

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMŞİRELER TARAFINDAN SUNULAN BAKIMIN
ÖZNEL VE NESNEL DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Caner DEMİRTAŞ

İstanbul
Temmuz-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**HEMŞİRELER TARAFINDAN SUNULAN BAKIMIN ÖZNEL VE
NESNEL DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Caner DEMİRTAŞ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

İstanbul
Temmuz-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

(Islak İmza)

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

(Islak İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Semanur Kumral ÖZÇELİK

(Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Hemşireler Tarafından Sunulan Bakımın Öznel ve Nesnel Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Caner DEMİRTAŞ

ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan ve verdiği emeklerle zorlu süreçleri daha kolay atlatmamı sağlayan çok değerli tez danışmanım hocam Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN'a,

Bilgi birikimi ve deneyimleriyle yolumuza daima ışık tutan ve mesleki olarak bizlere öncülük eden değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Hemşirelik alanında dersleriyle bize vizyon katan değerli hocamız Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ'a,

Araştırma boyunca desteklerini esirgemeyen değerli Sağlık Hizmetleri Müdürü'müz Demet YURTSEVER'e,

Çalışma koşullarını sağlamakta bana daima yardımcı olan ve anlayışla karşılayan değerli sorumlum Fatma Zehra HAMZAÇEBİ'ye

Her daim yanımda ve bana destek olan değerli annem Adile DEMİRTAŞ'A, babam Halil DEMİRTAŞ'a, kardeşim Berke DEMİRTAŞ'a ve kız arkadaşım sevgili Merve Nur SAPMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Caner DEMİRTAŞ

İstanbul-2024

ÖZET

HEMŞİRELER TARAFINDAN SUNULAN BAKIMIN ÖZNEL VE NESNEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Caner DEMİRTAŞ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

Temmuz, 2024 -138 Sayfa

Araştırma, hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak 13 Mayıs – 10 Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahili klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 196 hemşire ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ve Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin %79,1’u 30 yaş ve altında, %60,2’si kadın, %61,2’si bekar, %64,3’ü lisans düzeyi mezun, %61,7’si 1-5 yıl arası mesleki tecrübeye sahip, %86,2’si gündüz ve gece şeklinde çalışmakta, %51’i haftalık 40 saat ve altında ve %90,3’ü 1-5 yıldır aynı birimde çalışmaktadır. Hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması $4,37\pm 0,47$ ’dir. Fiziksel Çevre alt boyutunun puan ortalaması $4,14\pm 0,72$; Hemşirelik Bakım Faaliyetleri alt boyutunun puan ortalaması $4,14\pm 0,72$ ve Hasta Sonuçları alt boyutunun puan ortalaması $4,45\pm 0,51$ ’dir. Dahili kliniklerde hasta düşme oranının Ocak-Haziran 2023 döneminde %0,39, Temmuz-Aralık 2023 döneminde %0,49 olduğu ve yoğun bakım ünitelerinde ise düşme yaşanmadığı görülmüştür. Dahili kliniklerde basınç yarası oranının Ocak-Mart 2023 döneminde %0,31, Nisan-Haziran 2023 döneminde %0,46, Temmuz-Eylül 2023 döneminde %0,98, Ekim-Aralık 2023 döneminde %1,20 olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım ünitelerinde ise basınç yarası oranının Ocak-Mart 2023 döneminde %2,64, Nisan-Haziran 2023 döneminde %2,14, Temmuz-Eylül 2023 döneminde %2,08, Ekim-Aralık 2023 döneminde %3,88 olduğu saptanmıştır. Hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel olarak değerlendirilmesinde bakımı kaliteli olarak algıladıkları ve nesnel değerlendirilmesinde baz alınan bakım kalite göstergelerinin de hedeflenen düzeye

yakın olduğu gör÷lmektedir. Hemşirelerin bakım ile ilgili gereksinim duydukları durumlarda hizmet içi eğitimler planlanarak daha iyi seviyeye ulaşmasının sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Bakım, Bakım Kalite Göstergeleri, Özel Değerlendirme, Nesnel Değerlendirme



ABSTRACT

SUBJECTIVE AND OBJECTIVE EVALUATION OF THE CARE PROVIDED BY NURSES

Caner DEMİRTAŞ

Master, Internal Diseases Nursing

Thesis Advisor: Asst. Prof. Nihal ALTUN

July, 2024- 138 Pages

This descriptive and cross-sectional study was conducted between May 13 and June 10, 2024 with 196 nurses working in the internal clinics and intensive care units of a training and research hospital affiliated to the Istanbul Provincial Health Directorate between May 13 and June 10, 2024 in order to subjectively and objectively evaluate the care provided by nurses. Nurse Descriptive Information Form, Quality Nursing Care Scale and Patient Care Indicators Data Collection Form were used to collect the data. Data were evaluated using descriptive statistics, independent sample t test, Pearson correlation analysis and regression analysis. Of the nurses, 79.1% were 30 years of age or younger, 60.2% were female, 61.2% were single, 64.3% had a bachelor's degree, 61.7% had 1-5 years of professional experience, 86.2% worked day and night, 51% worked 40 hours or less per week, and 90.3% had been working in the same unit for 1-5 years. The overall mean score of the nurses on the Quality Nursing Care Scale was 4.37 ± 0.47 . The mean score of the Physical Environment sub-dimension was 4.14 ± 0.72 , the mean score of the Nursing Care Activities sub-dimension was 4.14 ± 0.72 and the mean score of the Patient Outcomes sub-dimension was 4.45 ± 0.51 . The rate of patient falls in internal clinics was 0.39% in the January-June 2023 period, 0.49% in the July-December 2023 period, and there were no falls in intensive care units. It was found that the pressure sore rate in internal clinics was 0.31% in the period January-March 2023, 0.46% in the period April-June 2023, 0.98% in the period July-September 2023, and 1.20% in the period October-December 2023. In intensive care units, the rate of pressure sores was 2.64% in the period January-March 2023, 2.14% in the period April-June 2023, 2.08% in the period July-September 2023, and 3.88% in the period October-December 2023. In the subjective evaluation of the care provided by the nurses, it is seen that they perceive the care as high quality and the care quality indicators based on the objective

evaluation are close to the targeted level. It may be recommended that in-service trainings should be planned to ensure that nurses reach a better level when they need in-service trainings about care.

Keywords: Nursing, Care, Care Quality Indicators, Subjective Assessment, Objective Assessment



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	4
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hemşirelik Kavramı.....	4
2.1.1. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi	4
2.1.2. Hemşirelik Rollerini	6
2.2. Hemşirelik ve Bakım	7
2.2.1. Hemşirelik Bakım Kuramları	8
2.2.1.1. Watson İnsan Bakım Modeli.....	8
2.2.1.2. Swanson Bakım Kuramı.....	9
2.3. Kalite Yönetimi	10
2.3.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	11
2.3.2. Kalite Yönetim Sistemleri	12
2.3.2.1. ISO (Uluslararası Standartlar Organizasyonu).....	12

2.3.2.2. TSE (Türk Standardları Enstitüsü).....	13
2.3.2.3. EFQM (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı Mükemmellik Modeli)	14
2.3.2.4. JCI (Uluslararası Ortak Komisyon) Akreditasyonu	15
2.3.2.5. Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS).....	16
2.3.2.6. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)	17
2.4. Bakım Kalite Göstergeleri Kavramı	18
2.4.1. Bakım Kalite Göstergelerinin Tanımı ve Önemi.....	19
2.4.2. Bakım Kalite Göstergelerinin Amacı	19
2.4.3. Bakım Kalite Göstergeleri	20
2.4.3.1. Hemşireliğe Duyarlı Bakım Kalite Göstergeleri	20
2.4.3.2. Sağlıkta Kalite Standartları Hasta Bakımı Göstergeleri.....	21
2.5. Hemşirelik Bakım Kalitesini Değerlendirme	28
2.5.1. Öznel Değerlendirme.....	29
2.5.2. Nesnel Değerlendirme	30
2.5.3. Hemşirelik Bakım Kalitesinde Öznel ve Nesnel Değerlendirme	32
2.6. Hemşirelikte Bakım Kalite Göstergeleri ile Yapılan Çalışmalar	34
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	36
GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	36
3.2. Araştırma Soruları	36
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	36
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.5. Veri Toplama Araçları	37
3.5.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	37

3.5.2. Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği	37
3.5.3. Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu.....	38
3.6. Verilerin Toplanması	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	40
BULGULAR.....	40
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	40
4.2. Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile Yapılan Öznel Değerlendirme Bulguları.....	41
4.3. Hasta Bakım Göstergeleri ile Yapılan Nesnel Değerlendirme Bulguları	51
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	61
TARTIŞMA.....	61
ALTINCI BÖLÜM	78
SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKÇA.....	80
EKLER.....	115

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=196)	40
Tablo 4.2: Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=196)	41
Tablo 4.3: Hemşirelerin Yaş Grupları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	42
Tablo 4.4: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	42
Tablo 4.5: Hemşirelerin Medeni Durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	43
Tablo 4.6: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	44
Tablo 4.7: Hemşirelerin Mesleki Deneyim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	44
Tablo 4.8: Hemşirelerin Hastanede Çalışma Süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)	45
Tablo 4.9: Çalışma Şekli ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)	45
Tablo 4.10: Hemşirelerin Çalıştığı Birim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	46
Tablo 4.11: Hemşirelerin Birimde Çalışma Süresi ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)	46
Tablo 4.12: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saati ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)	47
Tablo 4.13: Hemşirelerin Bir Vardiyada Baktığı Ortalama Hasta Sayısı ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)	48
Tablo 4.14: Hemşirelerin Birim Çalışma Koşullarından Memnuniyet Durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196).....	49

Tablo 4.15: Yaş ve Haftalık Çalışma Saatinin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Üzerine Etkisi	50
Tablo 4.16: Ocak-Haziran 2023 Döneminde Dahili Kliniklerdeki Hasta Düşme Oranı.....	51
Tablo 4.17: Temmuz-Aralık 2023 Döneminde Dahili Kliniklerdeki Hasta Düşme Oranı	52
Tablo 4.18: Ocak-Haziran 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerindeki Hasta Düşme Oranı	53
Tablo 4.19: Temmuz-Aralık 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerindeki Hasta Düşme Oranı	54
Tablo 4.20: Ocak Şubat Mart 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı	55
Tablo 4.21: Nisan-Mayıs-Haziran 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı	55
Tablo 4.22: Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı	56
Tablo 4.23: Ekim-Kasım-Aralık 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı	56
Tablo 4.24: Ocak Şubat Mart 2024 Döneminde Dahili Kliniklerde Basınç Gelişen Yarası Oranı.....	57
Tablo 4.25: Ocak-Şubat-Mart 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı	57
Tablo 4.26: Nisan-Mayıs-Haziran 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı.....	58
Tablo 4.27: Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı.....	58
Tablo 4.28: Ekim-Kasım-Aralık 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı.....	59

Tablo 4.29: Ocak-Şubat-Mart 2024 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı	59
--	----



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
Ak.	: Aktaran
ANA	: Amerikan Hemşireler Derneği-American Nurses Association
ANSI	: Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü-American National Standards Institute
ASQC	: Amerikan Kalite Kontrol Derneği- American Society for Quality Control
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü- World Health Organization
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ed	: Editör
EFQM	: Avrupa Kalite Yönetim Vakfı Mükemmellik Modeli-European Foundation for Quality Management
IAF	: Uluslararası Akreditasyon Forumu-International Accreditation Forum
IEC	: Uluslararası Elektroteknik Komisyonu-International Electrotechnical Commission
ISO	: Uluslararası Standartlar Organizasyonu- International Organization for Standardization
JUSE	: Japon Mühendisler Derneği-Union of Japanese Scientists and Engineers
KALDER	: Türkiye Kalite Derneği
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
M.Ö.	: Milattan Önce
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TÜR-GÖS	: Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
SPSS	: Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi- Statistical Package for the Social Sciences
St.	: Saint
vd.	: ve diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Bireyin sağlığının korunması, devamlılığının sağlanması ve iyileştirilmesi hemşirelik mesleğinin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır. Bu hedeflerin temelinde bakım olgusu yatmaktadır. Bakımın, hemşirelik mesleğine özđü değil fakat meslek için özđün bir kavram olduğu ifade edilmektedir (Potter vd., 2021). Türk Dil Kurumu bu kavramı “*bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi*” olarak tanımlamıştır (<https://sozluk.gov.tr/>, ET: 10.06.2024).

