve diğ. (2014) ile Cho ve diğ. (2015), çoğunluğunun lisans mezunu olduğu hemşirelik ekibinden bakım alan hastaların taburculuk sonrası yeniden yatışlarında azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma ile benzer şekilde Myers ve diğ. (2018), ameliyat sonrası enfeksiyon ve üriner sistem enfeksiyonu ile hemşire personel değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır.

Birimlerde hemşirelerin bütüncül yeterlikleri açısından; bütüncül hemşirelik yeterliği puanının düşük olduğu birimde, hastanın yatış maliyetinin daha düşük olduğu bulundu. Ancak hastanın hemşirelik bakım memnuniyet puanlarında farklılık belirlenmedi. Rajabpour ve diğ. (2019) ise hastaların bütüncül bakım algıları arttıkça, hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin de arttığın belirtmişlerdir. Bütüncül bir bakım programının uygulanmasının hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerini artıracağını göstermişlerdir. Bu çalışmada hemşirelerin

bütüncül yeterliğinin düşük olduğu birimde beklentinin aksi yönde maliyetin düşük olması o birimdeki hastaların kalış gün sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanın kalış gün sayısının da hastanın bireysel ve klinik özelliklerinden etkilendiği düşünülmektedir. Bütüncül hemşirelik yeterliği puanı düşük olan birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu. Ancak düşme ve oral mukozit oranlarında farklılık belirlenmedi. Şengül ve diğ. (2019), hemşirelerin kateter uygulaması sırasında bazı basamakları atladıkları ve komplikasyonlara neden olduklarını belirtmektedir (Şengül ve diğ., 2019). Kearney ve diğ. (2008) birçok merkezde kemoterapi gören hastalar ile yaptıkları çalışmada, hemşireler yapılandırılmış bir semptom değerlendirmesi yaparak kanıta dayalı bir klinik uygulama protokolünü uygulamışlar ve hastaların oral semptomlarında iyileşme olduğunu belirlemişlerdir. Karşılanamayan hemşirelik bakımında hemşirelerin teknik faaliyetlere öncelik vermeleri ve klinik dışı faaliyetlerin daha fazla karşılanmaması bütünsel hemşirelik bakımını olumsuz etkilemektedir (Imam ve diğ., 2023). Bu çalışmada, bütüncül hemşirelik yeterliğinin düşük olduğu birimler öğrenim düzeylerinin daha düşük olduğu birimlerdir. Daştan ve diğ. (2023), öğrenim düzeyinin artmasının hemşirelerin profesyonel değerleri üzerinde etkili olduğunu bunun yanı sıra sağlık alanında bilimsel yayınları takip eden, bilimsel toplantılara katılan ve mezuniyet sonrası hemşirelik alanında araştırma yapan hemşirelerin profesyonel değerler algısının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu açılardan değerlendirdiğimizde, mesleğinde profesyonel ve yetkin hemşirelerin verdikleri bakım olumlu hasta çıktılarıyla ilişkilendirilmektedir. Bütüncül hemşirelik yeterliği puanının düşük olduğu birimlerde yatış süresi boyunca komplikasyon oranları daha yüksek bulundu. Hastalık yönetimi açısından bütüncül hemşirelik yeterliliği arttıkça hemşirenin bakım rolüne ilişkin tutumları da artar (Kerkez ve Öztürk, 2023). Bu durumun bakımın kalitesini arttıracağını, dolayısıyla da bakıma ilişkin olumsuz durumları da azaltacağı öngörülmektedir. Bu çalışmada en çok görülen komplikasyon kanamadır. Bu durumun ameliyatın süresi ve büyüklüğü, kullanılan ilaçlar gibi hastanın klinik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bütüncül hemşirelik yeterliği puanı ile taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranlarında farklılık belirlenmedi. Hastalarda ölüm gerçekleşmediği için ölüm oranı açısından değerlendirilemedi. Bu çalışmanın aksine Bian ve diğ. (2022), ameliyathanede PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al) ve kanıt temelli uygulamaların kullanıldığı holistik hemşirelik çalışma grubunun kontrol grubuna göre hemşirelik memnuniyetinin daha yüksek; operasyon süresi, trakeal tüp ekstübasyon süresi, postoperatif hastanede kalış süresi ve kalış maliyetinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Twigg ve diğ. (2019), hemşirelik becerileri ile hasta

sonuçlarını inceledikleri sistematik derlemede, becerisi yüksek olan hemşirelerin olumsuz hasta sonuçları ile ters ilişkili olduğuna ve bu sonuçların hasta kalış süreleri, kanamalar; kısıtlama kullanımı; kurtarma başarısızlığı, yaralanma, enfeksiyon (akciğer-kan-idrar yolu), kardiyak arrest ve 30 gün içinde mortalite olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu çalışmadaki yeniden yatış, ameliyat ve ölüm oranlarının hastanın klinik özelliklerinden ve cerrahi işlemlerden etkilendiği düşünülmektedir.

İş doyumu açısından, iş doyumu oranının en yüksek olduğu birimde hastanın yatış maliyeti en düşük seviyededir. Ancak hemşirelik bakım memnuniyeti puanında farklılık belirlenmedi. Literatürde hemşirelerde mesleki bağlılık, iş ortamı, profesyonellik ve yapısal güçlendirme gibi faktörlerin etkilediği iş doyumunun artmasıyla hasta bakım kalitesinin artacağını ve yeterli hemşirelik işgücünün sağlanacağı belirtilmiştir (Sari ve diğ., 2023; Lu ve diğ., 2019). Hemşirelerde karşılanmayan bakımın artması iş doyumunu azaltır ve düşük iş doyumu hemşirelik bakım kalitesini de düşürür (Stemmer ve diğ., 2022; Plevová ve diğ., 2021; Cho ve diğ., 2020a). İş doyumu, hemşirelerin bakım davranışlarını etkiler ve bu da verilen sağlık hizmeti kalitesinin artmasına katkıda bulunur (Rizqana ve diğ., 2023). Hemşireler hastalarına yüksek kaliteli bakım sağlarsa, hemşirelik bakım memnuniyeti artar, kurumun maliyeti azalır ve bu durum finansal katkı da sağlar (Asghar ve diğ., 2022). Bu çalışmada iş doyumu ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında farklılık saptanmaması, hemşire iş doyumu oranlarının genel olarak birimler arasında yakın değerler almasından kaynaklanmaktadır. İş doyumu oranı düşük olan birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu. Ancak düşme ve oral mukozit oranlarında farklılık belirlenmedi. Profesyonelleşme, kişinin işinden profesyonel düzeyde doyum almasını, daha iyi hizmet sağlanmasını ve hastalara daha yüksek kalitede bakım verilmesini sağlayacaktır (Hao ve diğ., 2020; Shohani ve diğ., 2017). Plaku-Alakbarova ve diğ. (2018), çalışanların iş doyumunda bir puanlık bir artışın basınç yaralanması, kilo kaybı ve düşme insidansında %19'luk bir azalmaya neden olacağını belirtmiştir. Aynı zamanda olumlu çalışma ortamı ile hemşire tarafından bildirilen basınç yaralanması, ilaç uygulama hataları, enfeksiyon, düşme ve hasta şikayetleri gibi hasta güvenliği ile ilgili olaylar daha azalır (Cho ve diğ., 2016; Stalpers ve diğ., 2015). Hastalarda hemşirelik duyarlı bakım sonuçlarını iyileştirmek için hem çalışma ortamları iyileştirilerek hem de hemşirelerin yapısal güçlendirmeleri sağlanarak profesyonelliklerinin ve iş doyumlarının arttırılması gerekmektedir. Hemşirelerin iş doyumu oranının yüksek olduğu birimlerde yatış süresi boyunca komplikasyon oranları daha düşük bulundu. Ancak taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresi boyunca enfeksiyon oranlarında farklılık belirlenmedi. Hastalarda ölüm

gerçekleşmediği için ölüm oranı açısından değerlendirilemedi. Labrague ve diğ., (2022) yaptıkları çalışmada, olumlu bir hemşire çalışma ortamının, mesleki iş birliklerini artırdığını ve bunun sonucunda iş doyumunu ve hemşireler tarafından bildirilen bakım kalitesini artırdığını, ayrıca olumsuz olayları azalttığını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu ortam, sağlık ekibinin üyeleri arasında kaliteli iletişim ve koordinasyona olanak tanıyarak bakım hatalarının, hasta güvenliği sorunlarının ve ramak kala olaylarının erken fark edilmesini sağlar (Setiadi ve diğ., 2017; Lee ve Doran, 2017). Olumlu çalışma ortamı ile hastanede kalış süresi, yeniden yatış, düşük kurtarma oranları ve ölüm gibi istemeyen olaylar azalır (Nascimento ve Jesus, 2020; Wei ve diğ., 2018).

5.6.2. Hemşirelik İşgücü Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Hemşirelik iş gücü özelliklerinden lisans ve üstü öğrenim düzeyi, bütüncül hemşirelik yeterliği puanı ve iş doyumu oranları ile hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanı ve yatış maliyeti arasındaki ilişki incelendi. Hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı ile hastaların ortalama yatış maliyeti ile pozitif yönlü korelasyon saptandı. Hemşirelerin öğrenim düzeyi arttıkça hastanın yatış maliyetinin arttığı belirlendi. Ancak literatür kayıtlı hemşirelerin sayısının artırılmasının maliyet etkili olabileceğini ve daha iyi sonuçlarla ilişkilendirilerek net maliyetin azalabileceğini göstermektedir (Griffiths ve diğ., 2023; Kim ve diğ., 2016; McHugh ve diğ., 2021). Hemşirelerin öğrenim düzeyi ile hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Lisans ve üzeri eğitimin hemşirelerin bilgi, beceri, mesleki yeterliklerini artıracağından bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Irmak ve Bulut, 2022). Ancak bu çalışmada, beklendiği gibi anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Hemşirelerin bütüncül yeterlik puanı ile hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Buna karşın, Rajabpour ve diğ. (2019), hastaların bütüncül bakım algıları arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin de arttığını belirtmişlerdir. Bütüncül bir bakım programının uygulanmasının hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerini artıracağını göstermişlerdir. Hemşirelerin bütüncül yeterlik puanı ile hastaların yatış maliyeti arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı. Hemşirelerin bütüncül yeterlikleri arttıkça hastaların yatış maliyetleri de artmaktadır. Hastalık yönetimi açısından bütüncül hemşirelik yeterliliği arttıkça hemşirenin bakım rolüne ilişkin tutumları da artar (Kerkez ve Öztürk, 2023). Bian ve diğ. (2022), ameliyathanede PUKÖ ve kanıt temelli uygulamaların kullanıldığı holistik hemşirelik çalışma grubunun kontrol grubuna göre hemşirelik memnuniyetinin daha yüksek; operasyon süresi, trakeal tüp ekstübasyon süresi, postoperatif

hastanede kalış süresi ve kalış maliyetinin daha düşük olduğunu belirlemiştir. Ancak bu çalışmada, beklendiği gibi negatif bir ilişki belirlenmemesi, hastaların klinik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerin iş doyumu oranı ile hastaların yatış maliyeti arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. Bu durum hemşirelerin iş doyumunun artmasıyla hastaların yatış maliyetinin azaldığını göstermektedir. Ancak hemşirelerin iş doyumu oranı ile hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. İş doyumu, hemşirelerin bakım davranışlarını etkiler ve bu da verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artmasına katkıda bulunur (Rizqana ve diğ., 2023). Literatürde hemşirelerde iş doyumunun artmasıyla hasta bakım kalitesinin artacağı belirtilmiştir (Sari ve diğ., 2023; Lu ve diğ., 2019). Bu çalışmada hemşirelerin iş doyumu ile hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri arasında ilişki bulunmaması, hemşirelerin iş doyumu oranlarının birimlere göre farklılaşmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin öğrenim düzeyi oranı ile bütüncül yeterlik puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü, iş doyumu arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. Bu durum birimlerde öğrenim düzeyi arttıkça hemşirelerin bütüncül yeterliklerinin arttığını, ancak iş doyumlarının azaldığını göstermektedir. Öğrenim düzeyi ile hemşirelerin bütüncül yeterliklerinin incelendiği çalışmalarda, mesleki profesyonellik veya yeterlik düzeyinin belirlenmesinde sadece öğrenim düzeyinin yeterli olmadığı, farklı değişkenler ile birlikte dikkate alınması gerektiği (Terkeş, 2023; Flinkman ve diğ., 2017; Karadaş, 2018) ifade edilmektedir. Bu çalışmada, daha eğitimli hemşirelerin iş doyumunun daha düşük olmasında, bu çalışmada incelenmeyen çalışma ortamı özellikleri, iş yükü fazlalığı ve düşük ücret gibi faktörlerin etkili olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin bütüncül yeterlik puanları ile iş doyumu oranı arasında anlamlı ve negatif korelasyon saptandı. Bu çalışmada, beklenenin aksine hemşirelerin bütüncül yeterlikleri arttıkça iş doyumları azalmaktadır. Bakır ve Demir (2020), mesleğini seven hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliklerinin mesleğini sevmeyenlere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bütüncül hemşirelik, hemşirelik bakımının kalitesini artırdığı ve hemşirelerin memnuniyet düzeylerini iyileştirdiği için hemşirelik bakımının önemli bir unsurudur. Bütüncül bir yaklaşım izlemenin hemşireler üzerinde olumlu etkileri gözlenmiştir (Aydın ve Hiçdurmaz, 2019).

5.6.3. Diğer Hemşirelik Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Birimlere göre diğer hemşirelik özellikleri (gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranları, fazla mesai oranları, hastaya verilen eğitim ve hemşirelik bakım sunum yöntemi), hasta

sonuçları [hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanları, ortalama yatış maliyeti, hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri (düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit) ve diğer hasta sonuçları (taburculuk sonrası 30 gün içinde ölüm, yeniden yatış, yeniden ameliyat oranları ve yatış süresince enfeksiyon, komplikasyon gelişme oranları)] ile karşılaştırıldı. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire başına en az hasta (4-6) düşen üçüncü grupta yatış maliyeti daha yüksek belirlendi. Ancak hemşirelik bakım memnuniyet puanlarında farklılık belirlenmedi. Çalışmalar, uygun hemşire istihdam düzeylerinin, artan hasta memnuniyeti ve azalan hastane kalışları gibi olumlu hasta sonuçlarıyla ilişkilendirilebileceğini (Martsolf ve diğ., 2014; Yu ve diğ., 2014; Zhu ve diğ., 2012) ve bunun sonucunda hasta bakım maliyetlerindeki azalmayı göstermektedir (Martsolf ve diğ., 2014). Ancak Goh ve diğ. (2018), hemşire istihdamı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkide hasta memnuniyeti ile hemşirelik iş yükü arasında zayıf ilişki bulmuştur. Yeterli istihdam, iş doyumu ve azaltılmış bakım eksikliği de dahil olmak üzere olumlu hasta ve hemşire sonuçlarını sağlamak için gereklidir (Cho ve diğ., 2020b). Yüksek kaliteli bakım, olumlu hasta sonuçları için yeterli düzeyde hemşire/hasta oranının yanı sıra maliyetleri etkin bir şekilde yönetmek için gereklidir. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranları ile düşme, basınç yaralanması ve oral mukozit oranları arasında farklılık saptanmadı. Ancak sadece gündüz vardiyasında hemşire başına ortalama hasta (7-9) düşen ikinci grupta infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu. Önceki çalışmalarda ise, yüksek hemşire istihdam düzeylerinde hemşireliğe duyarlı olumsuz olaylarda azalma gerçekleşmiştir (Martsolf ve diğ., 2014). Wang ve diğ., (2020) düşük hemşire/hasta oranı ile basınç yaralanması oranı ile pozitif olarak ilişkilendirmiştir. Hemşirenin baktığı ilave her bir hastanın basınç yaralanması, ilaç hataları, düşmeye bağlı yaralanmalar ve yeniden hastane yatışlarını artırdığını göstermektedir (Cho ve diğ., 2016; Aiken ve diğ., 2011). Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranları ile yatış süresi boyunca enfeksiyon oranları arasında farklılık saptanmadı. Ancak hem gündüz hem de gece vardiyasında hemşire başına 9 ve altında hasta düşen birimlerde taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat oranı daha yüksek bulundu. Gündüz vardiyasında aynı grupta yatış süresi boyunca komplikasyon oranı ve gece vardiyasında taburculuk sonrası yeniden yatış oranı daha yüksek bulundu. Şenol ve Birgili (2023), hastalarda gelişen olumsuz sonuçların hastanede kalış süresini uzatarak mortalite oranlarını arttırdığını ifade etmişlerdir. Lasater ve diğ., (2021a), cerrahi ve tıbbi birimlerde bir hemşirenin ortalama iş yükündeki her ekstra hasta için 30 günlük mortalite riskini %16 arttığını, kalış gün sayısının bir gün uzatmak için hemşirenin iş yükündeki her ekstra hasta için tüm aralıklarda %5 artış olduğunu bildirmiş olup; eğer hastaneler bir yıllık çalışma süresince 4:1 oranında hemşire istihdam etseydi, 1595'ten fazla ölümün önlenebileceğini

ve toplamda 117 milyon dolar tasarruf edilebileceğini öngörmüşlerdir. Literatür, hemşire sayısı arttıkça hastane mortalitesinin azaldığını göstermektedir (Driscoll ve diğ., 2018; Kane ve diğ., 2007). Hemşire başına düşük hasta sayısı, profesyonel hemşire oranı yüksek bir hemşire ekibi gibi istihdamın iyi olduğu hemşirelik özelliklerinin, hastaların maliyetini ve hastaneye yeniden yatış oranını azalttığı ve yatış süresini kısalttığı belirtilmektedir (Lucero ve diğ., 2010; Gök ve Kocaman, 2011). Çin'de iyileştirilmiş hemşire istihdam düzeyinin diğer hasta sonuçlarla olumlu ilişki içinde bulunmuştur (Zhu ve diğ., 2012). Avustralya'da yasal düzenleme ile iyileştirilen hemşire/hasta oranı devamında, hasta bakım çıktılarının çoğunda iyileşme olduğu ve maliyet etkin bir uygulama olduğu bildirilmektedir (Twigg ve diğ., 2013). Bu çalışmada daha az hasta bakan birimlerde taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat ve yatış (gece vardiyası) oranı ve yatış süresi boyunca komplikasyon oranının daha yüksek bulunması hastanın klinik özelliklerinden ve cerrahi girişimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin fazla mesai saatleri puanı ile hastanın hemşirelik bakım memnuniyet puanı ve yatış maliyeti arasında farklılık saptanmadı. Hastaların bakım ihtiyaçlarına dayalı olarak personel sayıları belirlenmeli ve fazla mesaiyle çalışmalarını azaltmak için hemşire kadrosu iyileştirilmelidir (Cho ve diğ., 2020a). Daha iyi bir hemşire iş gücü düzeyi hastanede kalış süresinin kısalmasını sağlamaktadır (Cho ve diğ., 2018). Kalış süresi azaldıkça maliyet te azalmaktadır. 8+16 saat fazla mesai yapan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda, basınç yaralanması gelişmezken, 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerde bu oran %5, 32 saat ve üzerinde fazla mesai yapan hemşirelerde bu oran %2 olarak bulundu. Düşme, oral mukozit ve infiltrasyon gibi diğer göstergeler açısından farklılık belirlenmedi. 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerden bakım alan hastalarda komplikasyon gelişme oranı en yüksektir. Hemşirelerin yoğun iş yükü altında çalışması hastalarda basınç yaralanması gelişmesini etkiler. Orantısız hemşire iş yükü, bakımın kalitesinin azalmasına ve basınç ülserlerine neden olmaktadır (Al-Dweik ve Ahmad, 2019). Önceki çalışmalarda, hemşirelerin çalışma saatlerinin fazla olmasının, basınç yaralanması, hatalı ilaç uygulamaları, düşme sonucu yaralanmalar ve yeniden hastane yatışları artırdığını göstermektedir (Aiken ve diğ., 2011; Cho ve diğ., 2016). Hemşirelerin fazla mesailerine göre taburculuk sonrası yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatış süresince enfeksiyon oranları açısından farklılık belirlenmedi. Ancak literatürde, bir hemşirenin iş yükünde bir hasta daha az olmasının mortalite, yeniden yatışlar ve hastanede kalış süresinde iyileşmelere yol açtığı belirilmektedir (Rosenberg 2021; McHugh ve diğ. 2021). Hemşirelerin sayısının az, hasta sayısının çok olması ve iş yükü gibi olumsuz hemşire istihdamının nitelikli bakımı olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Gül ve Dinç, 2018). Daha önceki çalışmalarda da hemşire yetersizliği,

fazla mesai, tükenmişlik düzeyi de hemşire bakım kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Nantsupawat ve diğ., 2016; Armstrong-Stassen ve Schlosser, 2010; Cho ve diğ., 2016). Bu çalışmada fazla mesainin artması ile basınç yaralanması oranının artması, hastaların bakım bağımlılık düzeylerinden ayrıca hastalara bakım için ayrılan süreden kaynaklanabilir. Ileri araştırmalarda hastalara bakım için ayrılan sürenin incelenmesi önerilmektedir.

Hemşirelik bakım sunum yöntemlerine göre hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ve yatış maliyeti açısından farklılık belirlenmedi. Bu çalışmanın bulguları literatür tarafından desteklenmemektedir. Hasta merkezli bakımda, hasta memnuniyeti ve semptomlarda iyileşme ve olumlu sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Eklund ve diğ., 2019). Primer hemşireliğin de maliyetler üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır (Butler ve diğ., 2019). Önceki çalışmalardan elde edilen benzer sonuçlar, primer hemşireliğin yeterlik puanı, bakım kalitesi ve maliyetlerinde takım hemşireliğinden daha iyi olduğunu göstermiştir (Fernandez ve diğ., 2012). Primer hemşirelik ile takım hemşireliği arasında bakımdan memnuniyet açısından herhangi bir fark bulunmamıştır (Butler ve diğ., 2019). Arslan ve Gürsoy (2021), hastalarının bakım memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu ve çoğunun hemşirelerin sunduğu bakım ve bilgiyi yeterli bulduğunu düşündükleri belirtmektedir. Hemşirelik bakım sunum yöntemlerinin hemşirelik bakım memnuniyetine ve yatış maliyetine etkileri ileri araştırmalarda yeniden incelenmelidir.

Eğitim verilen hastaların hemşirelik bakımından daha çok memnun oldukları belirlendi. Hasta memnuniyeti, bakımın kalitesi hakkında geri bildirim sağladığı için gerekli ve yararlıdır (Çiftçi ve diğ., 2022). Aygül ve Ulupınar (2012) yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunun hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bularak hemşirelerin ilgisinden memnun kaldıklarını bildirmiştir. Hasta eğitimi, birçok olumlu sonucunun yanı sıra hasta memnuniyetini de arttırır (Wongkietkachorn ve diğ., 2018; Çiftçi ve Avşar, 2022). Hastaların memnuniyetlerini arttırmak için hastalara profesyonel bakım verilerek bakımda bağımsız hale gelmeleri sağlanmalı ve her yönüyle hastaların eğitim ihtiyaçları karşılanmalıdır. Ancak bu çalışmada, hastaya eğitim verilme durumlarına göre hastanın yatış maliyetinde farklılık belirlenmedi. Bu alanda yapılan sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar, hasta eğitiminin çoğunluğunun (~% 80) olumlu ekonomik etkiler ürettiğini göstermekte olup, hasta eğitimi yüksek bir yatırım getirisi sağlamaktadır (Papadakos ve diğ., 2020; Stenberg ve diğ., 2018). Hasta eğitimi, hastaların tıbbi, kişisel ve sosyal maliyetini azaltır (Ulupınar, 2016). Bu çalışma, hastalara verilen eğitimin hasta sonuçlarındaki olumlu etkileri yönünden değerlidir. Hemşirelerin eğitici rolü, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinin yanı sıra hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazanılması

ve rehabilitasyona yönelik faaliyetlerin yürütülmesinde kritik öneme sahiptir (Aştı ve Karadağ, 2018; Yıldırım ve diğ., 2017). Bu nedenle hemşireler, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için hasta odaklı, basit ve çok yönlü eğitim sağlamalıdır (Cutilli, 2020).

Hemşirelik bakım sunum yöntemlerine ve hastaya eğitim verilme durumuna göre düşme, basınç yaralanması, infiltrasyon, oral mukozit oranları ve aynı zamanda taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat ve yeniden yatış, yatış süresince komplikasyon ve enfeksiyon oranlarında farklılık saptanmadı. Hemşirelik kalite göstergeleri bakımın nasıl düzenlendiği ile doğrudan ilgilidir ve bakımın yönetimi hem hemşirelik hem de hasta sonuçlarını iyileştirmektedir (Dufour ve diğ., 2020). Hasta eğitimi de hastaneye yeniden yatışları azaltarak, hastaların yaşam kalitelerini arttırarak iyi klinik sonuçlara da katkıda bulunur (Stenberg ve diğ., 2018). García-Sánchez ve diğ. (2019), bakım sürecindeki engelleri incelediklerinde hastaların bireysel faktörleriyle ilgili sınırlamalar (düşük eğitim seviyesi, ilerlemiş yaş ve patolojik durumlar) ve sağlık sistemiyle ilgili sınırlamalar (Paternalistik-Ataerkil bakım) tanımlamıştır. Ayrıca Dal Molin ve diğ. (2018), primer hemşirelik bakımında idrar ve venöz kateter enfeksiyonlarında belirgin bir azalma gözlemlediklerini bildirmişlerdir. Sonuç olarak bu çalışmada hemşireliğe duyarlı bakım göstergeleri ve diğer hasta sonuçlarını hastaya verilen eğitim ve bakım sunum yöntemi dışında etkileyen diğer faktörlerden (hastanın bireysel ve klinik özellikleri, cerrahi işlemler; hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyinin, bütüncül hemşirelik yeterliklerinin ve iş doyumlarının ortalamanın üzerinde olması) bahsetmek mümkündür.

5.6.4. Diğer Hemşirelik Özelliklerinin Hasta Sonuçları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Diğer hemşirelik özelliklerinden gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranları ile hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puanı ve yatış maliyeti arasındaki ilişki incelendi. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ile hasta yatış maliyeti arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı artıkça yani hemşire başına düşen hasta sayısı azaldıkça hastanın yatış maliyetinin arttığı belirlendi. Avustralya'da yasal düzenleme ile iyileştirilen hemşire/hasta oranı sonucunda, hasta bakım sonuçlarının çoğunda iyileşme olduğu ve maliyet etkili bir uygulama olduğu bildirilmektedir (Twigg ve diğ., 2013). Bu çalışmada hasta yatış maliyetinin yüksek olması, Özel Dal E.A.H.-Klinik 3'ün özel servis olması nedeniyle hemşire başına düşen hasta sayısının az olması ve yatış maliyetine ekstra özel oda maliyetinin eklenmesinden kaynaklanabilir. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Bu bulgunun aksine, Tervo-Heikkinen ve diğ. (2008),

hemşirenin niteliği ve hasta/hemşire oranının hasta memnuniyeti düzeyini etkileyen önemli faktör olarak belirtmiştir. Clark ve diğ. (2007) de yaptıkları çalışmada, hasta memnuniyetini olumsuz etkileyen etmenlerin arasında yetersiz hemşire sayısını belirtmişlerdir. Hastaların yatış maliyeti ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Bu çalışmada ayrıca beklendiği gibi, hastanın yatış maliyetinin artmasıyla hemşirelik bakımından memnuniyetinin azaldığı belirlendi. Önceki çalışmalar, uygun hemşire istihdam düzeylerinin, artan hasta memnuniyeti ve azalan hastane kalışları gibi olumlu hasta sonuçlarıyla ilişkilendirilebileceğini (Martsolf ve diğ., 2014; Yu ve diğ., 2014; Zhu ve diğ., 2012) ve bunun sonucunda hasta bakım maliyetlerindeki azalmayı göstermektedir (Martsolf ve diğ., 2014). Bu çalışmada elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olmaması, temelde Türkiye'nin 1000 kişi başına ortalama 2,8 hemşirenin düşmesi (OECD, 2023), buna karşın hasta memnuniyetinin yüksek olmasından (%66) (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022) kaynaklanıyor olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda sunuldu.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %81,2'sinin kadın, %60,4'ünün 24-34 yaş aralığında, %75,2'sinin lisans mezunu, %74,3'ünün bekar olduğu bulundu. Hemşirelerin çalışma sürelerinin çoğunlukla 1-5 yıl aralığında ve bunların meslekte %71,3; kurumda %76,2; birimde %71,3 olduğu belirlendi. Hemşirelerin %55,6'sının Özel Dal E.A.H.'nde, %25,7'sinin Özel Dal E.A.H.-Klinik 2'de, %77,2'sinin gece-gündüz dönüşümlü çalıştığı ve %62,4'ünün işinden memnun olduğu bulundu.
- Hemşirelerde Bütüncül Hemşirelik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamasının 5,54±0,89 olduğu ve ölçeğin alt boyutları açısından en yüksek ortalamanın 5,78±,95 ile etik odaklı uygulama alt boyutunda, en düşük ortalamanın 5,02±1,24 ile personel eğitimi ve yönetimi alt boyutunda olduğu bulundu.
- Araştırmaya katılan hastaların %55,9'unun erkek, %24,8' inin 45-59 yaş aralığında, %54,7'sinin evli, %31,1'inin ilkokul mezunu olduğu bulundu. Hastaların %51'inin Özel Dal E.A.H.'de, %28,9'unun Özel Dal E.A.H.-Klinik 2'de olduğu, %52'sinin planlı yatış yaptığı, %37,3'ünün ortopedik kırık ameliyatı olduğu bulundu. Hastaların %36,6'sının ameliyat süresinin 61-120 dk arasında olduğu, %64,7'sinin 1-7 gün aralığında hastanede kaldığı, %85'inin refakatçisinin olduğu, %59,8'inin ek hastalığının olmadığı, %87,5'inin eğitim aldığı, eğitim alan hastaların içinde %42,2'sinin hekimden eğitim aldığı ve son olarak %89,1'inin ameliyat öncesinde eğitim aldığı bulundu. Ayrıca hastaların bakım sunumunda %94,4'üne iş paylaşımı yapıldığı, %49,3'ünün 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerden hizmet aldığı bulundu. Gündüz vardiyasında %32,4 ile hemşire/hasta oranının 0,16 (1/6), gece vardiyasında ise %31,6 ile hemşire/hasta oranının 0,10 (1/10) olduğu belirlendi.
- Hastaların bakım bağımlılığı puan ortalamasının 69,17±9,33 ve hemşirelik bakımı memnuniyet puan ortalamasının 86,1±12,98 olduğu bulundu.
- Araştırmaya katılan hastaların %2,9'unda basınç yaralanması, %0,5'inde düşme, %4,7'sinde infiltrasyon, %0,7'sinde oral mukozit, %4,7'sinde enfeksiyon ve %15,4'ünde komplikasyon geliştiği, %18,1'inin yeniden ameliyat olduğu belirlendi. Taburculuk

sonrası 30 gün içinde hastalarda ölümün olmadığı belirlendi. Hastaların %8,8'inin taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat olduğu ve %11'inde taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış yapıldığı belirlendi. Ayrıca hastaların ortalama maliyetinin 11.696,06 TL olduğu, standart sapmanın 13.612,51 TL olarak hesaplandığı bulundu. Hastaların taburculuk sonrası ortalama yeniden yatış maliyetinin 1.126,82 TL olduğu, standart sapmanın 6.797,37 TL olarak hesaplandığı bulundu.