Bireyin kendi temel ihtiyaçlarını giderebilmesi, yaşamını sürdürebilmesi ve yaşam için gereken faaliyetleri birine bağlı olmadan gerçekleştirebilmesi için hemşireler tarafından yapılan tüm uygulamalara bakım denilmektedir (Aksu vd., 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre hemşirelik süreci, bakım uygulamalarında problemleri bilimsel olarak çözme yöntemlerinin sistematik bir şekilde kullanılması ile sağlanmaktadır (WHO, 2009).

Hasta bireyin sağlığına kavuşması veya sağlıklı bireyin sağlığını sürdürebilmesi, etkili bir hemşirelik bakımı ile mümkün olmaktadır (Kersu vd., 2020). Bakımın kalitesi, DSÖ tarafından “*bireylere ve hasta popülasyonlarına sunulan sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarını iyileştirme derecesi*” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2019). DSÖ’ye göre bakımın kalitesi; doğru, etkin, güvenli, zamanında, eşit ve insan merkezli olmasıyla ilişkilidir. Toplumda bu sayede arzulan sağlık sonuçlarına ulaşılabilecektir (WHO, 2021). Hemşirelik bakımının kalitesi, tedavi sürecinde hedeflenen hasta sonuçlarına ulaşmada, hasta güvenliğinin sağlanması, istenmeyen olayların önlenmesinde oldukça etkilidir (Adnan, 2020; Rysst ve Eriksson, 2021). Hemşireler, kaliteli sağlık hizmeti sağlamada en kritik insan kaynağıdır (Asikin vd., 2020).

Hastaneler ise, hastaların tedavi ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bakım hizmetlerini iyileştirmeye odaklanmışlardır (Samsualam ve Amir, 2021). Sağlık hizmeti neticesinde ortaya çıkan sonuç verileri düzenli ve devamlı olarak izlenmelidir. İzleme süreci somut verilere dayanarak yapılmalıdır. Verilerden

faydalanabilmek için ise kalite yönetimi çalışmalarının ölçülebilir formata uyarlanması gerekmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetinin tüm süreçlerini kapsayan, ölçmeye dayalı hedefler tespit edilerek iyileştirmeye açık alanlar belirlenmeli ve iyileştirilen alanlarda kalitenin sürekliliği sağlanmalıdır (*Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

Sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda, hemşirelik bakımının kalitesi çoğunlukla hasta, hasta yakınları ve hastane yöneticileri perspektifinden değerlendirilmiştir (Al-Awamreh ve Suliman, 2019; Kersu vd., 2020; Neves vd., 2020; Zaghini vd., 2020). Hastalar hemşirelerle kendi ihtiyaçları doğrultusunda, soru sorma yoluyla iletişime geçmekte ve daha çok kendi sorunlarına odaklanmaktadırlar. Hastaların bilgi düzeyi, inanç ve tutumları, kalite algılarını etkilemekte ve yaptıkları değerlendirmeler farklılık göstermektedir. Bu sebeple bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin sundukları bakım hizmetini kendilerinin değerlendirmesi ve görüşlerini sunmaları, bakım kalitesi standartlarının belirlenebilmesi açısından oldukça önemlidir (Liu vd., 2021).

Hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi, Florence Nightingale'in hemşireliğin sağlık kalitesindeki rolünü belirlemesi ve hasta sonuçlarını ölçme girişimiyle başlamıştır. Nightingale, 1870 yılında Kırım Savaşı'ndan elde ettiği deneyimler ile hastalıklar ve tedavileri hakkında istatistiklerin standartlaştırılmasında ilk girişimleri sağlamıştır. Askerlerin ölüm oranlarını karşılaştırarak nedenlerini araştırmaya başlamış ve önlenebilir ölümleri vurgulamıştır. Topladığı bilgiler ile kanıta dayalı bakım uygulamalarını başlatan Nightingale, sağlık ve hemşirelik bakım hizmetleri ile ilgili önemli çıktılara ulaşarak sonrasında gerekli iyileştirme faaliyetlerini başlatmıştır (Pfetscher, 2021).

Bakım kalitesini ölçebilmenin diğer bir yolu ise göstergelerdir. Sağlık kurumlarının, tüm alanlarında yürütülen süreçlerin değerlendirilmesi sonucu ortaya çıkan istatistiksel oran, sayı, ortalama, hız, sıklık ve yüzde gibi ifadelerle gösterilen verilere; "işaret", "gösterge" ya da "indikatör" adı verilmektedir. Göstergeler kısa dönemli sonuçlardır ve sağlık kurumlarının bütün alanlarında yürütülen süreçlerin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Bıyık ve Türe, 2020).

Göstergeler, Sağlık Bakanlığınca oluşturulan ve sağlık kurumlarının takip etmesi gereken, yapı, süreç ve sonuç odağı olan ölçme araçlarıdır. Bu göstergelerin

tanımları, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Gösterge Yönetimi içerisinde bulunan Kalite Göstergeleri kısmında yer almaktadır. SKS göstergelerinin sonuçları sağlık kuruluşları tarafından Kurumsal Kalite Sistemi yapısında oluşturulmuş Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girişleri yapılmaktadır (*Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

Hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergelerinin amacı, hemşirelik bakım uygulamalarının kalitesinin ölçülmesi, ünitelere özgü bazı standartların belirlenmesi ve standartlara ulaşıp ulaşılamadığının kontrol edilebilmesidir. Göstergelerin bakıma duyarlı olması, sunulan hemşirelik bakımından etkilendiğini kanıtlar niteliktedir (Irmak ve Bulut, 2022).

Hemşirelik bakımı uygulamalarının düzenli ve devamlı olacak şekilde değerlendirilmesinde kalite göstergelerinin yeri oldukça önemlidir. Kalite göstergeleri referans alınarak uygulanan hemşirelik girişimleri, hemşirelik uygulamalarının sağlık sistemi içerisinde daha görünür hale gelmesini sağlamaktadır (Bıyık ve Türe, 2020). Göstergelerinin en yaygın örnekleri basınç yarası oluşumu, idrar yolu enfeksiyonu, hasta düşmesi ve düşme kaynaklı yaralanma, ilaç hataları, yeniden yatış, mortalite, bakımdan hasta memnuniyeti ve hemşire iş memnuniyetidir. Bu gösterge verilerinin kullanımı, izleme ve raporlama süreçlerinde hali hazırda hemşirelik kalite uygulamasında en sık kullanılan yaklaşımlardandır (Irmak ve Bulut, 2022; *Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

Literatür incelendiğinde, hemşireler tarafından sunulan bakımı, hemşirelerin değerlendirdiği ve bakımın sonuçlarını yansıtan göstergelerin oranlarının değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmada hemşirelerin, “Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği” ile sundukları bakımın öznel olarak değerlendirilmesinin sonuçları ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı aracılığıyla 2024’te yayımlanan “Sağlıkta Kalite Standartları, Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3)” içerisinde belirlenen ve hasta bakımının sonuç göstergelerinden olan; Hasta Düşme Oranı, Basınç Yarası Oranı, Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı gibi nesnel verilerin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik, hemşireler tarafından sunulan bakımın kalitesinde iyileştirmeler olacağı düşünülmektedir. Konunun önemi göz önünde alındığında, planlanan araştırmanın hemşirelik bilgi birikimine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik; kültürel, sosyal, teknolojik gelişmeler ışığında kendini devamlı yenileyen; birey, aile ve toplumun sağlık ve sıhhati için çabalayan, uygulamalı bir sağlık bilimidir (Bölüktaş ve Özer, 2018). Hemşirelik disiplininin ana prensibi; birey, aile ve toplumun sağlığını korumak ve devam etmesini sağlamaktır (Schwerdtle vd., 2020). Bu sorumlulukların altında birçok profesyonel değer yatmaktadır. Bu profesyonel değerler; eşitlik, insan onuru, saygı, adalet, alturizm ve doğruluktur (Güven, 2021; Sosas ve Gosiengfiao, 2021).

Türk Dil Kurumu hemşireliği; “*Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık hâlinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplini*” şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2015). 1860 yılında ise Florence Nightingale; “*hastalığı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi*” olarak ifade etmiştir (Nightingale, 1860; Tavşanlı, 2023).

Hemşirelik mesleğini, Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) “*İnsana yardım eden, toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için sürekli olarak gelişen oldukça uzmanlaşmış bir meslektir*” şeklinde belirtmektedir (ANA, 2017). Dünya Sağlık Örgütü ise hemşireleri: “*her yaşta birey, aile ve topluluğun; hasta veya iyi durumda olmalarına bakmadan, özerk ve iş birliğine dayalı şekilde bakım görevini üstlenen kişiler*” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2024).

2.1.1. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Hemşirelik mesleğinin temelinde, ailelerini iyileştirmeyi ve onların sağlığını korumayı kendilerine görev edenmiş şifacı kadınlar bulunmaktadır (Brooke, 2020). Batı toplumlarının Hristiyanlığı kabul etmesi ile orada yaşayan dindar kadınlar, toplumdaki bakıma muhtaç kişilere gönüllü olarak çeşitli sağlık hizmetleri sunmaya başlamışlardır (Kubilay, 2023). Bu dönemde, hasta insanlara bakım verme ve iyileştirme vazifesi,

bakım veren kadınların arasındaki usta-çırak ilişkisi ile yaygınlaşmıştır (Öztürk, 2023).

Orta Çağ döneminde rahibeler, hasta bakımını kilise veya manastırlarda yapmışlardır. Hastaların temel ihtiyaçlarını karşılarken manevi olarak da onları desteklemiştir (Ritchey, 2021). Bakım hizmetlerinde başarılı olmaları sebebiyle kurumlarda verilen sağlık hizmetlerinde kadınların da rol almasının önü açılmıştır (Çamlıca, 2021). Aynı çağda, İslam dünyasındaki kadınlar ise toplumsal vazifelerde daha geri planda kaldıklarından bakım hizmetlerinde etkili olamamışlardır. Yalnızca varlıklı ve saraylı kadınların kendi isimleriyle yaptırdıkları imarethane ve hastane gibi yapılar dışında bakım hizmetiyle doğrudan ilişkileri bulunmamıştır (Leblebicioğlu, 2017). Kiliselere olan inancın, Orta Çağın sonlarına doğru azalmaya başlaması ile birçok hemşire büyücülük yaptığı gerekçesiyle katledilmeye çalışılmıştır (Jerez vd., 2023).