- Bütüncül hemşirelik yeterliğin "etik odaklı uygulama", "ekipte hemşirelik bakımı" ve "mesleki profesyonel gelişim" alt boyutlarında hemşirelerin çalıştıkları hastaneler arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi. "Etik odaklı uygulama", "ekipte hemşirelik bakımı" ve "mesleki profesyonel gelişim" puanları açısından Özel Dal E.A.H.'nin puan düzeyi diğer iki kuruma göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin "personel eğitimi ve yönetimi" puanları açısından ise öğrenim düzeyleri ve kurumda çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık belirlendi. Lisansüstü mezunu olanların ve kurumda 16-20 yıldır çalışanların puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek belirlendi. Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliği "toplam", "genel yetenek" ve "personel eğitimi ve yönetimi" puanları açısından ise birimde çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık belirlendi. Birimde 16-20 yıldır çalışanların bütüncül hemşirelik yeterliği ve "genel yetenek" puanlarının daha az süre çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin iş doyumlarına göre işinden çok memnun olan hemşirelerin "personel eğitimi ve yönetimi" ve "mesleki profesyonel gelişim" puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Araştırmanın 1. sorusu "Hasta özelliklerine göre hasta sonuçları arasında fark var mıdır?" sorusuna yanıt arandı Hastaların bireysel özelliklerine göre, bakım bağımlılığı ve hemşirelik bakım memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırılmasında; erkek hastaların bakıma bağımlılıklarının daha az olduğu, 75 yaş üzeri hastaların bakıma bağımlılıklarının daha fazla olduğu belirlendi. Hastaların klinik özelliklerine göre karşılaştırılmasında; Şehir Hastanesi'ndeki yatan hastaların bakım bağımlılığı diğer iki hastaneye göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Acil yatış yapan, yatış tanılarının yanında ek hastalıkları olan hastaların bakıma daha fazla bağımlı olduğu saptandı. Ameliyat süresi 120 dk ve üzerinde olanlara göre 0-60 dk arasında olan hastaların bakıma daha az bağımlı oldukları saptandı. Hastanede daha kısa süre yatan hastaların (2-7 gün arası) bakıma daha az bağımlı oldukları saptandı. Basınç yaralanması gelişen hastaların bakıma daha fazla bağımlı oldukları ve oral mukozit gelişen hastaların hemşirelik bakımından daha az memnun oldukları saptandı.

- Araştırmanın 2. sorusu “Hasta özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisi var mıdır?” sorusuna yanıt arandı. Hasta özellikleri ile sonuçları arasındaki ilişkide; hasta bakım bağımlılık düzeyi ile kalış gün sayısı ve yatış maliyeti arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi. Hastaların bakıma bağımlılığı arttıkça hastaların kalış gün sayılarının ve yatış maliyetlerinin arttığı belirlendi. Hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ile yatış maliyeti arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon belirlendi. Hastaların kalış gün sayısı ile yatış maliyeti ve taburculuk sonrası yeniden yatış maliyeti arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon belirlendi.
- Araştırmanın 3. sorusu “Zamana göre hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve hasta sonuçları değişmekte midir?” sorusuna yanıt arandı. Hemşire ve hasta özelliklerinin zamana göre değişimi değerlendirildiğinde, hemşirelik özelliklerinden fazla mesai saatleri ortalamasının, gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/ hasta oranının zamana göre birbirlerinden farklı olduğu görüldü. Hasta özelliklerinden ortalama hasta kalış gün sayılarının zamana göre birbirlerinden farklı olduğu görüldü. Hasta sonuçlarından infiltrasyon, taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat, yeniden yatış ve yatışı sırasında komplikasyon görülme oranlarının aylara göre dağılımında anlamlı farklılık belirlendi.
- Araştırmanın 4. sorusu “Birimlere göre hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve hasta sonuçları arasında fark var mıdır?” sorusuna yanıt arandı. Birimlere göre hemşire hemşirelik özellikleri, hasta özellikleri ve sonuçları karşılaştırıldığında; diğer hemşirelik özellikleri olan hemşirelik bakım sunum yönetimi, hastaya verilen eğitim, fazla mesai saatleri ve gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranlarının birimlere göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlendi. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranının en yüksek (hemşire başına düşen hasta sayısının en az-5) olduğu birimin Özel Dal E.A.H.-Klinik 3, en düşük (hemşire başına düşen hasta sayısının en çok-11) olduğu birimin ise Şehir Hastanesi olduğu belirlendi. Fazla mesai saatlerinin az (8+16 saat) olduğu birimin Özel Dal E.A.H.-Klinik 2, çok (24 saat ile 32 saat ve üzeri) olduğu birimin Şehir Hastanesi olduğu belirlendi. Özel Dal E.A.H.-Klinik 2’deki hastaların büyük çoğunluğuna eğitim verildiği, Özel Dal E.A.H.-Klinik 1’de bu oran azaldığı saptandı. Sadece Özel Dal E.A.H.-Klinik 3’te tüm hastalara hasta paylaşımı ile bakım verildiği belirlendi. Birimler arasında bakım bağımlılık düzeyi ve kalış gün sayısı açısından anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Birimlere göre, Şehir Hastanesi’ndeki hastaların bakıma daha az bağımlı olduğu, E.A.H.-

Klinik 2' deki hastaların bakıma daha çok bağımlı olduğu bulundu. Hasta kalış gün sayısının en yüksek olduğu birimin E.A.H. Klinik 1, en düşük olduğu birimin Şehir Hastanesi olduğu belirlendi. Birimlere göre hasta sonuçlarından hemşirelik bakım memnuniyetinin, basınç yaralanması, infiltrasyon, yatış süresince komplikasyon oranlarının ve yatış maliyetinin anlamlı olarak farklılaştığı görüldü. Hemşirelik bakım memnuniyet puanının en yüksek olduğu birimin Özel Dal EAH-Klinik 3, en düşük olduğu birimin Özel Dal EAH-Klinik 1 olduğu belirlendi. İnfiltrasyon ve basınç yaralanması gelişen hastaların büyük bölümünün E.A.H. Klinik-1 ve Klinik 2'de olduğu saptandı. Yatış süresince komplikasyon gelişen hastalar içinde en yüksek oranların E.A.H. Klinik 1 ve Klinik 2'de olduğu belirlendi. Birimlere göre hasta yatış maliyetinin en yüksek olduğu birimin Özel Dal E.A.H. Klinik 3, en düşük olduğu birimin Şehir Hastanesi olduğu saptandı.

- Araştırmanın 5. sorusu "Hemşirelik özelliklerine göre hasta sonuçları arasında fark var mıdır?" sorusuna yanıt arandı. Hemşirelik işgücü özelliklerinin hasta sonuçları ile karşılaştırılmasında; lisans ve üstü öğrenim düzeyinde hemşire oranı açısından hasta yatış maliyeti, basınç yaralanması ve infiltrasyon oranlarında farklılık belirlendi. Lisans ve üstü öğrenim düzeyinde hemşire oranının en düşük olduğu birimde hastaların yatış maliyeti daha düşük bulundu. Lisans ve üstü düzeyinde hemşire oranının yüksek olduğu birimlerde basınç yaralanması ve infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu. Birimlerde hemşirelerin bütüncül yeterlikleri açısından; hasta yatış maliyeti, basınç yaralanması, infiltrasyon ve yatış süresi boyunca komplikasyon oranlarında farklılık belirlendi. Bütüncül hemşirelik yeterliği puanının düşük olduğu birimlerde hastanın yatış maliyetinin daha düşük olduğu, basınç yaralanması, infiltrasyon ve yatış süresi boyunca komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğu bulundu. İş doyumu açısından, hasta yatış maliyeti, basınç yaralanması, infiltrasyon ve yatış süresi boyunca komplikasyon oranlarında farklılık belirlendi. İş doyumu oranının en yüksek olduğu birimde hastanın yatış maliyeti en düşük seviyededir. İş doyumu oranı düşük olan birimlerde basınç yaralanması, infiltrasyon, yatış süresi boyunca komplikasyon oranları daha yüksek bulundu.
- Diğer hemşirelik özellikleri hasta sonuçları ile karşılaştırıldığında; gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranları ile hasta yatış maliyeti ve taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat oranlarında farklılık belirlendi. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire başına en az hasta (4-6) düşen üçüncü grupta yatış maliyeti, hemşire başına 9 ve altında hasta düşen birimlerde taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden ameliyat oranı

daha yüksek bulundu. Gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranları ile infiltrasyon ve yatış süresi boyunca komplikasyon oranlarında, gece vardiyasında taburculuk sonrası yeniden yatış oranlarında farklılık belirlendi. Gündüz vardiyasında hemşire başına ortalama hasta (7-9) düşen ikinci grupta infiltrasyon oranı daha yüksek bulundu. Hemşire başına 9 ve altında hasta düşen birimlerde gündüz vardiyasında yatış süresi boyunca komplikasyon oranı ve gece vardiyasında taburculuk sonrası yeniden yatış oranı daha yüksek bulundu. Fazla mesai saatleri ile basınç yaralanması ve komplikasyon oranları arasında farklılık belirlendi. 8+16 saat fazla mesai yapan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda basınç yaralanması gelişmezken, 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerde bu oran %5, 32 saat ve üzerinde fazla mesai yapan hemşirelerde bu oran %2 olarak bulundu. 24 saat fazla mesai yapan hemşirelerden bakım alan hastalarda komplikasyon gelişme oranı en yüksektir. Hastalara eğitim verilme durumu ile hasta bakım memnuniyeti puanları arasında farklılık belirlendi. Eğitim verilen hastaların hemşirelik bakımından daha çok memnun oldukları belirlendi.

- Araştırmanın 6. sorusu "Hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisi var mıdır?" sorusuna yanıt arandı. Hemşirelik işgücü özellikleri ile hasta sonuçları arasındaki ilişkide; hemşirelerin işgücü özelliklerinden öğrenim düzeyleri, bütüncül yeterlikleri, iş doyumları ile hasta sonuçlarından yatış maliyeti arasında anlamlı korelasyon saptandı. Hemşirelerin lisans ve üstü öğrenim düzeyi oranı ile hastaların ortalama yatış maliyeti ile pozitif yönlü korelasyon saptandı. Hemşirelerin bütüncül yeterlik puanı ile hastaların yatış maliyeti arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı. Hemşirelerin iş doyumu oranı ile hastaların yatış maliyeti arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. Hemşirelerin öğrenim düzeyi oranı ile bütüncül yeterlik puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü, iş doyumu arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. Hemşirelerin bütüncül yeterlik puanları ile iş doyumu oranı arasında anlamlı ve negatif yönlü korelasyon saptandı.
- Diğer hemşirelik özellikleri ile hasta sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde; gündüz ve gece vardiyasındaki hemşire/hasta oranı ile hasta yatış maliyeti arasında anlamlı korelasyon saptandı. Gündüz vardiyasında hemşire/hasta oranı ile gece vardiyasında hemşire/hasta oranı arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Gündüz ve gece vardiyasında hemşire/hasta oranı ile hasta yatış maliyeti arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Hastaların yatış maliyeti ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı.

Araştırma bulguları doğrultusunda şu öneriler sunulabilir:

- Hemşirelik özellikleri olarak tanımlanan hemşirelerin hemşirelik işgücü özelliklerinden öğrenim düzeyi, mesleki deneyimi, hemşirenin bütüncül yeterliği ve iş doyumunun hasta sonuçlarını olumlu etkilediği, bu nedenle hemirelerin mesleki gelişiminin desteklenmesi ve iş doyumunun arttırılması önerilmektedir.
- Hemşirelerin öğrenim düzeyinin arttırılması için lisans eğitiminin arttırılması, hemşirelerin mesleki deneyimlerinin ve yeterliklerinin artırılması için hemşirelere hizmet içi eğitimlerin yapılması, hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre sertifika programlarına katılmalarının sağlanması, hemşirelik alanlarında lisansüstü düzeyde eğitim programlarına katılmaları yönünde teşvik ve olanak sağlanması, yine hemşirelikte bilimsel etkinlik ve çalışmalara katılmalarının sağlanması önerilmektedir.
- Hemşirelerin çalışma şekilleri ve saatleri, hemşire/hasta oranı gibi çalışma ortamında yoğun çalışma temposuna neden olan çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve yeniden düzenlenmesi ve uygun hemşire istihdamının sağlanması önerilmektedir. Hemşire başına düşmesi gereken hasta oranı hesaplanırken hastaların bakıma ne kadar bağımlı olduklarının da dikkate alınması önerilmektedir.
- Hastaya verilen bakım sunum yönteminin hemşire istihdamı doğrultusunda hasta odaklı olması ve hastaya verilen bakımın bütüncül bakış açısıyla yürütülmesi önerilmektedir.
- Kanıt temelli uygulamalar ve güncel bilgiler ışığında hastaya verilen eğitimin sayısının, niteliğinin arttırılması ve bu konuda hemşire yöneticilerin uygulamalarını geliştirmeleri önerilmektedir.
- Gelecek çalışmalarda, verilerin hastane otomasyon sisteminden elde edilmesi, hasta bağımlılık düzeylerinin değişimine göre sonuçların izlenmesi, hastanın klinik özelliklerinin ve bağımlılık düzeylerinin kontrol edilerek hasta sonuçlarına etkilerinin ileri analizler kullanılarak incelenmesi önerilmektedir. Ülkemizde hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçlarıyla ilişkilendirildiği çalışmaların artırılarak farklı örneklemlerde yapılması ve ulusal sağlık politikaları ve karar alıcılar için ülkemize ait bulguların ortaya koyulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abalı Pilas, S., 2023, *Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Oral Mukozit Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 30-31.

Adams, O.E., Cruz, S.A., Balach, T., Dirschl, D.R., Shi, L.L. and Lee, M.J., 2020, Do 30-day reoperation rates adequately measure quality in orthopedic surgery?, *The joint commission journal on quality and patient safety*, 46 (2), 72-80.

Ahmed, M., Arora, S., Tiew, S., Hayden, J., Sevdalis, N., Vincent, C. and Baker, P., 2014, Building a safer foundation: The lessons learnt patient safety training programme, *BMJ quality & safety*, 23, 78-86.

Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kozka M., Lesaffre E., McHugh M.D., Moreno-Casbas M.T., Rafferty A.M., Schwendimann R., Scott A., Tishelman C., van Achterberg T. and Sermeus W., 2014, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The lancet*, 383, 1824–1830

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L. and Neff, D.F., 2011, The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments, *Medical care*, 49 (12), 1047.

Akay, B., Bozkurt, C. and Bulut, H., 2024, The relationship between mental health continuum and care dependency in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A cross- sectional study, *Journal of advanced nursing*, 80(1), 301-311.

Akimova, N.A., Medvedeva, E.N., Andriyanova, E.A., and Chernyshkova, E.V., 2021, Determination of the working conditions of oncology nurses as professional risks: A qualitative study, *International journal of risk & safety in medicine*, 32 (3), 193-207.

Akin, S. and Erdogan, S., 2007, The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients, *Journal of clinical nursing*, 16 (4), 646-653.

Akyüz, E. ve Büyükyılmaz, F., 2024, Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası hemşirelik bakım gereksinimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *İzmir katip çelebi üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi dergisi*, 9 (1), 87-93.

Aldemir, K., Gürkan, A., Yılmaz, F.T. ve Karabey, G., 2018, Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi, *Journal of health and nursing management*, 5 (3), 155-163.

Al-Dweik, G. and Ahmad, M., 2019, Matching nursing assignment to patients' acuity level: the road to nurses' satisfaction, *Journal of nursing measurement*, 27 (1), 34-47.

Altıntaş, F., Gürbüz, H., Erdemli, B., Atilla, B., Ustaoğlu, R.G., Öziç, U., Şavk, Ö., Bayram, H., Memik, R., Akgün, I., Göğüş, A., Pestilci, F., Konal, A., Argün, M., Öztürk, İ., Dabak, N., Bilgen, Ö.F., Serin, E., Önder, Ç., Şimşek, A., Tözün, R. ve Kınık, H., 2008, Majör ortopedik cerrahilerde venöz tromboemboli profilaksisi: çok merkezli, prospektif, gözlem çalışması, *Acta orthop traumatol turc*, 42 (5), 322-327.

Altun, İ., 2008, *Nursing values*. Nursing education challenges ın the 21st century, In: Callara, L.E.(ed.), Chapter 9, Nova Publishers, New York, ISBN: 1-600021-661-7, 243-269.

American Nurse Association., 1996, *Nursing quality indicators: definitions and implications*, American Nurses Publishing, Washington, DC.

American Nurses Association., 1995, *Nursing care report card for acute care*, American Nurses Publishing, Washington, DC.

Armstrong-Stassen, M. and Schlosser, F., 2010, When hospitals provide HR practices tailored to older nurses, will older nurses stay? It may depend on their supervisor, *Human Resource Management Journal,* 20, 375-390.

Arslan, S. ve Gürsoy, A., 2021, Hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri: Cerrahi hastaları örneği, *Ordu üniversitesi hemşirelik çalışmaları dergisi*, 4 (1), 21-28.

Asenjo-Alarcón, J.A. and Vergara Cieza, L.E., 2023, Relationship between degree of dependency and hospitalization time of surgical patients, *Investigacion y educacion en enfermeria*, 41(1), e10.

Asghar, S., Kousar, R., Asif, M. and Pervez, S., 2022, Effect of work load of nurses on patient satisfaction with nursing care: Effect of work load of nurses on patient satisfaction. *NURSEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences), 2*(02), 31–34.

Aştı, T.A. and Karadağ, A., 2018, Fundamentals of nursing science and art, Akademi Publications.

Ateşgöz, F., Köse, G., Seki, Z., Sağlık, S., Kulaksızoğlu, N., Ülgen, N. ve İnci, Ö., 2022, Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki basınç yarası prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi: Nokta prevalans çalışması, *Karya Journal of Health Science*, 3(1), 6-12.

Audet, L.A., Bourgault, P. and Rochefort, C.M., 2018, Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies, *International journal of nursing studies*, 80, 128–146.

Avşar, G., 2006, *Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 45-46.

Aydan, S. ve Arıkan, C., 2021, OECD ülkelerinde hastane yatış süresini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Hacettepe sağlık idaresi dergisi*, 24 (1), 127-138.

Aydın, A. ve Çilingir, D., 2017, Yeniden ameliyat olma, (reoperasyon) ve hemşirelik bakımı, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 14 (3), 218-222.

Aydın, A. and Hiçdurmaz, D., 2019, Holistic nursing competence scale: Turkish translation and psychometric testing, *International nursing review*, 66 (3), 425-433.

Aydin, C.E., Bolton, L.B., Donaldson, N., Brown, D.S., Buffum, M., Elashoff, J.D. and Sandhu, M., 2004, Creating and analyzing a statewide nursing quality measurement database, *Journal of nursing scholarship*, 36 (4), 371-378.

Aydoğan, A. ve Ceyhan, Ö., 2019, Acilde çalışan sağlık personelinin etik duyarlılıkları, *Acıbadem üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, (2), 182-189.

Aygül, S. ve Ulupınar, S., 2012, Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 15 (1), 1-9.

Aylaz, R., Aydoğmuş, N. ve Yayan, E.H., 2017, Hemşirelerin iş doyumu düzeylerinin belirlenmesi, *Annals of health sciences research*, 6 (1), 12-17.

Bacon, C.T. and Mark, B., 2009, Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units, *The journal of nursing administration*, 39 (5), 220.

Bahçecioğlu Turan, G., Özer, Z. and Atan, G., 2021, Nursing care satisfaction and readiness for hospital discharge states of patients hospitalized in ınternal medicine clinics: Descriptive cross-sectional research example, *Turkiye klinikleri journal of nursing sciences*, 13(4).

Bakır, N. ve Demir, C., 2020,"Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliği,"*Cumhuriyet üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü dergisi*, 5 (3), 109-117.

Ball, J.E., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Sermeus, W., Sloane, D.M., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P. and RN4Cast Consortium, 2017, Post- operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross- sectional study, *International journal of nursing studies*, 78, 10–15.

Başer, E. And Mollaoğlu, M., 2019, The effect of a hemodialysis patient education program on fluid control and dietary compliance, *Hemodialysis ınternational*, 23 (3), 392-401.

Bayer, N. ve Parıltı, N., 2016, Kalite belgelendirme sisteminin hasta bakım kalitesi ve hemşirelerin kalite algılayışına olan etkisinin belirlenmesi, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 3 (1), 31-40.

Bıyık, M. ve Türe, A., 2020, Hemşirelikte kalite göstergelerinin kullanımı ve önemi, *The journal of academic social science*, 8, 418-433.

Bian, L., Li, J., Li, W., Hu, X. and Dai, M., 2022, Analysis of the effect of holistic nursing in the operating room based on PDCA and evidence-based nursing in the

otorhinolaryngology operating room: Based on a retrospective case-control study, *Contrast media & molecular imaging, 2022*, 1-9.

Biçer, T. ve Temiz, G., 2021, Öğrenci hemşirelerin intravenöz kateter bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri, *Sakarya üniversitesi holistik sağlık dergisi*, 4 (2), 61-81.

Birkmeyer, J.D., Hamby, L.S., Birkmeyer, C.M., Decker, M.V., Karon, N.M. and Dow, R.W., 2001, Is unplanned return to the operating room a useful quality indicator in general surgery?, *Archives of surgery*, 136 (4), 405-411.

Blegen, M.A., Goode, C.J., Park, S.H., Vaughn, T. and Spetz, J., 2013, Baccalaureate education in nursing and patient outcomes, *The journal of nursing administration*, 43 (2), 89-94.

Boulding, W., Glickman, S., Manary, M., Schulman, K. And Staelin, R., 2011, Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days, *The American journal of managed care*, 17 (1), 41-48.

Bozkaya, D.N. ve Mtin, Z.G., 2023, Tip 2 diyabette semptom durumu, öz yönetim ve bakım bağımlılığı arasındaki ilişkiye genel bakış, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 10 (2), 186-193.

Brooks Carthon, J.M., Lasater, K.B., Sloane, D.M. and Kutney- Lee, A., 2015, The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: A cross- sectional study of US hospitals, *BMJ Quality and safety*, 24, 255–263.

Bujacz, A., Rudman, A., Gustavsson, P., Dahlgren, A. and Tucker, P., 2021, Psychosocial working conditions of shiftworking nurses: A long- term latent transition analysis, *Journal of nursing management*, 29 (8), 2603-2610.

Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., Beaumier, J., Kelly, R. G. and Drennan, J., 2019, Hospital nursestaffing models and patient- and staff-related outcomes, *Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), 1-69.

Candela, M.L., Piredda, M., Marchetti, A., Facchinetti, G., Iacorossi, L., Capuzzo, M.T., Mecugni, D., Rasero, L., Matarese, M. and De Marinis, M.G., 2020, Finding meaning in

life: an exploration on the experiences with dependence on care of patients with advanced cancer and nurses caring for them, *Supportive care in cancer*, 28(9), 4493-4499.

Cerit, B., 2016, Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, *Hacettepe üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik dergisi,* 3 (1), 27-36.

Cho, E., Chin, D.L., Kim, S. and Hong, O., 2016, The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events, *Journal of nursing scholarship*, 48 (1), 74-82.

Cho, E., Park, J., Choi, M., Lee, H.S. and Kim, E.Y., 2018, Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients, *Journal of nursing scholarship*, 50(2), 210-218.

Cho, E., Sloane, D.M., Kim, E.Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I.Y., Lee, H.S. and Aiken, L.H., 2015, Effects of nurse staffing, work environments and education on patient mortality: an observational study, *International journal of nursing studies*, 52 (2), 535-542.

Cho, S.H., Hong, K.J., Yoon, H.J., Chang, S.J., Choi, K., Park, H.J. and Huh, I., 2020a, Estimation of expected nursing hours based on patients' nursing care needs and a comparison with actual nursing hours in comprehensive nursing care wards, *Journal of korean academy of nursing administration*, 26 (4), 365-377.

Cho, S.H., Lee, J.Y., You, S.J., Song, K.J. and Hong, K.J., 2020b, Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes, *International journal of nursing practice*, 26(1), e12803.

Cho, S.H., Mark, B.A., Knafl, G., Chang, H.E. and Yoon, H.J., 2017, Relationships between nurse staffing and patients' experiences and the mediating effects of missed nursing care, *Journal of nursing scholarship*, 49 (3), 347–355.

Chua, W.L., Teh, C.S., Basri, M.A.B A., Ong, S.T., Phang, N.Q.Q. and Goh, E.L., 2023, Nurses' knowledge and confidence in recognizing and managing patients with sepsis: A multi- site cross- sectional study, *Journal of advanced nursing*, *79*(2), 616-629.

Cırık, V.A. ve Efe, E., 2019, Çocuk kliniklerinde primer hemşirelik bakım modelinin önemi, *Tıp ve sağlık bilimleri*, 39-44.

Cirit, O.S., Müderris, T., Mızraklı, A.U., Vurupalmaz, Y. and Barış, A., 2014, Yara kültürlerinden izole edilen aerop bakteriler ve antibiyotik duyarlılıkları, *Türk mikrobiyol cem derg*, 44 (4), 149-57.

Clark, P., Hulse, B. and Polivka, B.J., 2022, Resilience, moral distress, and job satisfaction driving engagement in emergency department nurses: a qualitative analysis, *JONA: The journal of nursing administration*, 52 (2), 112-117.

Clark, P.A., Leddy, K., Drain, M. and Kaldenberg, D., 2007, State nursing shortages and patient satisfaction: more RNs—better patient experiences, *Journal of nursing care quality*, 22 (2), 119-127.

Cocchieri, A., Cesare, M., Anderson, G., Zega, M., Damiani, G.,and D'agostino, F., 2023, Effectiveness of the Primary Nursing Model on nursing documentation accuracy: A quasi-experimental study, *Journal of clinical nursing*, 32, 1251-1261.

Coto, J.A., Wilder, C.R., Wynn, L., Ballard, M.C., Webel, D. and Petkunas, H., 2020, Exploring the relationship between patient falls and levels of nursing education and certification, *JONA: The journal of nursing administration*, 50 (1), 45-51.

Cutilli C.C., 2020, Excellence in patient education: evidence-based education that "sticks" and ımproves patient outcomes, *The nursing clinics of north america*, 55(2), 267–282.

Çakır, C. ve Yıldız, H., 2023, Hemşirelikte bakım modeli geliştirme basamakları. *Sağlık bilimleri dergisi*, 32 (2), 306-315.

Çelik, M., Oğuz, S. ve Yıldırımtürk, Ö., 2023, Kalp yetersizliğinde kanıta dayalı bakım. *Archives of the turkish society of cardiology*, 51 (1), 1-37.

Çelik, Y. ve Kılıç, İ., 2019, Hemşirelerde iş doyumu, mesleki tükenmişlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler, *Kocatepe tıp dergisi*, *20*(4), 230-238.

Çiftçi, B. and Avşar, G., 2022, Ensuring continuity of planned education provided by clinical nurses: Results in patients with chronic heart failure, *The ıranian red crescent medical journal*, 24(1), 958- 963.

Çiftçi, B., Avşar, G. and Sarıalioğlu, A., 2022, A psychometric assessment on patient education: Developing a satisfaction scale. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2237-2245.

Çukurlu, D. ve Atay, S., 2021, "Hemşirelerin periferik venöz katetere bağlı komplikasyonların önlenmesine yönelik kanıt temelli uygulamaları kullanma durumlarının belirlenmesi,*"Sağlık ve hemşirelik yönetim dergisi*, 8 (1), 94-103.

D'Amour, D., Dubois, C.A., Tchouaket, E., Clarke, S. and Blais, R., 2014, The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review, *International journal of nursing studies*, 51 (6), 882-891.

Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M. and Croso, A., 2018, The impact of primary nursing care pattern: Results from a before–after study, *Journal of clinical nursing*, 27 (5-6), 1094-1102.

Daştan, B., Can, A. A., Demirağ, H. ve Hintistan, S., 2023, Hemşirelerin profesyonel değerler algısı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 10 (1), 16-23.

De Quadros, D.V., Wachs, P., de Magalhães, A.M.M., Severo, I.M., Tavares, J.P. and Dal Pai, D., 2023, Daily work variability in falls prevention of hospitalized patients: nursing team's perception. *BMC health services research*, 23 (1), 931.