Yeni Çağın başlarında ise oluşan ekonomik, sosyal, dini ve siyasi çöküntüler sebebiyle hemşirelik mesleğinin konumu daha da gerilere gitmiştir. Mesleki eğitimi bulunmayan ve toplumun alt tabakasından bazı kişiler hemşirelerin görevini üstlenmeye çalışmışlardır. Ancak bu duruma tepki olarak bazı hemşire grupları örgütlenmiş ve Fransız papazı St. Vincent de Paul 1633 senesinde, modern hemşireliğe öncülük edecek olan Hayırsever Hemşireler Örgütü'nü (Sisters of Charity) kurmuştur (Brejon de Lavergnée, 2022; Çamlıca, 2021; Dülger, 2021).

Hemşirelik mesleği; 1853-1856 seneleri arasında gerçekleşen Kırım Savaşı esnasında Florence Nightingale önderliğinde yaşanan gelişmelerle modernleşme yolunda ilk adımlarını atmıştır (Hendekçi, 2021). Savaş sırasında King's College Hastanesi'nde yönetici hemşire olan Nightingale, yaralı askerlerin tedavisinin yapıldığı servislerin hijyen konusunda eksik olduğunu ve bu durumun yüksek mortalite oranlarına sebebiyet verdiğine kanaat getirmiştir (Kıraner vd., 2021). Kişisel ve çevresel hijyene yönelik çalışmalar yapan Nightingale, mortalite hızının %42'den %2,2'ye düşürülebileceğini ispatlamıştır (Peličić, 2020). Nightingale hemşirelikte ilk kez epidemiyolojik çalışmalara imza atmış; dizanteri ve kolera gibi kötü hijyenin sebep olduğu hastalıkların istatistiksel analizini yapmıştır (Huang vd., 2022). 1860 yılında ise hemşirelikte modern eğitimin ilk kez verileceği okul olan ST. Thomas'ı Londra'da hizmete açmış ve hemşireler, öğrencileri eğitmiştir (McEnroe, 2020). Nightingale, bu bilgi birikimi ile hemşirelikte çevre kuramını oluşturup deneyimlerini kitaplara aktarmıştır (Çamlıca, 2021).

Türkiye’de modern hemşireliğin ilk hareketleri, Dr. Besim Ömer Akalın’ın 1907 yılında Londra’daki Kızılhaç Konferansında, Nightingale ile tanışmasıyla başlamıştır. Akalın 1911 yılında ülkemizde “*Gönüllü Hastabakıcılık*” kursunu açmıştır. Bu kurstan mezun olan hemşireler, Osmanlı’nın Balkan Savaşı sırasındaki yaralı askerlerinin bakımını ve tedavisini üstlenmişlerdir (Elbi, 2023). Kursun mezunları 1933 yılında Türk Hastabakıcılar Cemiyeti adlı ilk örgütü kurmuşlardır. Cumhuriyet dönemi ile yaşanan gelişmeler ve örgün hemşirelik eğitimi alan hemşirelerin gayretleri ile 1943 yılında cemiyet, Türk Hemşireler Derneği ismini almıştır (Demircioğlu, 2021). Kursun mezun ettiği öğrencilerden biri olan Safiye Hüseyin Elbi gösterdiği üstün hizmetler neticesinde Türkiye’nin ilk hemşiresi olma unvanını kazanmıştır. Cumhuriyet’in ilanının ardından, meslek olma ve mesleki statüsünün yükseltilmesi yönünde birçok çalışma yapılmıştır (Torun ve Bilgin, 2024).

Cumhuriyet döneminde ilk resmi hemşirelik okulu olan Kızılay Hemşire Okulu, 1925 yılında hemşirelik eğitimi vermeye başlamıştır (Yıldırım, 2021). 1955 yılında açılan Ege Üniversitesi, lisans düzeyinde eğitim veren ilk hemşirelik yüksekokuludur (Işık ve Özdemir, 2022). Lisansüstü programlar ise 1968 yılında faaliyet göstermeye başlamış ve hemşirelikte akademik olarak kariyer oluşturabilmenin temelleri atılmıştır (Utkualp vd., 2021). 1968 senesinde yüksek lisans ve 1972 senesinde ise doktora programları Hacettepe Üniversitesi’nde eğitim ve öğretime başlamıştır (Karabulut ve İlhan, 2023).

Ülkemizde hemşirelik ile ilgili ilk yasal düzenleme, 1954 yılında yürürlüğe giren 6283 sayılı “Hemşirelik Kanunu”dur. Bu kanun, 2007 yılında güncellenmiş ve hemşire unvanı alabilmek için fakülte veya yüksekokuldan mezun olma koşulu getirilmiştir. Ayrıca hemşirelikte yaş ve cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılmış olup günümüzde erkeklerin de yasal olarak hemşire olabilmesinin önü açılmıştır (Kutlu ve Utar, 2023; Demircioğlu, 2021).

2.1.2. Hemşirelik Roller

Hemşirelik, bilim ve sanatın birleşiminden oluşan ve temelinde insan sağlığı ile ilgilenen bir meslektir (Vidette, 2024). Yaşlı, genç, çocuk ve bebeklere bakım verir ve bakım verdiği insanlar sağlıklı, hasta veya engelli olabilirler (Değirmen, 2021). Birey, aile ve toplumun sağlıklı yaşamını ve bu durumun sürekliliğini hedefleyen hemşirelik mesleğinin önemli rol ve işlevleri bulunmaktadır (Fu vd., 2020; Tanrıku, 2021).

Hemşirelik rolleri, toplum tarafından geçmiş yıllarda hasta bireylere sadece yardımcı olma amacını içeren bir vazife olarak algılanmıştır. Hemşireler bilgi, tutum ve karar verme sürecinde hekimin gözetiminde hareket edip, hastalığa özgü bakımlarını geleneksel rolleri dahilinde vermişlerdir (Değirmen, 2021; Gedük, 2018). Bu rolleri DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 1993 yılında dört ana başlık halinde sıralamıştır:

- Sağlığı koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici olarak birey, aile ve topluma hemşirelik hizmetlerinin ulaştırılması, sağlanması ve verilen hizmetin organizasyonu,
- Hizmetten yararlanan birey ve hizmeti sunan sağlık personeline gereken eğitimlerin verilmesi,
- Sağlık hizmeti veren ekibinin aktif bir üyesi olarak görev alma,
- Araştırmacı ve eleştirel düşünme yönü ile hemşirelik bakımı uygulamalarının ilerletilmesidir (Gülşah vd., 2022).

Hemşirenin bağımsız rollerinin geçmişten günümüze giderek artması ile hemşirelik mesleği halen gelişimini sürdürmektedir ve geçmiş yıllardan farklı olarak bağımsız rolleri olan, çeşitli kurumlarda görev alabilen, toplumun sağlığına odaklanmış ve bunu sorumluluk haline getirmiş çağdaş bir mesleğe dönüşmüştür (Gedük, 2018; Kuşaklı vd., 2019; Pérez vd., 2022). Hemşireler, bakım veren, savunan, eğitim veren, yöneten, karar veren, araştıran, sorumluluk alan, etkin iletişim kuran, koordine eden, danışmanlık yapan, tedavi ve rehabilite eden gibi birçok çağdaş role sahiptirler. Bu rollerin meslek disiplininin gelişmesine ve profesyonel düzeyde hizmet verilebilmesine önemli katkıları bulunmaktadır (Açıkgöz ve Baykal, 2023; Pfettscher, 2021).

2.2. Hemşirelik ve Bakım

Bakım kavramını Türk Dil Kurumu (TDK); *“bakma işi, bir şeyin iyi bir durumda kalması ve iyi gelişmesi için verilen emek, birinin giyinme, beslenme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi”* şeklinde tanımlamıştır (TDK, 2022).

Bakım, hemşireliğe özgü değil fakat hemşirelik için özgün bir kavramdır (Potter vd., 2021). Hemşireliğin temelinde yer alan ana bileşenlerdendir ve bu kavram; *“bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleştirilmiş bir kişilerarası süreç”* olarak belirtilmektedir (Kızılırmak, 2022). Hastaların temel ihtiyaçlarını kendilerinin

giderebilmelerine, yeterlilik duygusunu kazanmalarına ve birine bağılı olmadan sorumluluklarını yerine getirebilmelerine yardımcı olmaktadır (Tharani vd., 2021).

Bireyin sağılıının korunması, tedavi sürecinin hedeflenen sonuçlara ulaşması, hasta güvenliğinin sağılanması ve istenmeyen olayların önüne geçilmesi etkili bir hemşirelik bakımı ile mümkün olmaktadır (Adnan, 2020; Kersu vd., 2020; Rysst ve Eriksson, 2021). Bunun için bakım hizmetini sağılayan hemşirelerin, bakımın insani ve ahlaki yönü konusunda duyarlı, gerekli bilgi, beceri ve meslek ahlakına sahip olması gerekmektedir (Eglseer vd., 2021; Yeşilçınar vd., 2020). Leininger, “*bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır*” şeklinde belirttiğı ifadesinde, birbirinden bağımsız gibi görünen bu iki kavramın aslında bir bütünün parçaları ve meslek için son derece önemli olduğunun altını çizmiştir (Leininger, 1988; Raiesifar vd., 2019).

2.2.1. Hemşirelik Bakım Kuramları

Hemşirelik mesleğinin temel amacı, profesyonel disiplin çerçevesinde gerçekleştirdiğı tüm sağılık girişimlerine teorik bilgiyi aktarmaktır. Bakım kuramlarının kullanılması, bu bilginin aktarılmasını sağılamada en etkili yollardan biridir. Kavramları anlamlı kılan kuramlar, farklı bakış açısı ile düşünebilmeyi kolaylaştıran olgular bütünüdür. Modeller ise, kuramlar üzerinde düşünmeyi kolaylaştırarak, bakım sürecinin ayrıntılarının planlanmasında yararlanılan sembolik veya fiziksel düşüncelerdir (Dağcı, 2019). Kuram ve modeller hemşirelik uygulamalarına rehberlik ederken sistematik ve kapsamlı bir biçimde bakım verilmesini mümkün kılmaktadırlar. Bu sayede kaliteli bir bakım hizmeti sunulmasına ve toplumda sağılığın yükseltilmesine olanak sağılanmaktadır (Butts ve Rich, 2021; Younas ve Quennell, 2019).