Denat, Y. ve Şahbaz, M., 2022, Uzaktan eğitim sürecinde hemşirelik öğrencilerinin profesyonellik tutumları ve mesleki yetkinliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 9(2), 190-199.

Denis, A., Montreuil, J., Bouklouch, Y., Reindl, R., Berry, G. K., Harvey, E. J. and Bernstein, M., 2023, Hospital episode-of-care costs for hip fractures: an activity-based costing analysis. *OTA International*, 6(4), 1-6.

Dhar, A., Needham, J., Gibb, M. and Coyne, E., 2020, The outcomes and experience of people receiving community- based nurse- led wound care: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 29 (15-16), 2820-2833.

Dijkstra, A., Buist, G. and Dassen, T., 1996, Nursing- care dependency: development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients, *Scandinavian journal of caring sciences*, 10 (3), 137-143.

Dijkstra, A., Tiesinga, L.J., Plantinga, L. veltman, G. and Dassen, T.W., 2005, Diagnostic accuracy of the care dependency scale, *Journal of advanced nursing*, 50 (4), 410-416.

Dikmen, Y., Yılmaz, D.K., Başaran, H. ve Filiz, N.Y., 2016, Hemşirelerde işgücü verimliliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Çağdaş tıp dergisi*, 6 (4), 334-342.

Doğu, Ö. ve Önen, S., 2021, Basınç ülseri takip ve tedavisinde kullanılan ölçekler. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 24 (3), 199-208.

Donabedian, A., 1988, The quality of care: how can it be assessed?, *Jama*, 260 (12), 1743-1748.

Doran, D., Mildon, B. and Clarke, S., 2011, Toward a national report card in nursing: A knowledge synthesis, *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 24 (2), 38-57.

Driscoll, A., Grant, M.J., Carroll, D., Dalton, S., Deaton, C., Jones, I., Lehwaldt, D., McKee, G., Munyombwe, T. and Astin, F., 2018, The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: A systematic review and meta-analysis, European journal of cardiovascular nursing, 17 (1), 6–22.

Dufour, É., Duhoux, A. and Contandriopoulos, D., 2020, Measurement and validation of primary care nursing indicators based on a wound care tracer condition. *Journal of nursing care quality*, 35(1), 63-69.

Dunton, N., Gajewski, B., Klaus, S., Pierson, B., 2007, The relationship of nursing workforce characteristics to patient outcomes, *Online J ıssues nurs*, 12 (3): 1-11.

Durgun, H., Duman, S. Ve Şahin, K., 2022, Cerrahi ve dahili servislerde yatan hastaların bağımlılık düzeyleri ile hemşirelik bakım algısının incelenmesi, *Journal of Nursology*, 25 (1), 31-35.

Dündar, T., Özsoy, S., Toptaş, B. ve Aksu, H., 2019, Hemşirelikte mesleki değerler ve etkileyen faktörler, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 35 (1), 11-19.

Düzgün, F., Yılmaz, D., Kara, H. ve Durmaz, H., 2019, Bir Üniversite Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi, *Turkiye klinikleri journal of nursing sciences*, 11 (4), 367-73.

Dys, S., Tunalilar, O., Hasworth, S., Winfree, J. and White, D.L., 2022, Person-centered care practices in nursing homes: Staff perceptions and the organizational environment, *Geriatric nursing*, 43, 188-196.

Eilers, J. and Million, R., 2011, Clinical update: Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer, In *Seminars in oncology nursing*, *27* (4), 1-16.

Ekici, D., 2013, *Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi*, Sim Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 77-78.

Eklund, J.H., Holmström, I.K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Höglander, J., Sundler, A.J., Condén, E. and Meranius, M.S., 2019, "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care, *Patient education and counseling*, 102 (1), 3-11.

Elad, S., Cheng, K.K.F., Lalla, R.V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R.M. and Zur, E., 2020, MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy, *Cancer*, 126 (19), 4423-4431.

Erdağı, S. ve Özer, N., 2015, "Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi," *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 18 (2), 94-106.

Erdemir, F., 1998, Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi, *Cumhuriyet üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi*, 2 (1), 59-63.

Erden, Y., 2019, *Oral Mukozitte Konfor Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi,* Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 84-85.

Erdogan, B.C. and Denat, Y., 2016, Peripheral intravenous catheter infiltration and nursing care/Periferik intravenoz kateter komplikasyonlarindan infiltrasyon ve hemsirelik bakimi, *Journal of education and research in nursing*, 13 (2), 157-163.

Eroğlu, E.K., 2011, *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, 2-3.

Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L. and Giovannetti, P., 2005, The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, *Nursing research,* 54 (2), 74-84.

Falk, A.C., Boström, A.M., Nymark, C. and von Vogelsang, A.C., 2023, Missed nursing care in relation to registered nurses' level of education and self‐reported evidence‐based practice, *Worldviews on evidence‐based nursing*, 20(6), 550-558.

Falvey, J., Bade, M., Hogan, C., Forster, J., and Stevens-Lapsley, J., 2020, Preoperative activities of daily living dependency is associated with higher 30-day readmission risk for older adults after total joint arthroplasty, *Clinical orthopaedics & related research*, 478(2), 231-237.

Fernandez, R., Johnson, M., Tran, D.T. and Miranda, C., 2012, Models of care in nursing: A systematic review, *International journal of evidence-based healthcare*, 10(4), 324–337.

Filiz, S. ve Ateş, S., 2020, What are the factors affecting nursing care satisfaction of patients hospitalized in palliative care units? A cross-sectional study. *Journal of traditional and complementary medicine,* 3(3), 285–292.

Fiser, S.M., Tribble, C.G., Kern, J.A., Long, S.M., Kaza, A.K. and Kron, I.L., 2001, Cardiac reoperation in the intensive care unit, *The annals of thoracic surgery*, 71 (6), 1888-1893.

Flinkman, M., Leino‐Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L. and Meretoja, R., 2017, Nurse competence scale: a systematic and psychometric review, *Journal of Advanced Nursing*, 73 (5), 1035-1050.

Fondevilla, A., Serradilla, A., Moreno-Olmedo, E., Matskov, K., Belmonte, M. J., Sáez, A., and López, E., 2022, Radiochemotheraphy-induced oral mucositis: Ectoin solution as a new treatment. *Journal of clinical and experimental dentistry,* 14(5), e433.

Forbes, R., Clasper, B., Ilango, A., Kan, H., Peng, J. and Mandrusiak, A., 2021, Effectiveness of patient education training on health professional student performance: a systematic review, *Patient education and counseling*, 104 (10), 2453-2466.

García-Sánchez, F.J., Martínez-Vizcaíno, V., and Rodríguez-Martín, B., 2019, Patients' and caregivers' conceptualisations of pressure ulcers and the process of decision-making in the context of home care, *International journal of environmental research and public health*, 16 (15), 2719.

Gelekçi, E.Ö. ve Efil S., 2023, Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerde Bakım Bağımlılığı, *Gevher nesibe journal of medical and health sciences*, 8 (4), 926-933.

Ghimire, R., 2023, Post-operatıve care: Nursing intervention recommendation in Vascular surgical patient.

Girgin, N.K. ve Erarı G.K., 2007, Bası yarası bakımı. *Türk yoğun bakım derneği dergisi,* 5 (Özel Sayı), 11-13.

Gliner, M., Dorris, J., Aiyelawo, K., Morris, E., Hurdle-Rabb, D. and Frazier, C., 2022, Patient falls, nurse communication, and nurse hourly rounding in acute care: Linking patient experience and outcomes, *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 28 (2), E467–E470.

Goh, M.L., Ang, E.N., Chan, Y.H., He, H.G. and Vehviläinen-Julkunen, K., 2018, Patient satisfaction is linked to nursing workload in a Singapore hospital, *Clinical nursing research*, 27 (6), 692-713.

Gök, A.U. ve Kocaman, G., 2011, Reasons for leaving nursing: a study among Turkish nurses, *Contemporary Nurse: A Journal for the australian nursing profession*, 39 (1), 65-74.

Griffiths, P., Richardson, A. and Blackwell, R., 2012, Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: systematic scoping review, *European journal of oncology nursing*, 16 (3), 238-246.

Griffiths, P., Saville, C., Ball, J., Dall'Ora, C., Meredith, P., Turner, L. and Jones, J., 2023, Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 147, 104601-104613.

Gupta, P., Rai, R., Basu, S. and Faridi, M.M.A., 2003, Life span of peripheral intravenous cannula in a neonatal intensive care unit of a developing country, *Journal of pediatric nursing*, 18 (4), 287-292.

Gül, Ş. ve Dinç, L., 2018, Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 5, 192-208.

Güner, S.G. ve Ural, N., 2017, Yaşlılarda düşme: Ülkemizde yapılmış tez çalışmaları kapsamında durum saptama, *İzmir katip çelebi üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi dergisi*, 2 (3), 9-15.

Gürlek, Ö. ve Yavuz, M., 2013, Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 16 (1), 8-15.

Haesler, E., 2014, National pressure ulcer advisory panel, european pressure ulcer advisory panel and pan pacific pressure injury alliance, *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*, 14-32.

Hanna, R., Miron, I.C. And Benedicenti, S., 2024, A novel therapeutic approach of 980 nm photobiomodulation delivered with flattop beam profile in management of recurrent aphthous stomatitis in paediatrics and adolescents-A case series with 3-month follow-up, *Journal of clinical medicine*, 13 (7), 2007.

Hao, C., Zhu, L., Zhang, S., Rong, S., Zhang, Y., Ye, J. and Yang, F., 2020, Serial multiple mediation of professional identity, and psychological capital in the relationship between work-related stress and work-related well-being of ICU nurses in China: a cross-sectional questionnaire survey, *Frontiers in psychology*, 11, 535634.

Harrison, J. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Brooks Carthon, J. M., Merchant, R. M., Berg, R. A. and McHugh, M. D. for American Heart Association's Get With the Guidelines–Resuscitation Investigators, 2019), In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest, *Health Affairs*, 38(7), 1087-1094.

Harrop, J.S., Styliaras, J.C., Ooi, Y.C., Radcliff, K.E., Vaccaro, A.R. and Wu, C., 2012, Contributing factors to surgical site infections, *JAAOS-Journal of the american academy of orthopaedic surgeons*, 20(2), 94-101.

Hart, S., Bergquist, S., Gajewski, B. and Dunton, N., 2010, Reliability testing of the National Database of Nursing Quality Indicators pressure ulcer indicator, *Journal of nursing administration*, 40 (10), 16-25.

Hasan, O., Meltzer, D.O., Shaykevich, S.A., Bell, C.M., Kaboli, P.J., Auerbach, A. D., Wetterneck, T.B.,Arora, V.M., Zhang, J. and Schnipper, J.L., 2010, Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model, *Journal of general internal medicine*, 25, 211-219.

He, J., Staggs, V.S., Bergquist-Beringer, S. and Dunton, N., 2016, Nurse staffing and patient outcomes: a longitudinal study on trend and seasonality, *BMC Nursing*, 15 (1), 60-70.

Healy, W.L., Della Valle, C.J., Iorio, R., Berend, K.R., Cushner, F.D., Dalury, D.F., and Lonner, J.H., 2013, Complications of total knee arthroplasty: standardized list and definitions of the Knee Society, *Clinical orthopaedics and related research*, 471 (1), 215-220.

Huber, D., 2000, *Leadership and Nursing Care Management*, 2nd ed., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 574-629.

Hull, R.D., Pineo, G.F., Stein, P.D., Mah, A.F., MacIsaac, S.M., Dahl, O.E., ... Butcher, M., Brant, R.F., Ghali, W.A., Bergqvist, D. and Raskob, G.E., 2001, Extended out-of-hospital low-molecular-weight heparin prophylaxis against deep venous thrombosis in patients after elective hip arthroplasty: a systematic review, *Annals of internal medicine*, 135 (10), 858-869.

Hwang, J.I., Kim, S.W. and Chin, H.J., 2019, Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, teamwork, and safety climate, *Asian nursing research*, 13(2), 130-136.

ICN, 2024, https://www.icn.ch/news/international-nurses-day-2024-theme-announced-our-nurses-our-future-economic-power-care, [Ziyaret tarihi: 25 Mayıs 2024].

İlkaz, N., Acavut, G., Gençbaş, D., Ünal, N. ve Aykan, E.B., 2023, Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen enfeksiyonlar ile ilişkili faktörlerin ve hemşirelik tanılarının belirlenmesi, *Sağlık bilimleri üniversitesi hemşirelik dergisi*, 5 (1), 37-44.

Imam, A., Obiesie, S., Gathara, D., Aluvaala, J., Maina, M. and English, M., 2023, Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review, *Human resources for health*, 21(1), 19-30.

International Labour Organization., 2001, *"What is workplace stress?"*, http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stre ss/whatis.htm, [Ziyaret tarihi: 22 Aralık 2023].

Iorio, R., Della Valle, C.J., Healy, W.L., Berend, K.R., Cushner, F.D., Dalury, D.F. and Lonner, J.H., 2014, Stratification of standardized TKA complications and adverse events: a brief communication, *Clinical orthopaedics and related research*, 472, 194-205.

Irmak, B. ve Bulut, H., 2022, Hemşirelerin "hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergeleri" hakkındaki görüşleri. *Sağlık akademisi kastamonu*, 7 (2), 286-299.

İspir Demir, Ö., Yilmaz, A. and Sönmez, B., 2024, Relationship between care dependency, adverse events, trust in nurses and satisfaction with care: The mediating role of patient-reported missed care, *Journal of advanced nursing*, 00, 1–16.

İşeri, Ö. ve Sarıtaş, H., 2023, Cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ile hasta güvenliği tutumlarının incelenmesi, *Sağlık bilimleri dergisi*, 32 (1), 56-64.

Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. and Keogh, B., 2017, A concept analysis of holistic care by hybrid model, *Indian journal of palliative care*, 23 (1), 71.

Josten, E.J., Ng- A- Tham, J.E. and Thierry, H., 2003, The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing, *Journal of advanced nursing*, 44 (6), 643-652.

Kalisch, B.J., Landstrom, G. and Williams, R.A., 2009, Missed nursing care: errors of omission, *Nursing outlook*, 57 (1), 3-9.

Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S. And Wilt, T.J., 2007, The association of registered nurse staffi ng levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis, *Med care*, 45, 1195-204.

Karaaslan, E. ve Güner, İ., 2024, Hastaların ameliyat sonrasındaki hareket uyumunu eğitim vererek arttırabilir miyiz?, *Bingöl üniversitesi sağlık dergisi*, 5 (1), 125-133.

Karaca, A. and Durna, Z., 2019, Patient satisfaction with the quality of nursing care, *Nursing open*, 6 (2), 535-545.

Karadaş, A., Kaynak, S., Duran, S. ve Ergün, S., 2018, Hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin değerlendirilmesi: Balıkesir örneği, *Balıkesir sağlık bilimleri dergisi,* 7 (3), 74-80.

Karahan, A. ve Kav, S., 2018, Hemşirelikte mesleki yetkinlik, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi,* 5 (2), 160-168.

Karakız, E. ve Tosun, B., 2022, Evaluation of patients' health literacy and nursing care satisfaction levels according to some descriptive characteristics. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 48-56.

Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G. ve Tuğcu, A., 2009,. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, 14 (1), 12-17.

Kardaş Kin, Ö. ve Çelik, A., 2023, Türkiye'de kemoterapi ilişkili oral mukozit yönetimine yönelik girişimsel tipte yürütülen hemşirelik lisansüstü tezlerinin incelenmesi, *Sakarya üniversitesi holistik sağlık dergisi*, 6 (3), 480-495.

Kavuran, E. ve Turkoglu, N., 2018, The relationship between care dependency level and satisfaction with nursing care of neurological patients in Turkey. *International journal of caring sciences*, 11(2), 725-733.

Kaya, M. ve Filiz, M., 2018, Sağlık hizmetlerinde girdilerin çıktılar üzerindeki etkisinin incelenmesi, *Uluslararası Artvin Sempozyumu,* Artvin, 18-20 Ekim, 262.

Kaya, S., Güven, G.S. ve Aydan, S., 2018, Hastanelere yeniden yatış hızlarının değerlendirilmesi: İç hastalıkları servislerinde yapılan bir prospektif kohort çalışması, *Hacettepe sağlık idaresi dergisi*, 21 (1), 127-150.

Kazak, A. ve Hintistan, S., 2023, COVID-19 pandemisinde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik yeterliliklerinin holistik değerlendirilmesi: Tanımlayıcı araştırma, *Gümüşhane üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 12 (4), 2021-2031.

Kearney, N., Miller, M., Maguire, R., Dolan, S., MacDonald, R., McLeod, J., Maher, L., Sinclair, L., Norrie, J. and Wengström, Y., 2008, WISECARE+: Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms, *European journal of oncology nursing*, 12 (5), 443-448.

Kerkez, M. and Öztürk, M.H., 2023, The effect of nurses' holistic competence in chronic disease management on their attitudes toward caregiver roles. *Journal of holistic nursing*, 08980101231217374.

Keskin, G. ve Yıldırım, G.Ö., 2006, Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının incelenmesi, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 22 (1), 119-133.

Kılıç, H.F., Cevheroğlu, S. ve Görgülü, R.S., 2017, Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi, *Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi*, 10 (1), 22-28.

Kıraner, E., Terzi, B., Ekinci, A.U. ve Tunalı, B., 2016, Yoğun bakım ünitemizdeki basınç yarası insidansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi, *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 20 (2), 78-83.

Kıskaç, N. ve Babaoğlu, E., 2022, Hemşirelerin hastaların özbakım gereksinimlerine yönelik uygulanan hemşirelik müdahalelerine bakış açılarının kalitatif olarak incelenmesi, *Haliç üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 5 (2), 49-60.

Kim, S.A. and Cho, S.H., 2024, Trajectories of nursing hours over the course of hospitalization and estimated additional nurse staffing requirements to reduce the length of stay. *Journal of Nursing Scholarship*, 00, 1–11.

Kim, Y., Kim, S.H., Ko, Y., 2016, Effect of nurse staffing variation and hospital resource utilization, *Nursing & health sciences,* 18 (4), 473–480.

Koirala, M., Koirala, M.L., 2015, Contributing factors for perceived satisfaction with nursing care among ın patients in general wards, *Journal of lumbini medical college,* 3 (2), 34-37.

Kol, E., Geçkil, E., Arıkan, C., İlter, M., Özcan, Ö., Şakırgün, E., Dayan, Ü., Uygun, G., Kılıç, D., Macit, M., Uslular, E., Sızlı, A., Çakır, N., Solak, D., Kavgacı, A., Sabancıoğulları, S. ve Atay, S., 2017, Türkiye'de hemşirelik bakım algısının incelenmesi, *ACU sağlık bil derg,* 3, 163-172.

Konuralp, C., Ketenci, B., Ozay, B., Idiz, M., Saskin, H., Tavli, M., Seki, I. and Kanca, A. (2002). Effects of seasonal variations on coronary artery surgery. *The heart surgery forum, 5*(4), 388–392.

Korhan, E.A., Yönt, G.H., Tokem, Y., Karadağ, Ö., Sarıoğlu, E. ve Yıldız, K., 2013, Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 16 (4), 199-204.

Koy, V., Yunibhand, J., Henker, R., Bircher, N., Miner, L., Prak, M. and Deslandes, B., 2023, Nursing workforce characteristics and effect on life expectancy and under- five mortality in the ASEAN, *International nursing review*, 70 (3), 355-362.

Köse, A., 2020, Sağlığın dönüşümünde hemşire insan gücü, *Gümüşhane üniversitesi sağlık bilimleri dergisi,* 9 (3), 300-306.

Köşgeroğlu, N., Acat, M.B. ve Karatepe, Ö., 2005, Kemoterapi hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği, *Anadolu psikiyatri dergisi*, 6 (2), 75-83.

Krauss, M.J., Evanoff, B., Hitcho, E., Ngugi, K.E., Dunagan, W.C., Fischer, I., Birge, S., Johnson, S., Costantinou, E. and Fraser, V.J., 2005, A case-control study of patient, medication and care-related risk factors for inpatient falls, *Journal of general internal medicine*, 20, 116-122.

Kuş, B. ve Büyükyılmaz, F., 2019, Periferik intravenöz kateter uygulamalarında güncel kılavuz önerileri, *Gümüşhane üniversitesi sağlık bilimleri dergisi,* 8 (3), 326-332.

Kutney-Lee, A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Neff, D.F. and Aiken, L.H.,2009, Nursing: A key to patient satisfaction: Patients' reports of satisfaction are higher in hospitals where nurses practice in better work environments or with more favorable patient-to-nurse ratios, *Health affairs*, 28 (3), 669-677.

Kutney- Lee, A., Sloane, D.M. and Aiken, L.H., 2013, An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality, *Health affairs*, 32 (3), 579-586.

Labrague, L.J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R. and Burney, I., 2022, Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of nursing management*, 30(1), 268-278.

Lake, E.T., Germack, H.D. and Viscardi, M.K., 2016, Missed nursing care is linked to patient satisfaction: A cross- sectional study of US hospitals, *British medical journal of quality and safety*, 25, 535–543.

Lasater, K.B., Aiken, L.H., Sloane, D.M., French, R., Anusiewicz, C.V., Martin, B., Reneau, K., Alexander, M. and McHugh, M.D., 2021a, Is hospital nurse staffing legislation in the public's interest?: an observational study in New York State, *Medical care*, 59 (5), 444-450.

Lasater, K.B., Sloane, D.M., McHugh, M.D., Porat- Dahlerbruch, J. and Aiken, L.H., 2021b, Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes, *Research in nursing and health*, 44 (5), 787-795.

Lee, C.T.S. and Doran, D.M., 2017, The role of interpersonal relations in healthcare team communication and patient safety: a proposed model of interpersonal process in teamwork, *Canadian journal of nursing research*, 49 (2), 75-93.

Lee, H., Lee, K. and Lee, S.H., 2023, Association of nursing hours with cognitive function, balance, and dependency level of stroke patients, *Nursing open*, 10(3), 1735-1743.

Liao, L.M., Sun, X.Y., Yu, H. and Li, J.W., 2016, The association of nurse educational preparation and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis, *Nurse education today*, 42, 9–16.

Liu, C., Chen, L., Kong, D., Lyu, F., Luan, L. And Yang, L., 2022, Incidence, risk factors and medical cost of peripheral intravenous catheter-related complications in hospitalised adult patients, *The journal of vascular access*, 23(1), 57–66.

Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G., Benach, J., Angeli-Silva, L., Jaimez, L., and Julià, M., 2021, Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?, *Human resources for health*, 19, 1-11.

Lu, H., Zhao, Y. and While, A., 2019, Job satisfaction among hospital nurses: A literature review, *International journal of nursing studies*, 94, 21-31 .

Lucero, R.J., Lake, E.T. and Aiken, L.H., 2010, Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of clinical nursing*, 19 (15- 16), 2185-2195.

Lykkegaard, K. and Delmar, C., 2013, A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8(1), 20934.

Maella-Rius, N., Torra-Bou, J. E. and Martínez-Rodríguez, L., 2024, Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: a scoping review, *British journal of community nursing*, 29 (3), 8-18.

Martsolf, G.R., Auerbach, D., Benevent, R., Stocks, C., Jiang, H.J., Pearson, M.L., Ehrlich, E. and Gibson, T.B., 2014, Examining the value of ınpatient nurse staffing, *Medical care*, 52 (11), 982–988.

Mathieu JE, 1993, Job perceptions-job satisfaction relations: An empirical comparison of three competing theories, *Organizational behavior and human decision processes*, 56 (1), 370-387.

McHugh, M.D., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Windsor, C., Douglas, C., Yates, P., 2021. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality,

readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals, *The lancet*, 397 (10288), 1905–1913.

Middleton, A., Downer, B., Haas, A., Lin, Y.L., Graham, J.E. and Ottenbacher, K.J., 2018, Functional status is associated with 30-day potentially preventable readmissions following skilled nursing facility discharge among Medicare beneficiaries, *Journal of the american medical directors association*, 19(4), 348-354.

Moura, E.C.C., Lima, M.B., Peres, A.M., Lopez, V., Batista, M.E.M. and Braga, F.D. C.S.A.G., 2020, Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care, *Journal of nursing management*, 28 (8), 2103-2112.

Myers, H., Pugh, J.D. and Twigg, D.E., 2018, Identifying nurse-sensitive indicators for stand-alone high acuity areas: A systematic review, *Collegian*, 25 (4), 447-456.

Naef, R., Ernst, J. and Petry, H., 2019, Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross- sectional descriptive study, *Journal of advanced nursing*, 75 (10), 2133-2143.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S. and Poghosyan, L., 2016, Nurse burnout, nurse- reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals, *Journal of Nursing Scholarship*, 48, 83-90.

Nascimento, A. and Jesus, É., 2020, Nursing work environment and patient outcomes in a hospital context: A scoping review, *JONA: The journal of nursing administration*, 50 (5), 261-266.

Ng, M., Song, S., George, J., Khlopas, A., Sodhi, N., Ng, K., Sultan, A., Piuzzi, N. and Mont, M., 2017, Associations between seasonal variation and post-operative complications after total hip arthroplasty, *Annals of translational medicine*, 5 (3), 33-41 .

Nilsson, J., Johansson, E., Egmar, A.C., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., Nordström, G., Theander, K., Wilde-Larsson, B., Carlsson, M. and Gardulf, A., 2014, Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence-the nurse professional competence (NPC) scale, *Nurse education today*, 34 (4), 574-580.

OECD, 2023, Health at a glance 2023: OECD indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf#page=23.00, [Ziyaret tarihi: 1 Ağustos 2024].

Olgun, S., Demiray, A. ve Khorshıd, L., 2014, Çocuklarda periferik intravenöz kateter uygulamalarında flebit ve infiltrasyon gelişme durumu, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 30 (2), 40-54.

Oner, B., Zengul, F.D., Oner, N., Ivankova, N.V., Karadag, A. and Patrician, P.A., 2021, Nursing- sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017), *Nursing open*, 8 (3), 1005-1022.

Orhan, B., 2017, Basınç yaralarını önleme kılavuzu: Kanıta dayalı uygulamalar, *Arşiv kaynak tarama dergisi*, 26 (4), 427-440.

Ovayolu, N., Bahar, A., 2006, Hemşirelik ve kalite, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 9 (1), 104-110.

Özbudak, E. ve Şahin, A. O., 2021, Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve arasındaki ilişki, *İnönü üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu dergisi*, 9 (1), 307-322.

Özcan Yüce, U., 2013, *Kemoterapi uygulanan kanser hastalarına oral mukoziti önlemeye yönelik verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 120.

Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002, http:// www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854andMevzuatIliski=0andsourceXmlSearch=%C3% B6zel%20hastane, [Ziyaret tarihi: 22 Aralık 2023].

Özkan Tuncay, F. ve Kars Fertelli, T., 2020, Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde bakım bağımlılığı ve ilişkili faktörler, *Kocaeli tıp dergisi*, 9 (1), 32-40.

Özkan, Ş. ve Uydacı, M., 2020, Kamu hastanelerinde iş yüküne dayalı hemşire işgücü gereksiniminin belirlenmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 7 (3), 339-351.

Papadakos, J., Samoil, D., Giannopoulos, E., Jain, P., McBain, S., Mittmann, N., ... & McLeod, R., 2020, The cost of patient education materials development: opportunities to identify value and priorities, *Journal of cancer education*, 37, 834–842.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. and Salgueiro-Oliveira, A., 2021, Work methods for nursing care delivery, *International journal of environmental research and public health*, 18 (4), 2088.

Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., Maria Teresa, P., Jerry, B., Donna, B. and Garretson, B., 2006, Discharge information needs of patients after surgery, *Journal of wound ostomy and continence nursing*, 33 (3), 281-290.

Piredda, M., Bambi, S., Biagioli, V., Marchetti, A., Ianni, A., Lusignani, M., Rasero, L., Matarese, M. and De Marinis, M.G., 2020a, Cross-validation of the care dependency scale in intensive care unit (ICU-CDS), *Intensive and critical care nursing*, 57, 102787.

Piredda, M., Candela, M. L., Mastroianni, C., Marchetti, A., D'Angelo, D., Lusignani, M., De Marinis, M. and Matarese, M., 2020b, "Beyond the boundaries of care dependence": A phenomenological study of the experiences of palliative care nurses, *Cancer nursing*, 43 (4), 331-337.

Piredda, M., Gambalunga, F., Enrico, S.M., Mangado, R., D'Angelo, A.G., Marchetti, A., Mastroianni, C.,Iacorossi, L. and De Marinis, M.G., 2024, Nurses' experiences of caring for nursing care- dependent ICU patients: A qualitative study, *Nursing in critical care*, 1-9.

Piredda, M., Matarese, M., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Hammer, M.J.and De Marinis, M.G., 2015, Adult patients' experiences of nursing care dependence, *Journal of nursing scholarship*, 47 (5), 397-406.

Plaku-Alakbarova, B., Punnett, L., Gore, R.J. and Procare Research Team, 2018, Nursing home employee and resident satisfaction and resident care outcomes, *Safety and health at work*, 9 (4), 408-415.

Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. and Janíková, E., 2021, The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care, *Medycyna Pracy*, 72 (3), 231-237.

Quigley, P.A. and White, S.V., 2013, Hospital-based fall program measurement and improvement in high reliability organizations, *Online Journal of issues in nursing*, 18 (2), 5.

Rajabpour, S., Rayyani, M. and Mangolian Shahrbabaki, P., 2019, The relationship between ıranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care, *BMC nursing*, 18, 1-7.

Rankin, S.H., Stallings, K.D. and London, F., 2005, Patient education in health and illness, Lippincott Williams & Wilkins.

Rezaee, N, Mardani-Hamooleh, M. and Seraji, M., 2020, Nurses' perception of ethical challenges in caring for patients with Covid-19: A qualitative analysis, *Journal of medical ethics and history of medicine*, 13 (23), 1-13.

Rhéaume, A., Clément, L. and Lebel, N., 2011, Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: a repeated cross sectional survey, *International journal of nursing studies*, 48 (4), 490-500.