2.2.1.1. Watson İnsan Bakım Modeli

Jean Watson tarafından geliştirilen “İnsan Bakım Kuramı”, insanlarda içsel ve dışsal iyileşme tablosu yaratarak, hasta ile bakım veren arasında bir ilişki kurulmasına yardımcı olur. Hastanın varoluşu benimsemesini sağılayarak, hemşirelik bakımından daha etkili bir şekilde faydalanmasını ve beraberinde iyileşme sürecinin hızlanmasını mümkün kılar (Nkomesha ve Kirwa, 2023; Tonkuş vd., 2022). Hastanın akıl, beden ve ruh bütünlüğünün sağılanması, İnsan Bakım Modeli’nin temel amacını oluşturur (Devi vd., 2022; Yangöz ve Özer, 2020). Bu model insanın ve yaşamın derin boyutlarını anlayabilme arzusundan ortaya çıkmış olup Watson’ın kendi değer, inanç ve deneyimleri ile modeli geliştirerek, hemşireliğin bütüncül yaklaşım ilkesi ile

birleştirmiştir (Kıymaz vd., 2021; Vujanić vd., 2020). İnsanları dikkatli dinleyerek, göz teması kurarak, saygılı olarak ve rahatlatarak uygulanan bakım davranışlarının, hastalığın iyileşme sürecinde olumlu gelişmeleri beraberinde getireceğini vurgulamıştır (Akyirem vd., 2022; Receiver, 2023).

İnsan Bakım Modeli, bakım durumu ve bakım anı, kişilerarası bakım ilişkisi ve iyileştirme süreçleri olmak üzere üç ana tema üzerine kurulmuştur (Akbari ve Nasiri, 2022; Seven ve Havva, 2021) Bakım durumu; hasta ve bakım veren hemşirenin geçmişte yaşadığı deneyimler ile varoluş alanlarının bütünleşmesinden oluşmaktadır. Bakım anı; hasta ve bakım veren hemşirenin arasında bakım sürecindeki iletişim şeklinin belirlenmesine olanak sağlar ve sonucunda her iki tarafın da memnun kalacağı bir süreç gerçekleşmiş olur (Aghaei vd., 2020; Kıymaz vd., 2021). Kişilerarası bakım ilişkisi kavramı; hasta ile bakım veren hemşire arasında yaratıcı, etik, profesyonel ve kişiselleştirilmiş bir etkileşimi ve paylaşımı ifade etmektedir (Aktaş vd., 2020; Wei ve Watson, 2019). İyileştirme süreçleri ise; hemşirelik mesleğine rehberlik etmekle birlikte, tıp biliminin iyileştirici etkilerinin yanı sıra hemşirelik disiplininin de tedavi edici ve bakım verici tarafının gözler önüne serilmesini sağlamaktadır. İnsan Bakım Modeli'ndeki hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturarak bütün aşamaların etkileşim içinde bulunduğu bir süreçtir (Ayla vd., 2023; Öz vd., 2024).

2.2.1.2. Swanson Bakım Kuramı

Kristen M. Swanson, gebelerin doğum sırasında sıklıkla yaşamlarını yitirmeleri, bu sayının giderek artması ve beraberinde halkın tepkisinin çoğalması ile ilgisini bu yöne çevirmiştir. Swanson'un yaşanan ölümler karşısında kayıtsız kalamaması nedeniyle 1993 yılında Swanson Bakım Kuramı ortaya çıkmıştır (Gürsoy ve Sağlam, 2021; Nurse-Clarke vd., 2019). Kuram; klinik bilgiyi ve bilimi, bireysel kültür ve inanç değerlerini, insancıl yaklaşımı kabul ederek bireyin özgün değerleri ve hayat tecrübelerinin önemi üzerine yoğunlaşmaktadır (Kökçü ve Kutluğ, 2021). Temelinde fenomenolojik çalışmaları barındırmaktadır ancak hemşirelik bakımının da farklı alanlarında kullanılmaktadır (Amalina vd., 2020).

Kurama göre hastalar, psikososyal desteği bireysel ve bütüncül bir yaklaşımla almalı; hemşireler kişinin yaşadığı zorlukları anlayabilmeli, sorunlarını çözebilmeli, öz güvenini ve bağımsızlığını arttırmalıdır (McIntosh, 2023; Molin vd., 2021). Hastalara kuramın uygulanabilmesindeki en önemli etkenin çevre olduğunu düşünen Swanson,

hastanın nelerden etkilendiğinin farkında olmanın ve bu etkenleri tanımlayabilmenin hastalığın iyileşme sürecinde önemli avantajlar sağlayacağını belirtmektedir (Kökçü ve Kutluğ, 2021).

Kuram; bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak, güçlendirmek, inancı korumak şeklinde beş maddeden oluşmaktadır (Pereira vd., 2024). Bilmek; hastayı tanıma ile sorunlarını belirleme sürecidir ve en önemli adımlardan biridir (Kul, 2021). Birlikte olmak; hastanın hislerini paylaşmak, değerli olduğunu hissettirmek, yaşadığı zorluklarda yanında olmak ve güven ortamı yaratarak yaşanan kötü durum karşısında düşüncelerini hemşire ile paylaşmasına olanak tanımaktır (Kökçü ve Kutluğ, 2021). Gereksinimlerini karşılamak; hastanın ihtiyaçlarını belirleyerek, bu ihtiyaçları hastanın onurunu zedelemeyen, korumacı bir yaklaşımla ve konforunu artırarak profesyonel bir anlayışla uygulamaktır. Güçlendirmek; hastaya yapılacak işlemler öncesinde onu duygusal olarak desteklemek ve yapılan işlemler hakkında açıklamalar yapıp, olumlu cevaplar almaya çalışarak etkin baş etme yollarını öğrenmesine yardımcı olmayı kapsamaktadır (Lee vd., 2020). Son madde olan inancı korumada ise; hemşire hastaya güvenmeli, inanmalı ve çaresiz hissetmesinin olabildiğince önüne geçerek inancını kazanması için destek olmalıdır (Gürsoy ve Sağlam, 2021). Swanson Bakım Kuramı; hastalara olan inancın devam ettirilmesinde, başkalarının gerçekliğini bilmeye dayanan, birlik olma yoluyla sağlanan ve başkası için bir şeyler yaparak ihtiyaçlarını karşılayan ve destek olan bir bakım eylemini temsil etmektedir (Álvarez Najjar vd., 2020).

2.3. Kalite Yönetimi

Kalite kavramını Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü (ANSI) ve Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC), “*bir mal veya hizmetin belirli gereksinimleri karşılama becerisine dayanan özelliklerinin toplamı*” olarak tanımlamaktadırlar (ASQC, 2022). Sağlık hizmetlerinde kalite, verilecek sağlık hizmeti sürecinde kaynakların verimli kullanılması, hizmetin etkili bir şekilde verilmesi, hizmet sunumunda hakkaniyete dikkat edilmesi ve hizmetten faydalananların memnuniyetine özen gösterilmesi ile mümkün olmaktadır (Aljarallah vd., 2023). Kalite yönetimi ile birlikte kurumlarda daha verimli bir kayıt sistemi, standartlara uygunluk, memnuniyet, kurum içindeki yetki alanlarının belirlenmesi, istatistiki verilerden yola çıkılarak durum analizlerinin

yapılması ve alınacak kararlarda bu analizlerden yararlanılması sağlanmaktadır (Duran ve Arslanoğlu, 2023).

2.3.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalitenin önemi ilk olarak M.Ö. 2150 yılında Mısır'da inşa edilen yapıların sağlamlığının belirli standartlara uymaması sonucu yaşanan kazalarla birlikte anlaşılmıştır ve bu kazaların tekrarlanması sonucunda taş bloğu yapan kişilere ceza verilmesi bunu kanıtlar niteliktedir (Gülner, 2021). Teknolojinin gelişmesiyle birlikte kalitenin önemi daha da artmış ve kalite denetimi kollara ayrılmıştır. İnsanlar, artık ürünün ve hizmetin kalitesini bir öncelik olarak görme eğiliminde olmuşlardır (Torabi ve Bélanger, 2021). İlkel yöntemlerle başlayan kalitenin gelişme süreci Sanayi Devrimiyle beraber büyük adımlar atmaya başlamıştır (Bolatan, 2019).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Amerika Bileşik Devletleri, Amerika Kalite Kontrol Derneği (ASQC) aracılığıyla gerçekleştirdiği kalite iyileştirme çalışmaları ile kalitenin gelişimine büyük katkılarda bulunmuştur (Helmold, 2023). Aynı dönemde kalite alanındaki büyük gelişmeler ise Japonya'da yaşanmış ve Japon Mühendisler Derneği (JUSE) tarafından istatistiki kontrol çizelgeleri tasarlanmıştır (Pekşen, 2019). İstatistiki kontrol çizelgeleri, kalite planlama modellerini ortaya çıkarmış ve Toplam Kalite Yönetiminin (TKY) oluşmasını sağlamıştır (Zonnenshain ve Kenett, 2020). Küreselleşmenin etkisi ile zaman içinde uluslararası etkileşimler artmış ve Kalite Güvence Standartları oluşturulmuştur (Salman, 2022).

Ülkemizde kalite kavramının önemi, 19. yüzyılda serbest piyasa ekonomisine geçiş ile artmaya başlamış ve işletmelerin yabancı yatırımcılarla kurduğu ortaklıklar, kaliteli ürün üretiminde teşvik edici olmuşlardır (Turali, 2021). Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve gümrükler ile yapılan anlaşmalar neticesinde artan rekabet ortamı, kalitenin hızla etkilerini göstermesine ortam hazırlamıştır (Soner, 2020).

Kalitenin yeri her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de oldukça önemlidir. Çünkü sağlık hizmetlerinde insan hayatı söz konusu olduğu için sağlık kurumlarının kalite kavramına daha fazla dikkat etmeleri beklenmektedir (Iqbal vd., 2021; Karahüseyinoğlu, 2021).

2.3.2. Kalite Yönetim Sistemleri

Kalite yönetim sistemleri (KYS), kurumların hizmet verilecek kişilerin beklentilerini karşılamak ve hizmeti önceden belirlenen standartlara (yasal şartlar, ulusal/uluslararası standartlar) göre sunabilmek için kaynaklarını planlanması, teşkilatlandırılması ve kontrolünü sağlamasına yarayan uygulamalar bütünüdür (Bütüner, 2022; Galkina ve Sorokin, 2020).

2.3.2.1. ISO (Uluslararası Standartlar Organizasyonu)

ISO (International Organization for Standardization), küresel olarak kalite standartlarını geliştirmek, uluslararası iletişim ve iş birliğini arttırmak, üretim ve hizmet sunumu endüstrilerinde kalite güvencesi sağlanmasına rehberlik etmektedir. 1946 senesinde Londra'da, Uluslararası Standardizasyonun geleceğini tartışmak amacıyla bir araya gelen 25 ülke temsilcilerinin ortak kararı ile 1947 yılında Cenevre'de kurulmuştur. Uluslararası düzeyde akreditasyon standartlarına yönelik akla ilk gelen kuruluşlardan birisidir (Akdoğan vd., 2022; Karaca, 2022; Shi vd., 2019; Vasovic vd., 2022). 165 ulusal standart kuruluşuna üyeliği bulunan ISO, uluslararası ve bağımsız bir sivil toplum kuruluşu kimliğine sahiptir. Üyelerini ülkelerin en önde gelen standart kuruluşları arasından kabul etmektedir (Sgobba, 2022). 1987 yılında ISO 9000 standartları yayınlanmış ve 13 Kasım 2008'de yenilenmiştir. 14 Kasım 2010 tarihinden itibaren ise, ISO ve Uluslararası Akreditasyon Forumu (International Accreditation Forum - IAF) tarafından ISO 9001:2000 standartlarının yerini ISO 9001:2008 versiyonu almıştır (Papahova, 2019). Uluslararası alanda 25408'den fazla standart yayınlamıştır fakat en yaygın kullanım alanına sahip olanı 9001 standartlarıdır (ISO, 2024; Ong vd., 2020). Organizasyonların türüne, boyutuna, sağladıkları hizmet ve ürünlere bakmaksızın uygulanabilmektedir. Kalite sisteminin yükselmesini, kayıt altına alınmasını ve verimliliğini sağlayabilmek adına kurum yöneticilerinde kalite ölçüm faaliyetleri için gerekli olan sorumluluk, satın alma politikaları ve eğitimlerine kadar varan kalite yönetimi uygulamaların tümünü içeren faaliyetlerde bulunmaktadır (Hartika vd., 2023; Kaya, 2023; Kıpçak vd., 2021; Zimon vd., 2022).