Rizqana, I., Asniar, A., and Mudatsir, M., 2023, Relationships of job satisfaction and caring behaviors among nurses working in ınpatient wards in ındonesia. *International journal of research and ınnovation in social science*, 7 (5), 580-586.

Rosenberg. K., 2021, Minimum nurse-to-patien ratios ımprove staffing, patient outcomes, *The american journal of nursing*, 121 (9), 57.

Sağlık Bakanlığı, 2013, Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130529-25.htm, [Ziyaret tarihi: 22 Aralık 2023].

Sağlık Bakanlığı, 2022, Sağlık istatistikleri yıllığı, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf, [Ziyaret tarihi: 22 Mayıs 2024].

Sançar, B., Doğan, A. and Aydın, L.Z., 2023, Patient-centered care competence of surgical nurses: a cross-sectional study in Turkey, *Harran üniversitesi tıp fakültesi dergisi*, 20 (2), 346-351.

Santos, A.P.A., Camelo, S.H.H., Santos, F.C.D., Leal, L.A. and Silva, B.R.D., 2016, Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies, *Revista da escola de enfermagem da USP*, 50, 0474-0481.

Sari, R., Putra, K. and Muslihah, N., 2023, The effect of professionalism and structural empowerment on job satisfaction of ınpatient nurse, *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8 (1), 415-420.

Sasaki, H., Nishiobino, T., Tominaga, H., Tokushige, A., Shinohara, N., Nagano, S. and Taniguchi, N., 2024, Benefits of collaboration between the wound, ostomy, and continence nurse and orthopedic surgeon when treating skin defects after soft tissue sarcoma resection: A retrospective case-control study. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 51(2), 107-110.

Savcı, Ü., Taner, A.L.I.Ç., Güreser, A.S. ve Özkan, A.T., 2018, Ortopedik cerrahi sonrası yara enfeksiyonları: mikroorganizmaların dağılımları ve direnç durumları, *Ortadoğu tıp dergisi*, 10 (4), 492-497.

Sayın, Y., Öner Cengiz, H., Ayoğlu, T., 2016, Nursing care satisfaction of surgery patients, *SOJ Nur health care*, 2 (2), 1-8.

Setiadi, A.P., Wibowo, Y., Herawati, F., Irawati, S., Setiawan, E., Presley, B., Zaidi, MA.and Sunderland, B., 2017, Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centres: A focus group study, *Journal of ınterprofessional education & practice*, 8, 69-74.

Shapira, I., Isakov, A., Heller, I., Topilsky, M. and Pines, A., 1999, Long-term follow-up after coronary artery bypass grafting reoperation, *Chest*, 115 (6), 1593-1597.

Shohani, M. and Zamanzadeh, V., 2017, Nurses' attitude towards professionalization and factors influencing it. *Journal of caring sciences*, 6 (4), 345.

Sillner, A.Y., Madrigal, C. and Behrens, L., 2021, Person-centered gerontological nursing: An overview across care settings, *Journal of gerontological nursing*, 47 (2), 7-12.

Sim, J., 2015, *Measuring the quality and safety outcomes of nursing practice*, Doktora Tezi, Wollongong Üniversitesi Hemşirelik Okulu, 1-15.

Sönmez, B., 2020, Sağlık iş gücünün arka planı, *Sağlık sektöründe insan kaynakları yönetimi,* 2, 37-55.

Spencer, E., Berry, M., Martin, P., Rojas-Garcia, A. and Moonesinghe, S.R., 2022, Seasonality in surgical outcome data: a systematic review and narrative synthesis, *British Journal of Anaesthesia*, 128 (2), 321-332.

Stalpers, D., De Brouwer, B.J., Kaljouw, M.J. and Schuurmans, M.J., 2015, Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literatüre, *International journal of nursing studies*, 52 (4), 817-835.

Stemmer, R., Bassi, E., Ezra, S., Harvey, C., Jojo, N., Meyer, G., Özsaban, A., Paterson, C., Shifaza, F., Turner, M. and Bail, K., 2022, A systematic review: Unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention-to-leave and turnover, *Journal of advanced nursing*, 78 (8), 2290-2303.

Stenberg, U., Vågan, A., Flink, M.,Lynggaard, V., Fredriksen, K., Westermann, K.F. and Gallefoss, F., 2018, Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literatüre, *Patient education and counseling*, 101 (6), 1006-1035.

Süerdem, B. and Dikmen, B.T., 2023, Preoperative care dependency and postoperative quality of recovery of the surgical patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37, eAPE01721.

Swiger, P.A., Loan, L.A., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S.T., Miltner, R.S. and Patrician, P.A., 2018, Relationships between army nursing practice environments and patient outcomes, *Research in nursing & health,* 41, 131–144.

Şanlı D. ve Arslan Yürümezoğlu H., 2020, Hemşire çizelgeleme sorununa yönelik uygulama önerileri. *SHYD*, 7(1):142-52.

Şengül, Ü., Selma, A. ve Sevda, E., 2019, Hemşirelerin periferik venöz kateter uygulamasına yönelik beceri durumlarının incelenmesi; gözlemsel bir çalışma, *Ankara sağlık bilimleri dergisi,* 8 (2), 30-38.

Şenol, M.ve Birgili, F., 2023, Bölüm IV, *Bidge Yayınları*.

Şenyuva, E., Kaya, H., and Can, G., 2020, A valid and reliable tool in assessing patient education: the patient education ımplementation scale, *International journal of nursing practice*, 26 (1), e12800.

Takase, M. and Teraoka, S., 2011, "Development of the holistic nursing competence scale, *Nursing and health sciences*," 13 (4), 396-403.

Tambağ, H., Kahraman, Y., Şahpolat, M. ve Can, R., 2015, Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumu üzerine etkisi, *Bakırköy tıp dergisi,* 11 (4), 143–149.

Taşkıran, N., Akyıl, R.Ç., Kahraman, A., Erdem, N. ve Sarıtaş, S.Ç. (2020). Hemşirelik öğrencilerinde mesleki imaj algısının profesyonel tutuma etkisi, *kırşehir ahi evran üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 1 (1), 14-29.

Taşkıran, N., Önder, H.E., Sarı, D. ve Adakaya, S., 2024, Hemşirelerin periferik intravenöz kateter uygulamasına ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulamaları, *İzmir katip çelebi üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi dergisi*, 9 (1), 31-39.

Tepetaş, M., Arslantaş, D. Ve Ünsal, A., 2020, Türkiye'de 2009-2019 yılları arasındaki ölüm nedenlerinin tüik verilerine göre incelenmesi, *Osmangazi tıp dergisi*, 44 (2), 258-267.

Terkeş, N., 2023, Yeni mezun hemşirelerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetme durumları, *Sağlık akademisi kastamonu,* 8 (2), 314-324.

Tervo-Heikkinen, T., Kvist, T., Partanen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. and Aalto, P., 2008, Patient satisfaction as a positive nursing outcome, *Journal of nursing care quality*, 23 (1), 58-65.

Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S. ve Boys, R. J., 1996, Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in health care*, 5, 67-72.

Torrente, G. and Barbosa, S.F.F., 2021, Questionnaire for assessing patient safety culture in emergency services: an integrative review, *Revista brasileira de enfermagem*, 74(2), e20190693.

Tosun, Z.K. ve Bölüktaş, R.P., 2015, Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda bası yarası prevalansı ve etkileyen faktörler, *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 19 (2), 43-53.

Türk, G. ve Üstün, R., 2018, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi, *Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi*, 11 (1), 19-25.

Türkmen, E., 2015, "Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılara etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama," *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 2 (3), 69-80.

Twigg, D.E., Geelhoed, E.A., Bremner, A.P. and M. Duffield, C., 2013, The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting, *Journal of advanced nursing*, 69 (10), 2253-2261.

Twigg, D.E., Kutzer, Y., Jacob, E. and Seaman, K., 2019, A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing- sensitive patient outcomes in the acute care setting, *Journal of advanced nursing*, 75 (12), 3404-3423.

Ulupınar, S., 2016, Bakımda hasta eğitiminin önemi, *Sağlıkla dergisi,* 37-39.

Ulusal damar erişimi yönetimi rehberi, 2019, *Hastane infeksiyonları dergisi 2019*, 23 (1), 1-54.

Wang, L., Lu, H., Dong, X., Huang, X., Li, B., Wan, Q. And Shang, S., 2020, The effect of nurse staffing on patient-safety outcomes: A cross-sectional survey, *Journal of nursing management*, 28 (7), 1758–1766.

Wang, S., Liu, K., Tang, S., Wang, G., Qi, Y. and Chen, Q., 2024, Barriers and facilitators to patient education provided by nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of clinical nursing*, 00, 1–11.

Webster, J., Lloyd, S., Hopkins, T., Osborne, S. and Yaxley, M., 2007, Developing a research base for ıntravenous peripheral cannula re-sites (DRIP trial). A randomised controlled trial of hospital in-patients, *International journal of nursing studies*, 44 (5), 664-671.

Wei, H., Sewell, K.A., Woody, G. and Rose, M.A., 2018, The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review, *International journal of nursing sciences*, 5 (3), 287–300.

Whitehead, S.J. and Ali, S., 2010, Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities, *British medical bulletin*, 96 (1), 5-21.

WHO, 2008, World alliance for patient safety, *Forward programme, 2009*, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, [Ziyaret tarihi: 1 Haziran 2024].

WHO, 2014, Civil registration: Why counting births and deaths is important: World Health Organization, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/civil-registration-why-counting-births-and-deaths-is-important, [Ziyaret tarihi: 23 Aralık 2023].

Winter, V., Schreyögg, J. and Thiel, A., 2020, Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction, *Health Policy*, 124 (4), 380-388.

Wongkietkachorn, A., Wongkietkachorn, N. and Rhunsiri, P., 2018, Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: A randomized controlled trial, *World journal of surgery*, 42 (3), 666–674.

Yakusheva, O., Lindrooth, R. and Weiss, M., 2014, Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: A patient-level analysis, *Medical care*, 52 (10), 864-869.

Yakusheva, O., Rambur, B., O'Reilly-Jacob, M. and Buerhaus, P.I., 2022, Value-based payment promotes better patient care, incentivizes health care delivery organizations to improve outcomes and lower costs, and can empower nurses, *Nursing outlook*, 70 (2), 215-218.

Yıldırım, N., Çiftçi, B. and Kaşıkçı, M., 2017, Determining the factors affecting and the practice of patient education among nurses, *Ataturk communication journal*, 14, 217–231.

Yıldırım, S.A. ve Gerdan, S., 2017, Hastane öncesi acil sağlik çalişanlarinin iş sağliği ve güvenliği kapsamindaki mesleki riskleri, *Hastane öncesi dergisi*, 2 (1), 37-49.

Yıldız, T., Önler, E., Baskan, B., Koluacık, B., Malak, A., Özdemir, A. ve Aydınyılmaz, H., 2014, Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi, *International journal of basic and clinical medicine*, 2(3), 123-130.

Yönt, G.H., Akın Korhan, E., Khorshid, L., Eşer, İ. ve Dijkstra, A., 2010, Bakım bağımlılığı ölçeğinin (Care dependency scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi, *Turkish journal of geriatrics (Özel Sayı)*, *13*, 71.

Yu, D., Ma, Y., Sun, Q., Lu, G. and Xu, P., 2014, A nursing care classification system for assessing workload and determining optimal nurse staffing in a teaching hospital in China: A pre-post intervention study, *International journal of nursing practice*, 21 (4), 339–349.

Yürümezoğlu, H. A., ve Sarıoğlu, E., 2022, Hemşirelerin çalışma ortamı, çalışma süreleri ve hasta-hemşire oranının hemşire sonuçlarına etkisi: Kapsamlı bir literatür derleme, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi,* 9(1), 153-167.

Zadvinskis, I.M., Carr, J., Schweitzer, K.E., Patil, N., Clifton, W.D. and Ebert, K.E., 2019, The impact of nursing work and engagement on patient falls, *JONA: The journal of nursing administration*, 49 (11), 531-537.

Zafar, A., Anwar, N. and Ejaz, H., 2007, Bacteriology of infected wounds a study conducted at children hospital Lahore, *Biomedica*, 23 (8), 1-4.

Zalikha, A.K., Abbas, K.A.J., Karabon, P., Hussein, I.H. and El-Othmani, M.M., 2022, The impact of month on joint arthroplasty in-hospital outcomes: The december effect, *Arthroplasty today*, 16, 101-106.

Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. and Taleghani, F., 2015, Effective factors in providing holistic care: A qualitative study, *Indian journal of palliative care*, 21 (2), 214-224.

Zhu, X.W., You, L.M., Zheng, J., Liu, K.E., Fang, J.B., Hou, S.X., Lu, M.M., Lv, A.L., Ma, W.G., Wang, H.H., Wu, Z.J., and Zhang, L.F., 2012, Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: a multisite study in Chinese hospitals, *Journal of nursing scholarship*, 44 (3), 266-273.

EKLER

Ek-1. Veri Toplama Araçları-Hemşire

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI – HEMŞİRE

Bu çalışma, hastanelerde hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmama katkı verdiğiniz ve soruları samimiyetle ve eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi
SAADET CİN

HEMŞİRE TANITICI BİLGİ FORMU

1. **Çalıştığınız kurum:** .....
2. **Çalıştığınız birim:** .....
3. **Yaşınız:** .....
4. **Cinsiyetiniz:** ☐ K ☐ E
5. **Hemşirelikte Öğrenim düzeyiniz:** ☐SML ☐Önlisans ☐Lisans ☐Yüksek Lisans ☐Doktora
6. **Medeni durumunuz:** ☐ Evli ☐ Bekar
7. **Meslekte toplam çalışma süreniz:** .....
8. **Kurumda çalışma süreniz:** .....
9. **Birimde çalışma süreniz:** .....
10. **Çoğunlukla çalıştığınız çalışma/vardiya şekli hangisidir?**

    ☐ Sürekli gündüz ☐ Sürekli gece ☐ Gece-gündüz dönüşümlü

11. **İşinizden memnun musunuz?**

    ( ) Hiç memnun değilim
    ( ) Memnun değilim
    ( ) Memnunum
    ( ) Çok memnunum

2

BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİK ÖLÇEĞİ

Bölüm A

Bu bölüm (hemşire olarak değil) **bir birey olarak** olağan (alışıldık) davranışınızı sormaktadır. Lütfen olağan (alışıldık) eylemlerinizi derinlemesine düşününüz ve aşağıdaki ölçeği kullanarak ölçü edilen davranışları ne kadar sıklıkla gerçekleştirdiğinizi değerlendiriniz.

	Asla (Hiç)	Nadiren	Arasıra	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman	Her zaman
1. Mevcut problemlerin nedenlerini ve çözümlerini belirlemek için çaba harcama							
2. Konunun gerçeğini derinlemesine araştırarak beni/kendimi çevreleyen sorunları belirleme							
3. Standart görüşü otomatik olarak benimsemeksizin, olayları/sorunları objektif bir biçimde farklı açılardan görlemleme							
4.Kendi düşünme süreçlerini objektif olarak derinlemesine düşünme ve değerlendirme							
5. Mevcut ve ideal benlik arasındaki farkın bilincinde olma							
6. Bütün gücünde başkalarının iyilik halini geliştirmeye çalışma							
7. Başkaları zor bir durumda olduğunda onları teselli etme ve cesaretlendirme							

Bölüm B

Bu bölüm bir hemşire olarak sizin yeterliliğinizi sormaktadır. Lütfen **bir hemşire olarak** mevcut davranışınızı derinlemesine düşününüz ve ölçeği kullanarak aşağıda verilen alanlarda ne kadar yeterli olduğunuzu değerlendiriniz.