ISO, tüm dünyada geçerliliği kabul edilen standartlar oluşturmayı amaçlamaktadır (Panhwar vd., 2020). Sağlık hizmeti veren kurumlarda da kalite sistemlerini değerlendirmek için standartlar geliştirmektedir. Standartların temelinde, tüm organizasyonlara uygun kalite yönetim sistemleri sağlanması, uluslararası temsilciler

komitesinin onayladığı kalite yönetimi alanındaki kavramların birleştirilmesi, iletilmesi ve uygulanması amacına hizmet etme yatmaktadır (İkiz ve Döner, 2023; Karaca, 2022). Sağlık kuruluşları açısından; sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi sağlama, personelin iş doyumunu ve motivasyonunu yükseltme, yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernleşmesi, karar mekanizmalarının sürekliliği, bilgi sistemlerinin belgelenmesi, iletişim mekanizmasının geçerliliği, hasta memnuniyeti ve ekip çalışmasını sağlama gibi yararları vardır (Baillette vd., 2022).

ISO standartları klinik hizmetler dahil olmak üzere, hizmet sunan tüm kuruluşlar için geneldir ve sonuçlardan çok uygulanabilirliğe odaklanmıştır. Sonuçları, hizmeti alanların memnuniyet durumu üzerinden değerlendirilir. Bu standartlar; müşteri odaklılık, liderlik, çalışanların katılımı, süreç yaklaşımı, sistem yaklaşımı, sürekli iyileştirme, verilere dayalı karar alma ve tedarikçilerle iş birliğidir (ISO, 2024).

2.3.2.2. TSE (Türk Standardları Enstitüsü)

Türk Standardları Enstitüsü (TSE), 16 Ekim 1954'te kurulmuş olup, birçok alanda standardizasyon ve uygunluk değerlendirmeleri yapmaktadır (TSE, 2024). TSE 1955 yılında ISO'ya, 1956 yılında ise Uluslararası Elektroteknik Komisyonu'na (International Electrotechnical Commission – IEC) üye olarak kabul edilmiştir ve Türkiye bu kuruluşlardaki temsilcisidir (Devres, 2023). 18 Kasım 1960 tarih ve 132 Sayılı Kanun'la tüzel kişiliğe haiz, özel hukuk hükümlerince idare edilen bir kurum olma icabıyla kuruluş aşamasını tamamlamıştır (Yüksel, 2020). TSE'nin uygun görüp, kabul ettiği standartlara “*Türk Standardı*” denilmektedir ve birçok standardı hazırlamak ve hazırlatmak, kurumda ve dışarda hazırlanan standartları kontrol etmek, kabul gören standartları yayımlamak gibi görevleri yerine getirmektedir (Baydar, 2019). Enstitünün bağlı olduğu bakanlık, Türkiye Cumhuriyeti Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'dır (Barış, 2020).

Kalite yönetim sisteminin benimsenmesi bir sağlık kuruluşu için stratejik bir karardır. Sağlık kuruluşunun genel performansının iyileştirilmesine yardımcı olabilir ve sürdürülebilir kalkınma için sağlam bir temel sağlayabilir. TSE'nin sağlık alanındaki standartları, TS EN 15224 Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetim Sistemi tarafından oluşturulmaktadır (Şahin, 2020). Sağlık hizmetleri organizasyonları için, sektöre özel bir kalite yönetim sistemidir. Bu standarttaki şartlar, TS EN ISO 9001 şartları ve sağlık hizmetleri için ek spesifik tanımlamaları içerir. Sağlık hizmetleri, örneğin temel sağlık,

hastane öncesi bakım ve hastane servisleri, üçüncül sağlık hizmetleri, bakım evleri, düşkünler evleri, önleyici sağlık hizmetleri, zihinsel engelliler bakım hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, fizik tedavi, meslek hastalıkları sağlık hizmetleri, rehabilitasyon merkezleri ve eczaneler olmak üzere tüm sağlık sektöründe uygulanabilecek bir yönetim sistemi standardıdır. TSE standartları, risk tabanlı bir yönetim sistemi standardı olup, klinik hizmetlerde kontrol ve risk yönetimini sağlar. Bu standartlar; sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda, faaliyetlerin planlanması ve kontrolünü sağlar, hizmetlere yönelik süreç yönetimini destekler, hataları azaltır ve hizmet maliyetlerini düşürür. Ayrıca Türkiye'deki sağlık turizmini destekler ve hizmetten faydalanacak olan Avrupalılar için güvence teşkil eder (TSE, 2023).

2.3.2.3. EFQM (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı Mükemmellik Modeli)

EFQM (European Foundation for Quality Management); 1988 senesinde Avrupa'nın önde gelen 14 markasının yönetim kurulu başkanlarının imzalarının bulunduğu bir niyet mektubu ile kurulmuştur (KALDER, 2024). EFQM, kurum ve kuruluşların verimliliğini arttırabilmesinde onlara destek olabilecek olan EFQM Mükemmellik Modelini ortaya koymuştur (Rodríguez-González vd., 2020). Bu model kurumların kendi içlerinde özdeğerlendirme yapmalarını sağlayarak mükemmelliği yakalamanın yolunu gösteren, kuruluşun güçlü ve zayıf yönlerinin anlaşılmasını sağlayan, zorluklara karşı çözümler üreten önemli ve stratejik bir araç olarak kabul görmektedir (Maltaş vd., 2021). Temel kavramların yapılandırılmış bir yönetim sistemi biçiminde faaliyete geçirilmesinin ifadesi olarak görülen model, günümüzde birçok ülke tarafından on binlerce kurum ve kuruluşta aktif rol oynamaktadır (Kocakoç, 2020). Büyüklükleri fark etmeksizin şirketler, eğitim, sağlık, kamu hizmetleri kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları tarafından uygulamaya geçirilebilen bir modeldir (AlShehail vd., 2022).

EFQM, 1992 senesinden itibaren Avrupa'da kalite ödülleri sürecini başlatmıştır. Türkiye'de ise sertifikasyon süreci EFQM'in ülkemizde Türkiye Kalite Derneği (KALDER) tarafından organize edilmektedir (Jankalová ve Jankal, 2020; Öztürk, 2019). Hizmet memnuniyeti ve kalitesi iş dünyasının vazgeçilmez unsurları haline gelmesiyle birlikte, ürün ve hizmet üretimine, hizmeti alan bireyin bakış açısıyla bakmaya başlanmıştır (Keskinçılıç, 2023). Dünya çapında ün kazanan bir yönetim çerçevesi oluşturmayı başaran EFQM Mükemmellik Modeli, kuruluşları değişimi

yönetme ve performanslarını iyileştirme konusunda desteklerken, sürdürülebilir değer yaratma yolculuklarının neresinde olduklarını ölçerek başarıyı elde etmelerine yardımcı olmaktadır (KALDER, 2024). Hizmet veren kurumların sürdürülebilir mükemmelliğe ulaşabilmesi için modelin; müşteriler için değer katma, sürdürülebilir bir gelecek yaratma, kurumsal yetenekleri geliştirme, yaratıcılık ve yenileşimden yararlanma, vizyoner, esin veren ve bütünsel liderlik, çeviklikle yönetme, çalışanların yetenekleriyle başarma ve mükemmel sonuçları sürdürme standartlarını temel alması gereklidir (Mishra, 2023).

Sağlık kurumlarındaki personelin bilgi ve deneyiminin önemi ve verilecek eğitim ile geliştirme süreçlerinin gerekli olduğu bilinmektedir (Ahmed ve Idris, 2020). Mükemmellik modelinin bu süreçlere verdiği önem, hizmet sunumunun kalite ve güvenilirliğinin artırılabilmesi konusunda yol gösterici olmaktadır. Ayrıca yapılacak uygulamalarda hasta beklentilerinin de dikkate alınmasını sağlamaktadır. Hasta görüşlerinin önemseniyor olması da modelin, toplumun yüksek standartlarda hizmet beklentisinin olduğu sağlık kuruluşları için son derece önemli olduğunu göstermektedir (Abu-Rumman vd., 2022; Wang, 2023).

2.3.2.4. JCI (Uluslararası Ortak Komisyon) Akreditasyonu

JCI (Joint Commisison International), sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve güvenli bir şekilde yürütülmesi ve uluslararası alanda akreditasyon işlemlerinin sağlanması amacıyla 1951 yılında ABD’de kurulmuştur (Hammad vd., 2022). Geçmişte sağlık kurumlarının denetimini sağlayarak akreditasyon belgesi veren akreditasyon örgütü, merkezi ABD’de bulunan Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Birleşik Komisyonu (JCAHO) kuruluşu olmuştur. Ancak JCAHO örgütü tarafından 1999 yılına kadar yapılan akreditasyon denetimleri, 1999 yılından itibaren JCAHO örgütünün alt kuruluşu olan JCI tarafından yapılmaktadır (Karaca, 2022). Kuruluşunun oluşum sürecindeki denetleyici programları ve standartları, Uluslararası Sağlıkta Kalite Topluluğu (International Society for Quality in Healthcare - ISQua) tarafından akredite edilmiştir (Avcıl ve Uslu, 2022). JCI tarafından birçok ülkede ve farklı sektörlerde akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur. Ülkemizde ise Temmuz 2000’den itibaren Türk Akreditasyon Kurumunun (TÜRKAK) örgütlenme çalışmalarını başlatmış ve böylelikle Kasım 2002 tarihinde Türkiye’nin Avrupa Akreditasyon Birliği’ne tam üye olması sağlanmıştır. 2002 yılında Memorial

Hastanesi, Türkiye’de JCI Akreditasyon Kalite Belgesi almaya hak kazanan ilk hastane olmuştur (Yılmaz vd., 2020).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında eğitim, danışmanlık, uluslararası akreditasyon ve sertifikasyon yoluyla hasta bakım kalitesi ve güvenliğinin sürekli iyileştirilmesini hedefleyen JCI; kuruma özgü kalite standartlarının belirlenmesini ve bu standartların kurumların bünyesine kalıcı olarak yerleşmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Aljehani ve Khawaji, 2022; Yılık ve Öztürk, 2023). Kurumlara profesyonel bir bakış açısı kazandırarak verdikleri sağlık hizmetini gözlemlene yeteneklerini geliştirmekte, iç organizasyonlar aracılığı ile kurumların öz denetim ve değerlendirme yapabilmelerini sağlamakta ve kalite anlayışına daha geniş bir perspektiften bakabilmelerini mümkün kılmaktadır (Jokhadze ve Koblianidze, 2024; Şahin, 2020).

JCI standartları, hasta merkezli standartlar ve sağlık kuruluşu yönetim standartları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan, hasta merkezli standartlar; bakıma kabul ve bakımın devamlılığı, hasta ve ailesinin hakları, hasta değerlendirmesi, hasta bakımı, hasta ve ailesinin eğitimi şeklindeki standartları içerir. Sağlık kuruluşu yönetim standartları ise; kalite yönetimi ve iyileştirme, yönetim, liderlik ve idare, tesis yönetimi ve güvenlik, çalışanların niteliği ve eğitimi, bilgi yönetimi, enfeksiyon kontrolü ve korunmadır (Cui ve Meng, 2021; Giri vd., 2023; Gözlü, 2023).

2.3.2.5. Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)

2004 yılında İstanbul’da gerçekleştirilen, “Sağlık Sektöründe Akreditasyon” gündemli toplantıda Sağlıkta Dönüşüm Projesi dahilinde gerçekleştirilecek olan Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemini oluşturabilmek adına teknik destek ve iş birliği amacıyla, JCI ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalanmıştır (Benlice, 2023). Bu protokol sayesinde Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi ülkemizde faaliyetlere başlamış ve sağlık kurumları arasında JCI’ya olan ilgi ve güvende artış yaşanmıştır. Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) dahilinde, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) bünyesindeki yapılan çalışmalar sonucunda ülkemizin uluslararası düzeyde kabul görece nitelikteki ulusal akreditasyon sistemi olan Sağlıkta Akreditasyon Standartları hazırlanmıştır (Özkan ve Ün, 2020). SAS’ın uluslararası boyutta da kabul görmesi amacıyla yapılan ilk girişim 2012 yılı mayıs ayında, ISQua ile temaslara geçilmesidir (Şahin, 2020). Görüşmeler sonucunda Sağlıkta Kalite Standartları geliştirilerek, SAS – Hastane Seti oluşturulmuş ve ISQua

tarafından da akredite edilmiştir (Cece, 2022). Ağız ve diş sağlığı merkezleri, evde sağlık, diyaliz ve ayaktan sağlık hizmeti veren kurumlara yönelik kalite ve akreditasyon standartları oluşturulmuştur (Karaca, 2022).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında akreditasyon, belirlenen ve yayınlanan standartlar çerçevesinde hizmet verilir verilmediğinin uluslararası olarak onaylanmış bir tüzel kişilik tarafından incelendiği resmi süreçler bütünüdür (Yılık ve Öztürk, 2023). Kurumlardaki hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla; ulusal ihtiyaçlar, ulusal ve uluslararası standartlar, DSÖ hasta güvenliği hedefleri ve ISQua ilkeleri doğrultusunda tasarlanmış olan standartların ve ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını belirleyebilmek için denetlenmektedir (Karaca ve Kara, 2020).

SAS'da, 7 Boyut, 32 Bölüm, 58 Standart, 244 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır. SAS Hastane Seti, standartlardan, değerlendirme ölçütlerinden ve bunlara ilişkin kılavuzlardan oluşmaktadır. Kılavuzlarda standartların amaçları, hedefleri ve standart gereklilikleri yer almaktadır. Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır. SAS'ta yer alan 7 boyut, yönetim ve organizasyon, performans ölçümü ve kalite geliştirme, sağlıklı çalışma yaşamı, sağlık hizmetleri, hasta deneyimi, destek hizmetleri, acil durum yönetimidir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021).

2.3.2.6. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili çalışmalar, 2003 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önem kazanmış ve bu doğrultuda SKS faaliyetlerine başlanmıştır. Ülkemizdeki kalite sisteminin temelleri; merkez ve taşra teşkilatı kurumsal yapısı, sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümü ve takibinde faydalanılan SKS göstergeleri, sağlıkta kalite değerlendirmeleri ve Türkiye Klinik Kalite Programı'ndan meydana gelmektedir (Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020).

Sağlıkta kalite standartlarının amacı; sağlık hizmeti veren kurumlardaki çalışan ve hasta bireylerin memnuniyetlerini arttırmak, güvenliklerini sağlamak; sağlık hizmetini eşit ve zamanında sunmaktır (Kılıç ve Hasan, 2023). Ülkemizde, sağlık hizmeti veren kurumlara özgü setler oluşturulmuştur. Bunlar; SKS Hastane, SKS Diyaliz, SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADHS), SKS Tıp Merkezi ve SKS 112 standartları olarak bölümlere ayrılmıştır. Standartlar hazırlanırken hastane kalite temsilcilerinin, ilgili uzman ve saha uygulayıcılarının önerileri göz önünde bulundurulmakla beraber;

verimliliği arttıran, israfı önleyen, çalışan-hasta memnuniyetini ve güvenliğini önemseyen bir perspektiften bakarak hazırlanmaktadır Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı güncel rehberler doğrultusunda sağlıkta kalite standartları etkin ve verimli şekilde sağlık kurumlarında uygulanmalıdır (Konca, 2021; *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane; 2020*; Karaca ve Kara, 2020).

SKS Hastane; yapı, süreç ve sonuç odaklı olmak üzere, hastanede bulunan tüm bölümler dahil edilerek tasarlanmış ve 5 boyut, 46 bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme aracından meydana gelmektedir. Boyutları; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetler ve gösterge yönetimidir. Sağlık Hizmetleri Boyutu; hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartları içeren 24 bölümden oluşan boyuttur. Bunlar; Hasta Bakımı, İlaç Yönetimi, Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü, Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri, Transfüzyon Hizmetleri, Terapötik Aferez Hizmetleri, Radyasyon Güvenliği, Acil Servis, Ameliyathane, Yoğun Bakım Ünitesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Doğum Hizmetleri, Diyaliz Ünitesi, Psikiyatri Hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri, Biyokimya Laboratuvarı, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Patoloji Laboratuvarı, Doku Tiplendirme Laboratuvarı, Kemoterapi Hizmetleri, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri, Palyatif Bakım Kliniği ve Evde Sağlık Hizmetleridir (*Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020*).

Sağlık Bakanlığı yılda bir kez sağlık kurumlarının kalite düzeyini belirlemek adına standartlara uyup uymama derecelerine göre değerlendirmeler yapar. Kurumlar standartlara; uyuyor, kısmen uyuyor veya uymuyor şeklinde üç kategoride değerlendirilir ve sonucunda kurumlara yaptırım veya teşvik uygulanabilir (Konca, 2021; Uysal ve Yorulmaz, 2018).

2.4. Bakım Kalite Göstergeleri Kavramı

Bakım kavramı hemşireliğin temel yapı taşıdır ve mesleğin kendine özgü görev alanını oluşturmaktadır (Moretti vd., 2021). Bakım kalitesi denilince akla ilk gelen isimlerden olan Avedis Donabedian bu kavramı; “*hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarılması beklenen hizmet*” olarak yorumlamıştır (Koca vd., 2023; Maryam, 2021).

Kalite kavramı, sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen bakım hizmetinin temel bir göstergesidir (WHO, 2021). Bakım kalite göstergeleri ise, hemşirelik bakım faaliyetlerini ölçmek, performansını değerlendirmek, klinik uygulamaları iyileştirmek amacıyla kullanılan geçerli ve güvenilir araçlardır. Hemşirelik bakımından doğrudan etkilenen ve hastaların sağlık durumlarındaki değişiklikler ile göz önüne gelen ölçütlerdir (Báo vd., 2019; Öner, 2019).

2.4.1. Bakım Kalite Göstergelerinin Tanımı ve Önemi

Bakım kalite göstergeleri, hemşirelik bakım uygulamalarının hasta sağlığı ve güvenliği üzerindeki sonuçlarını yansıtmaktadır (Moorhead vd., 2023). Sunulan sağlık hizmetinin devamlı geliştirilebilmesi için hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergelerinin kullanımı oldukça önemlidir (LoBiondo-Wood ve Haber, 2021). Bunlardan sağlık kurumlarında en yaygın olarak kullanılanlar; basınç yaralanması, üriner katater ilişkili idrar yolu enfeksiyonu, düşme ve düşme kaynaklı yaralanma, ventilatör ilişkili pnömoni, santral katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, ilaç hataları ve mortalite oranıdır (Hommel vd., 2020). Bu göstergeler sayesinde bakım girişimlerinin kanıta dayalı, sistematik, geçerli ve kapsamlı olması; hemşirelik bakımının doğru bir şekilde değerlendirilip hastaların sağlık durumu üzerindeki olumlu etkilerin artırılabilmesi sağlanmaktadır (Bıyık ve Türe, 2021). Ayrıca verilerin düzenli şekilde toplanması ve değerlendirilmesiyle mümkün olan en kaliteli hizmetin verilmesi, yönetim uygulamalarının geliştirilmesi, finansmanlar için tasarruf sağlanması ve gelecekteki değerlendirmelere veri kaynağı sunularak kurum hedeflerinin belirlenmesi mümkün olmaktadır (Pülat, 2019).

2.4.2. Bakım Kalite Göstergelerinin Amacı

Bakım kalite göstergelerini JCAHO; “*önemli hasta bakımı ve destek hizmet faaliyetlerinin kalitesini izlemek ve değerlendirmek için bir rehber olarak kullanılabilen nicel bir ölçü*” şeklinde ifade etmektedir (Öner, 2019). Kalite göstergelerini kullanmadan, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek olanaksız olup hasta bakım sürecinde iyileşme sağlamayı hedefleyen saha çalışanları ve yöneticiler için nicel veri elde edebilmenin yolu bu göstergelerin kullanılmasına bağlıdır (Gözlü, 2023). Sağlık kurumlarında göstergelerin kullanım amacı; bakımın kalitesini belgelemek, kurumlar arasında karşılaştırmalar yapmak, öncelik belirleyerek

karar alabilmek, gerekli durumlarda hesap verebilmek, akreditasyonu ve kalite gelişimini desteklemektir (Dreier vd., 2020; Öner, 2019).

Hemşireler tarafından sunulan bakımın devamlı, düzenli ve sistematik olarak değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bu göstergeler tıbbi kalite standartlarından farklıdır. Hemşirelik uygulamalarıyla ortaya konur ve hemşireliğe özgüdürler (Bıyık ve Türe, 2021; Özşaker vd., 2021). Bu sayede hemşirelik bakım girişimleri sağlık bakım uygulamaları içerisinde görünür hale gelmektedir. Ayrıca hemşirelik bakımının kalitesini ortaya koymanın en uygun yolu olarak bakıma duyarlı kalite göstergeleri işaret edilmektedir (Afanah vd., 2021; Irmak ve Bulut, 2022).