	Hiç yeterli değil	Çok az yeterli	Biraz yeterli	Oldukça yeterli	Neredeyse tamamen yeterli	Tamamen yeterli	Son derece yeterli
1. Diğer hemşirelere örnek teşkil edecek hemşirelik bakımı sağlamak için çabalama							
2. Hemşireler arasında çatışmalar olduğunda türü görüşlere saygı duyan bir çözüm belirlenmesine yardımcı olma							
3. Her hemşireye kendi yeterlik düzeyine uygun olarak sürekli eğitim/rehberlik sağlama							
4. Çalışma alanındaki öğrenmeyi kolaylaştırmak için bir çevre ve kültür yaratma							
5. Hemşireler arasında çatışma ortaya çıktığında iletişim yoluyla görüş alışverişini kolaylaştırma							
6. Diğer hemşirelerin kendi kendine öğrenmesini kolaylaştırma							
7. Hemşireliğin kalitesini geliştirmek için yararlı olan (örneğin, sağlıkla ilgili bilgiler ve araştırma sonuçları) bilgileri toplama ve inceleme							
8. Diğer sağlık çalışanlarına, hemşirelerin rollerini açıklama ve onların anlayışlarını (kavrayışlarını) araştırma							
9. Güvenli hasta bakımını sağlamak için, diğer sağlık çalışanlarının kusurlu davranışlarına dikkat çekme							

3

BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİK ÖLÇEĞİ (Devamı)

	Hiç yeterli değil	Çok az yeterli	Biraz daha fazla yeterli	Oldukça yeterli	Normalden fazla yeterli	Tamamen yeterli	Son derece yeterli
10. Hastanın onuruna ve haklarına saygı göstererek, hasta merkezli hemşirelik bakımı sağlama							
11. Hemşirelik uygulamalarında temel ilkelere her zaman uyma							
12. Uygulamada kendi kararlarını verme ve bunun sorumluluğunu üstlenme							
13. Risk faktörlerini anlama ve önleme ve tıbbi hataları önlemek için çaba gösterme							
14. Hastalar ile yaşlarına, kültürel geçmişlerine ve diğer sistemlerine uygun olarak iletişim kurma							
15. Daha iyi hasta bakımı sağlamak için hastaların ihtiyaçlarını diğer sağlık çalışanlarına iletme							
16. İlgili kanunlara uygun olarak hemşirelik bakımı sağlama							
17. Bir görevi diğer hemşirelere veya hemşire yardımcılarına devrettiğinde onun uygun şekilde tamamlandığını teyit etme							
18. Tıbbi hatalarla/tehlikelerle (tehlikeli olabilecek durumlarla) karşılaştığında onları gizlemeksizin hemen rapor etme							
19. Bir hemşire olarak konumunu bilerek hastalar ile terapötik bir ilişki kurma							
20. Hastaların ve ailelerinin anlayışlarına uygun olan bir yöntem seçerek onlara gerekli eğitimi sağlama							
21. Hemşirelik bakım planlarında ve öncelikle de hastaların ihtiyaçlarıyla uyumlu değişiklikleri uygun bir şekilde ve doğru zamanda yapma							
22. Hastaları tam olarak anlamak için bilgi toplama (örneğin, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimler)							
23. Hedeflere yönelik hemşirelik bakımının sonuçlarını değerlendirme							
24. İletişimin amaçlarını ve yöntemlerini anlayarak, diğer hemşirelerle ve sağlık çalışanları ile iyi ilişkiler kurmak için iletişimi kullanma							
25. Önyargı olmaksızın hastanın geçmişini (örneğin, cinsiyet, din, vb) ve diğer sistemlerini kabul ederek, hastaya bir birey olarak cevap verme							
26. Hemşirelik uygulaması için gerekli olan güncel bilgi ve becerileri kazanmak ve korumak için çaba harcama							
27. Hemşirelik uygulamalarının üzerinde derinlemesine düşünme yoluyla, kendi öğrenme gereksinimlerini belirlemek için çaba harcama							
28. Profesyonel (mesleki) gelişimim için kendi öğrenme planımı yapma							
29. Hemşirelik uygulamasından kaynaklanan sorulara anında cevap arama							

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ek-2. Veri Toplama Araçları-Hasta

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI – HASTA

Bu çalışma, hastanelerde hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmama katkı verdiğiniz ve soruları samimiyetle ve eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim ABD Doktora Programı Öğrencisi
SAADET CİN

TANITICI BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** ☐ K ☐ E
2. **Yaşınız: …….**
3. **Medeni Durumunuz:** ☐ Evli ☐ Bekar
4. **Öğrenim Düzeyiniz:** ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
5. **Hangi tedavi/işlem için hastanede yatmaktasınız?**.....
6. **Hastaneye yatış şekliniz nedir?** ☐ Acil Yatış ☐ Planlı Yatış
7. **Yatışa neden olan hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı?**

   ☐ Evet ise belirtiniz..... ☐ Hayır
8. **Ameliyatınız ve tedaviniz hakkında eğitim aldınız mı?**

   ☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız Hayır ise 12. Soruya geçiniz).
9. **Eğitimi ne zaman aldınız?** ☐ Ameliyattan Önce ☐ Ameliyattan Sonra
10. **Eğitimi kimden aldınız?** ☐ Hemşire ☐ Hekim
11. **Eğitim size nasıl verildi?**
    - ☐ Görsel sunum (laptop ile)
    - ☐ Yazılı olarak (broşür, kılavuz)
    - ☐ Sözel olarak
12. **Hastanede yattığınız sürede refakatçiniz var mıydı?** ☐ Evet ☐ Hayır

2

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu ölçek bir hasta olarak hemşirelik bakımından memnuniyetiniz sorgulamaktadır. Hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımını düşünerek aşağıda yer alan her bir maddeyi değerlendiriniz ve düşüncenizi en iyi belirten numarayı yuvarlak içine alınız.	**Hiç Memnun Değilim**	**Biraz Memnunum**	**Oldukça Memnunum**	**Çok Memnunum**	**Fazlasıyla Memnunum**
1.Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9.Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10.Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11.Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12.Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13.Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14.Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15.Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16.Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17.Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18.Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19.Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ek-3. Veri Toplama Araçları-Araştırmacı

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI – ARAŞTIRMACI

I. HASTA İZLEM FORMU

Hasta Yatışı Sırasında Alınacak Bilgiler

Bölüm 1:

1. **Adı Soyadı:**
2. **Tanı:**
3. **Yattığı Servis:**
4. **Yatış Tarihi:**
5. **Hastaneye Geliş Şekli:** ☐ Acil ☐ Planlı
6. **Ek hastalığı var mı?** ☐ Evet* ☐ Hayır

   ***Ek hastalığı** ☐DM ☐HT ☐Nörolojik Hast. ☐Onkolojik Hast. ☐Diğer(……..)

7. **Hastanın fiziksel değerlendirmesinde aşağıdakilerden biri ya da bir kaçı mevcut mu?**

   ☐ Basınç ülseri ☐ Oral mukozit ☐ Enfeksiyon ☐ Diğer (……..)

Bölüm 2: **Hastanın Bakım Bağımlılığı Değerlendirmesi**

Bakım Bağımlılığı Ölçeği

Yönerge: Bu ölçek bireylerin bağımlılık düzeylerini belirlemektedir. Ölçekte yer alan her bir madde hastanın hastanede yattığı süresindeki gereksinimlerini ne kadar bağımsız gerçekleştirebildiğini düşünerek değerlendirilmelidir.

Bakım Bağımlılığı Ölçeği	Tamamen bağımlıyım	Oldukça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Hareketlilik Hareket edebilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Gündüz/ Gece Döngüsü Uykuya gitme ve sürdürebilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısısını koruyabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Vücut Temizliği Vücut temizliğini yapabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Tehlikelerden Kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede	( )	( )	( )	( )	( )
İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmede	( )	( )	( )	( )	( )
Bellek/ hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada	( )	( )	( )	( )	( )
Öğrenme yeteneği Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada	( )	( )	( )	( )	( )

Hastanın Yattığı Sürede Alınacak Bilgiler

1. **Ameliyat Adı:**
2. **Ameliyat Tarihi, Saati ve Süresi:**

Yatış süresinde

3. **Basınç ülseri gelişti mi?** ☐ Evet ☐ Hayır
4. **Düşme gerçekleşti mi?** ☐ Evet ☐ Hayır
5. **İnfiltrasyon gelişti mi?** ☐ Evet ☐ Hayır
6. **Oral mukozit gelişti mi?** ☐ Evet ☐ Hayır
7. **Yeniden ameliyat oldu mu?** ☐ Evet ☐ Hayır
8. **Enfeksiyon gelişti mi?** ☐ Evet* ☐Hayır

   * **Evet ise belirtiniz (.....)**
9. **Yukarıda belirtilenler dışında bir komplikasyon gelişti mi?** ☐ Evet* ☐ Hayır

   * **Hangi komplikasyonlar gelişti?** .....
10. **Hasta bakımında uygulanan hemşirelik bakım sunum yöntemi:**

    ☐Hasta Paylaşımı ☐İş Paylaşımı ☐Diğer(.....)

Hasta Taburcu Olurken Alınacak Bilgiler

1. **Taburculuk tarihi:**
2. **Hastanede kalış gün sayısı:**
3. **Yatış maliyeti:**

Hasta Taburcu Olduktan Sonra Alınacak Bilgiler

Taburculuk sonrası 30 gün içinde önceki yatışına ilişkin bir komplikasyon nedeni ile

1. **Ölüm gerçekleşti mi?** ☐ Evet ☐ Hayır
2. **Yeniden ameliyat geçirdi mi?** ☐ Evet ☐ Hayır
3. **Yeniden yatış var mı?** ☐ Evet* ☐ Hayır

   * **Yeniden yatış maliyeti:**

İİ. HEMŞİRE İZLEM FORMU

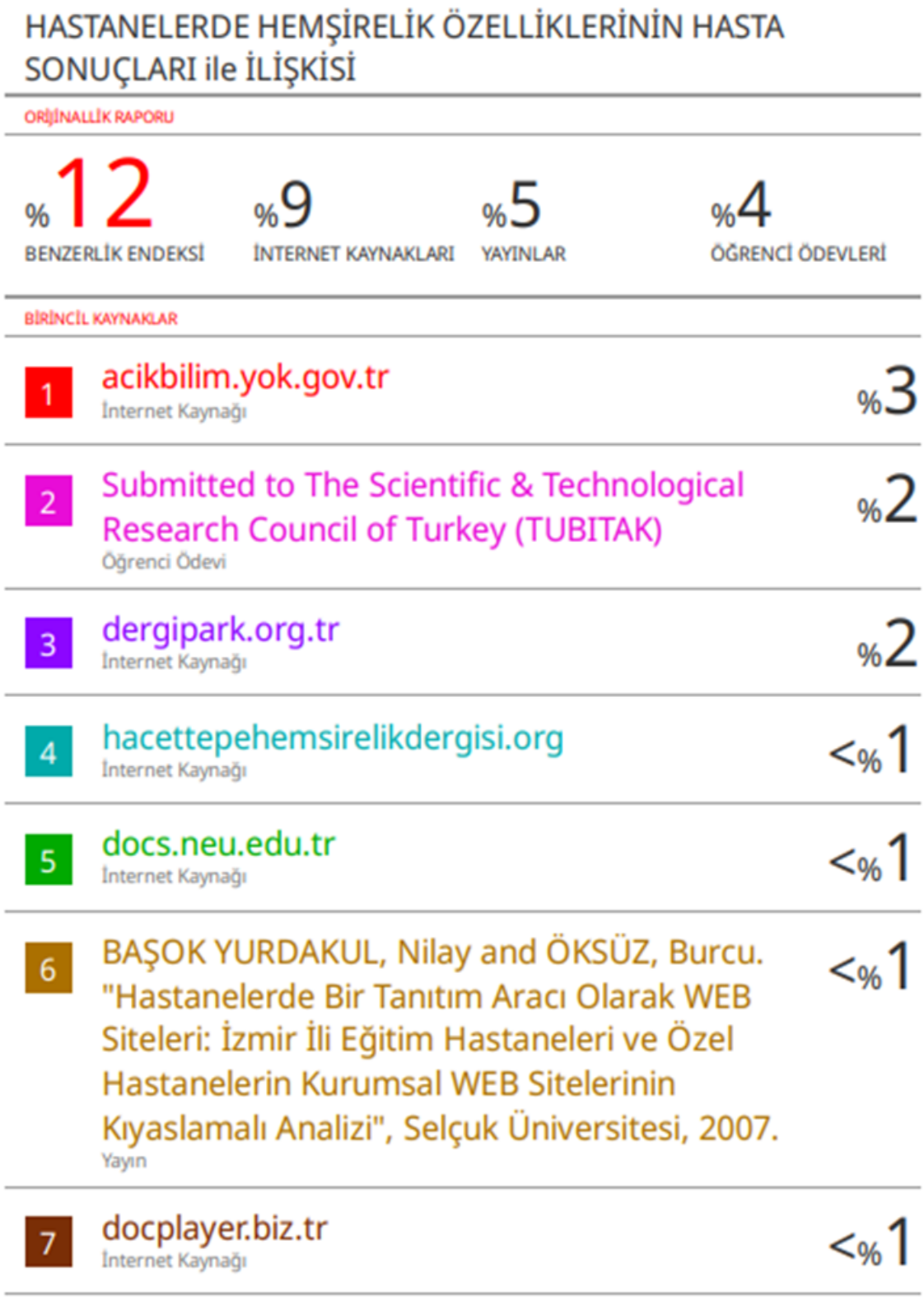
KLİNİK: AY:

		GÜNLER																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
HEMŞİRE SAYISI	08:00-16:30 mesaisi																															
	16:00-08:00 mesaisi																															
HASTA SAYISI	08:00-16:30 mesaisi																															
	16:00-08:00 mesaisi																															
HEMŞİRE/ HASTA ORANI	08:00-16:30 mesaisi																															
	16:00-08:00 mesaisi																															
AYLIK FAZLA MESAİ SAATİ ORTALAMASI																																

Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu- Hemşire

Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu- Hasta

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



HASTANELERDE HEMŞİRELİK ÖZELLİKLERİNİN HASTA SONUÇLARI ile İLİŞKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%9	%5	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
4	hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	<%1
5	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	BAŞOK YURDAKUL, Nilay and ÖKSÜZ, Burcu. "Hastanelerde Bir Tanıtım Aracı Olarak WEB Siteleri: İzmir İli Eğitim Hastaneleri ve Özel Hastanelerin Kurumsal WEB Sitelerinin Kıyaslamalı Analizi", Selçuk Üniversitesi, 2007. Yayın	<%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Saadet CİN
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Saadet CİN
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