2.4.3. Bakım Kalite Göstergeleri

Bakımın kalitesini ölçebilmek için ilk olarak 1966 yılında Dr. Avedis Donabedian tarafından kavramsallaştırılan; yapı, süreç ve sonuç yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır (Santry vd., 2020). Donabedian'a göre, üç faktörden birinin ölçülmesi ile sistemin kalitesini değerlendirmek ve bakımın kalitesini kıyaslayabilmek mümkün olabilmektedir (Öner, 2019). Bunlardan ilki olan yapı faktörü, bakım hizmetlerindeki kaynakların kullanılabilirlik durumunu göstermektedir (Ghofrani vd., 2024). Süreç faktörü, hastaya verilen hemşirelik bakımı sürecinin değerlendirilmesini yansıtmaktadır (Santry vd., 2020). Sonuncusu ve en önemlisi ise gözleme ve belgeleme sürecinde hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan, sonuç faktörleridir. Bu faktör bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Shroyer vd., 2019). Sonuç göstergelerinden en yaygın olanları; bası ülseri, idrar yolu enfeksiyonu, düşme ve düşme kaynaklı yaralanma, pnömoni, katater enfeksiyonu, ilaç hataları, mortalite oranı, bakımdan hasta memnuniyeti ve hemşire iş memnuniyetidir (Bıyık ve Türe, 2021; Caughey vd., 2020). Özetle bakım kalite göstergeleri, hemşirelik bakımının kalitesini izlemek, değerlendirmek ve sağlık bakım hizmetlerine kılavuzluk etmek için kullanılan uygulamalar bütünüdür. Değerlendirmelerin sonucunda yetersiz, eksik ve hatalı uygulamalar için düzenleyici ve önleyici faaliyetler oluşturulmasına da rehberlik etmektedir (Irmak ve Bulut, 2022; Labrague vd., 2020; Öner, 2019).

2.4.3.1. Hemşireliğe Duyarlı Bakım Kalite Göstergeleri

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki değişim, gelişim ve iyileştirmelerle birlikte sağlık kurumlarındaki hemşirelik bakımı uygulamaları da yeniliklere ayak uydurmaya

çalışmaktadır (McGonigle ve Mastrian, 2024). Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, kurumlar arası rekabetin artması, hasta güvenliği ile ilgili yaşanan sorunlar, yatış süresinin kısalması ve hastaların beklentilerindeki artış, hemşirelik bakımına olan taleplerin de değişmesine neden olmuştur (Gökmen, 2018). Bu talep ve beklentiler, hemşirelik bakımının da kalitesinin sorgulanmasını beraberinde getirmiştir. Verilen bakımın kalitesini ortaya koymanın en iyi yolu ise hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergelerinin kullanılmasıdır (Irmak ve Bulut, 2022; Mainz vd., 2023). Bu göstergeler hemşirelik bakımının yapısını, sürecini ve sonucunu yansıtmaktadırlar (Oostendorp vd., 2020).

Modern hemşireliğe öncülük eden Florence Nightingale, 1850 senesinde gerçekleşen savaşlarda hasta çıktılarını belgeleyerek verdiği bakımın sonuçlarına göre çıkarımlarda bulunması gösterge kullanımının başlangıcı olarak kabul edilebilmektedir (Katz, 2023). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1970 senesinde konuyla ilgili Donebedian modelini de referans olarak faaliyetlerde bulunmuş ve 1998 senesinde Hemşirelik Kalite Göstergeleri Ulusal Veri Tabanını (National Database of Nursing Quality Indicators-NDNQI) oluşturmuştur (Data ve Burns, 2023). Böylelikle hemşirelik bakımına bağlı olan hasta çıktıları da görünür hale gelerek ulusal veri tabanlarında karşılaştırılmasına olanak sağlanmıştır. Bu veri tabanlarında birçok kalite göstergesi bulunmakta ve düzenli olarak raporlamalar yapılmaktadır (Bıyık ve Türe, 2021).

Hemşirelik mesleği; bakım standartları rehberliğinde hemşirelik bakımını sürekli ve nesnel olarak ölçerek, bakım kalitesindeki artışı sağlar (Dang vd., 2021). Hemşireliğin kendine has uygulamalarının olmasından dolayı, hastalara sunulan bakımın kalitesini ölçebilmek için mesleğe özgü yöntemler kullanılmaktadır (Arslan, 2021). Hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri, bakım uygulamaları sonucu elde edilen verilerin toplanması, analizi ve değerlendirilmesine yarayan hemşireliğe özgü ölçütlerdir (Meissner vd., 2018). Bu nicel verilerin değerlendirilmesi sonucunda hemşirelerin çalıştığı servisler bazında standartlara uygunluğunu denetleyebilmek ve yeni standartlar oluşturabilmek mümkün hale gelmektedir (Báo vd., 2019).

2.4.3.2. Sağlıkta Kalite Standartları Hasta Bakımı Göstergeleri

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setlerinin, ülkemizdeki sağlıkta kalite kültürünün geliştirilmesine yönelik çalışmalarda önemli bir yeri bulunmaktadır. Türkiye Sağlıkta

Kalite Sisteminin amacı, ülkemizde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarındaki hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamaktır. Bu doğrultuda, fiziki koşulları iyileştirme, insan gücü ve teknoloji kapasitesini artırma ile kalite alanında standartlar belirleme, uygulama ve uygulanma düzeyini yerinde değerlendirilme şeklinde bir bütünsellik arz etmektedir (*Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020*).

Sağlık hizmetinde kalitenin devamlı iyileştirilebilmesi için hizmet süreci ile hasta çıktılarının düzenli ve somut verilere dayanarak izlenmesi gerekmektedir. Somut verilere ulaşmak için ise süreç ölçülebilir bir formata dönüştürülmelidir. Ölçümler sayesinde verilen hizmetin takibi ve yönetimi sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ölçümle elde edilen hedefler belirlenerek sürekli iyileştirme yapılacak alanlar tespit edilmeli ve kaliteli hizmetin devamlılığı sağlanmalıdır. Söz konusu amaç doğrultusunda kullanılan araçlar; kalite göstergeleri, öz değerlendirmeler, görüş, öneri ve geri bildirimlerdir (Irmak ve Bulut, 2022; Li vd., 2020; *Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

Göstergeler; verilen bir hizmetin hasta üzerindeki etkilerinin nicel hale getirilmesiyle, hizmet sunumunda iyileştirmeler yapılabilmesine katkıda bulunan, verimlilik ölçümü ve kalite iyileştirme amacıyla faydalanan önemli araçlardır (Endeshaw, 2020). Gösterge takibinin sağlık kurumlarına olan faydaları şöyle sıralanabilir; hizmet kalitesinin ölçülebilmesi, iyileştirmeye ihtiyaç duyulan süreç ya da bölümlerin kısa zamanda belirlenebilmesi, bölümler arasında karşılaştırmalar yapılabilmesi, ileriye dönük kurum politikaların oluşturulabilmesi, yönetsel başarının ortaya konulabilmesi ve hesap verilebilirliğin sağlanmasıdır. Söz konusu göstergelerin tanımlarına, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı çatısı altındaki Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi başlığı içerisindeki Sağlıkta Kalite Göstergeleri bölümünde yer verilmektedir. SKS gösterge sonuçlarının verileri, sağlık kuruluşları tarafınca Kurumsal Kalite Sistemi bünyesindeki Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi'ne (TÜR-GÖS) düzenli olarak girilmektedir (*Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

a) Hasta Düşme Oranı

Düşmeler, dünya üzerindeki tüm sağlık kurumlarının en önemli halk sağlığı ve hasta güvenliği sorunlarından biridir (Kakemam vd., 2021). “Bireyin herhangi bir zorlayıcı güç, senkop veya inme olmaksızın dikkatsizlik neticesinde, olduğu yerden daha aşağı

bir yerde hareketsiz kalması düşme” olarak tanımlanmaktadır (Şen ve Duman, 2023). DSÖ düşmeyi “*farkında olmaksızın yer, zemin ya da diğer alçak seviye üzerine yığılma; mobilya, duvar ya da diğer objeler üzerine doğru bilinç dışı pozisyon değişikliği*” olarak tanımlamıştır (WHO, 2021). JCI ise “*fiziksel bir yaralanmaya sebep olabilecek planlanmamış ani yere doğru hareket değişiklikleri*” şeklinde belirtmektedir (Kılıç vd., 2021). Düşmeler hastaların yaralanmasına, hastanede kalış sürelerinin uzamasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve sağlık giderlerinin artmasına sebep olmaktadır (Sluggett vd., 2020).

Hastaların düşme riski, çeşitli iç ve dış faktörlere bağlı olarak artabilmektedir (Ríos-Fraustro vd., 2021). Bunlardan iç faktörler arasında; hastalık öyküsü, cinsiyet, ileri yaş, depresyon, polifarmasi, riskli ilaç kullanımı, görme ve işitme bozukluğu, baş dönmesi, nörolojik hastalıklar, düşme öyküsü, inkontinans, diyabet, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi hastalıkları yer almaktadır. Dış faktörler arasında ise; hastane ortamındaki kaygan olan zeminler, banyo, tuvalet ve merdivenlerdeki tutunma barlarının sağlam olmaması; yatak konumunun alçak, koruma kenarlarının kaldırılmış ve tekerleklerinin kilitli olmaması, hastanın kullandığı ayakkabı veya terlikten kaynaklanabilen etkenler yer almaktadır. Düşme riski yüksek olan hastalar için gerekli tüm önlemleri hemşirelerin alması ve kontrolünü sağlaması gerekmektedir (Fong vd., 2023; Kılıç vd., 2021; Najafpour vd., 2019; Takase, 2023).

Hastanelerdeki hemşirelik bakım göstergeleri arasından en önemlilerinden biri hasta düşme oranı olarak kabul edilmektedir (Alharbi vd., 2020). JCAHO tarafından 2007 yılında yayınlanan “*Hasta Güvenliği Hemşirelik Bakımı Hedefleri*” içerisinde, hasta düşmelerinden doğan zarar görme oranının azaltılması, koruyucu önlemler listesinin en üst maddeleri arasında yer almıştır. Servislerde hasta güvenliğini sağlamak hemşirenin temel sorumluluklarından ve hemşireler, hasta düşmelerinin tamamen önüne geçilemese de önleyici uygulamalar ile en aza indirebilmesinde önemli rol oynamaktadırlar (Şen ve Duman, 2023; Vaismoradi vd., 2020). Hasta düşmelerini önleyebilmek için eğitim, danışmanlık, bakım ve değerlendirme süreçlerinde oldukça etkilidirler. Düşmelere sebep olabilecek tüm risk faktörleri belirlenip, koruyucu önlemlerin zamanında alınmasına katkı sağlarlar. Böylece hastaların zarar görmesi önenebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına imkân sağlanabilir (Bhasin vd., 2020; Kılıç vd., 2021; Usta, 2019).

Yatan hastalarda ve kurumların belirlemiş olduğu ayaktan hasta gruplarında düşme riski değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır. Bunlara; İtaki Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II, gibi ulusal ve uluslararası skorlama ölçekleri örnek olarak verilebilir. Risk değerlendirmesi; hastanın hizmet alacağı bölüme kabul edilmesinden itibaren ilgili bölümde görevli hemşire tarafından yapılmaktadır. Düşme riski, hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, sağlık durumunda değışiklikler olduğuunda ve hastanın düşmesi halinde yeniden değerlendirilmelidir (*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023*).

Hasta düşme oranı, sağlık hizmetinin sunumu esnasında yaşanan hasta düşmelerinin takip edilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır. Veri kaynakları bildirim dayalı kayıtlardır ve veri giriş periyodu 6 aylıktır. Bu kayıtlar aracılığı ile düşme riski yüksek olan hastalar tespit edilerek, gereken önlemleri almak ve hasta bakım kalitesini arttırmak hedeflenmektedir.

- **Hesaplama Yöntemi:** İlgili dönemde; (*Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı + Ayaktan toplam başvuru sayısı*) x 1000 olarak hesaplanır.
- **Alt Gösterge:** • Ayaktan hasta düşme oranı
 - Yatan hasta düşme oranı
 - Düşme risk puanına göre hasta düşme oranı
 - Düşme zamanına göre hasta düşme oranı
 - Yaş gruplarına göre çocuklarda düşme oranı

Ayaktan hasta başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, diyaliz, günübirlik vb.) eklenebilir. Ayaktan başvuran hastalara düşme riski değerlendirme formu doldurulmasına gerek yoktur. Hesaplamalarda düşme olay bildirimleri temel alınır. Gerçekleşen tüm düşme olaylarının “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi” ne girişı yapılmalıdır.

TÜR-GÖS’e veri girişı; İlgili dönemde, (*Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı*) x1000 veya (*Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Ayaktan toplam başvuru sayısı*) x1000 şeklinde hesaplanarak yapılır (*Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

b) Basınç Yarası Oranı

Vücuda etki eden fiziki bir basınç ile ortaya çıkan doku bütünlüğündeki bozulmalara “*basınç yarası*”, “*basınç ülserleri*”, “*yatak yarası*”, “*basınç hasarı*”, “*dekübit*” ve “*dekübit ülseri*” olarak birçok terim kullanılmaktadır (Akinfiresoye, 2020). Ancak bu terimler arasından yatak yarası ve dekübit ülseri terimlerinin günümüzde kullanıma uygun olmadığı anlaşılmıştır. Çünkü basınç yaraları sadece yatakta veya yatar pozisyondayken meydana gelmemektedir. Bu sebeple, basınç yarası veya basınç ülseri teriminin kullanımı daha doğrudur (Ko ve Huh, 2021). Avrupa Basınç Yaraları Tavsiye Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel - EPUAP) tarafından basınç yarası; “*basınç, friksiyon, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesi*” şeklinde tanımlanmıştır (Efteli, 2020). Basınç yarası oluşumuna neden olan ana etkenler; basınç, sürtünme, sıkışma ve yırtılmalardır. İmmün sistemi baskılanmış, hipoksi, bozulmuş doku perfüzyonu, diyabet ve beslenme bozukluğu olan hastalarda yaranın ortaya çıkması daha kolaydır. Özellikle birden fazla kronik hastalığı bulunan, spinal kord travması geçirmiş, sürekli hareket etmeden yatmak durumunda olan (hemiplejik ve/veya paraplejik olgular) yoğun bakım hastaları ve uzun süreli ameliyat geçiren hastalarda daha sık görülmektedir (Kipps vd., 2023; Sarı, 2023; Uzun ve Kaya, 2020).

Sağlık hizmetlerindeki yenilik ve gelişmelere rağmen basınç yaraları, hâlen pahalı ve kapsamlı bakım hizmetini gerektirdiği, komplikasyonların çokluğu ve hastanın ağrı çekmesine sebep olan önemli bir sorundur. Basınç yaralarının oluşma riskini azaltmak için yapılması gereken ilk adım basınç yarası gelişme riskinin uygun aralıklarla değerlendirilip kaydedilmesidir. Hastanın servise kabul sürecinde yapılacak olan ilk değerlendirme, hemşirelik bakımının planlanması ve sürdürülmesinde oldukça yarar sağlamaktadır (Lin vd., 2020; Reisdorfer vd., 2023; Uzun ve Kaya, 2020).

Hasta ve ailesini psikolojik, fizyolojik ve ekonomik açıdan ciddi derecede etkileyebilen basınç yaralarının önlenmesi hemşirelerin bakım sunumunun merkezinde yer alan, öncelikli ve profesyonel bir sorumluluktur (Gyasi ve Gokova, 2021). Yara oluşumunu önleyici uygulamaların ihmali, hemşirelik bakımı ve kalitesinin yetersiz oluşuna işaret eden bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Gibelli vd., 2022). Hemşirelerin, basınç yarası oluşumunun önüne geçebilmesi ve tedavi politikalarının başarılı olması, inkontinans ve basınç altındaki derinin uygun

aralıklarla kontrolüne, planlı pozisyon değiştirmeye, doğru beslenme, destekleyici yüzeyler ve basıncı azaltan yatakların kullanımıyla doğrudan ilişkilidir (Efteli, 2020). Ayrıca hemşireler düzenli aralıklarla risk değerlendirmesi yapmalı ve basınç önleyici uygulamalar kullanmalıdırlar. Basınç yarası risk değerlendirme ölçeklerinin kullanımı, önleyici ve tedavi edici uygulamaların etkinliği için oldukça önemlidir (Noor ve Hassan, 2021).

Basınç yaraları, hastanın yaşam kalitesinin kötü etkilenmesine, yatış süresinin uzamasına ve bununla birlikte bakım maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle artık, hasta güvenliği, klinik etkililik, tedavinin standardizasyonu ve harcamaların azaltılması amacıyla basınç yarası oranları, Sağlık Bakanlığı'nın düzenli olarak izlediği indikatör uygulamaları içerisinde önemli bir yere sahiptir (Shiroky vd., 2020; Uzun ve Kaya, 2020).

Basınç yarası oranı, ilgili dönemde kliniklerde yatan ve basınç yarası gelişen (yeni gelişen veya evresi artan) hastaların oranını göstermektedir. Oluşan basınç yarasının nedenleri incelenerek hastanın en iyi bakımdan faydalanması ve dolayısıyla yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Veri kaynağı hasta kayıtlarıdır ve veri giriş periyodu 3 aylıktır.

- **Hesaplama Yöntemi:** İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki aydan devreden hasta sayısı) x 100 olarak hesaplanır.
- **Alt Gösterge:** • Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı
 - Klinik bazında basınç yarası gerçekleşme oranı
 - Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı
 - Yeni gelişen basınç yarası oranı

Kliniğe yatışı yeni yapılan hastada basınç yarası varsa dahil edilmeyecektir. Ancak klinikte kaldığı süre içerisinde varsa basınç yarası evresinin artış göstermesi halinde hesaplamaya dahil edilecektir. Hastaların kliniğe yatışıyla birlikte (48 saatten önce taburculuğu planlanan mobil hastalar hariç) ilk 8 saat içerisinde basınç yarası açısından değerlendirilmesi yapılmalı ve risk ölçüm aracı skoruna göre gerekli önlemler alınmalıdır. Evre II ve üzeri olan basınç yaraları (yeni gelişen veya evresi artan) paya eklenmelidir (*Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

c) Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı

Yoğun bakım üniteleri; bir veya daha fazla organ ya da organ sistemlerinde ciddi işlevsel aksaklıklar sebebiyle yoğun bakım ihtiyacı bulunan hastaların tedavisini sağlayabilmek amacıyla, fiziki yapısı ve konumu bakımından hasta bakımına uygun özellikler taşıyan, ileri teknolojiyle donatılmış cihazlara sahip, hasta bakım ve tedavisinin 24 saat aralıksız olarak devam ettiği birimlerdir (Ionescu vd., 2024). Bu ünitelerde hastanın hareketsizliğine bağlı basınç yarası gelişme olasılığı önemli bir sorundur. Özellikle koksiks, kalça, omurga, iliyak kemik, kulak, dirsek ve topuk gibi kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde daha sık görülmektedir (Khoshfetrat vd., 2020; Oğuz, 2019; Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020). Bu bölgeler başta olmak üzere, vücudun basınca maruz kalan diğer bölgeleri belirlenen skalalar yardımıyla hemşireler tarafından düzenli aralıklarla gözlemlenip değerlendirilmelidir (Song vd., 2021). Braden Skalası, Norton Skalası, Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği, BUCH Basınç Yarası Riski Tanılama Ölçeği gibi özel olarak tasarlanmış basınç yarası riski tanılama ölçeklerinin hemşireler tarafından kullanımı koruma, bakım ve tedavi açısından oldukça önemlidir. Ülkemizde en yaygın kullanıma sahip olan Braden Risk Değerlendirme Ölçeği'dir (Abiakam, 2023; Nancy vd., 2022; Yağcı, 2022).

Basınç yaraları, hemşirelik bakımının yetersizliğinin, doku bütünlüğünün korunmasında ihmalin ve bakım kalitesinin düşük düzeyde olmasının en önemli göstergelerinden biri olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca hasta güvenliği açısından mühim olan göstergelerden biridir (Halász vd., 2021; Sving vd., 2020). Hemşirelerin yara oluşumunu önleyici girişimlerden bazıları; hareket ettirme, pozisyon değişimi ile basıncı engelleme, basınç noktasını değiştirme ve basıncın eşit dağılımını sağlamaktır. (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; Tezcan ve Karabacak, 2020). Ülkemizde Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, yoğun bakım ünitelerinde basınç ülserleri oluşumunun önüne geçmeye yönelik düzenlemelerin yapılması, hastaların ilk yatışından başlayarak bası ülseri oluşum riski açısından değerlendirilmesinin gerekli olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan indikatörle, yoğun bakım ünitesinde bası ülseri gelişen hasta oranının tespiti ve izlenmesi sağlık kurumlarınca yapılmaktadır (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

Yoğun bakım ünitesinde basınç yarası oranı, yoğun bakım ünitesindeki yatan ve basınç yarası gelişen (yeni gelişen veya evresi artan) hastaların oranını belirtmektedir. Oluşan basınç yarasının nedenleri incelenerek hastaya en iyi bakımı sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak hedeflenmektedir. Veri kaynağı hasta kayıtlarıdır ve veri giriş periyodu 3 aylıktır.

- **Hesaplama Yöntemi:** İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı / Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki dönemden devreden hasta sayısı) x 100 olarak hesaplanır.
- **Alt Gösterge:** • Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı
 - Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı
 - Yoğun bakımda Evre I basınç yarası gelişen hasta oranı

Yoğun bakım ünitesine yeni yatışı esnasında hastaların basınç yarası varsa dâhil edilmeyecektir. Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışından başlanarak ilk 8 saat içerisinde değerlendirilmesi yapılmalı ve ölçüm aracı skoruna göre önlemler alınmalıdır. Kurumda birden fazla yoğun bakım ünitesi bulunuyorsa her bir ünite için ayrı ayrı izlem yapılmalıdır. Evre II ve üzeri olan basınç yaraları (yeni gelişen veya evresi artan) paya eklenmelidir (*Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi, 2024*).

2.5. Hemşirelik Bakım Kalitesini Değerlendirme

Son yıllarda sağlıkla alakalı bilgi birikimi ve teknolojiye yaşanan inovatif hareketlerin artışıyla beraber sağlık hizmeti yarışının ve maliyetinin artması sonucunda tedavi/bakım kalitesi gündeme gelerek hemşirelik hizmetlerinin de önemli yerinin olduğu sağlık sektörünün daha nitelikli bakım hizmeti sunma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Doshmangir vd., 2019; Karaca ve Durna, 2019). Toplumun eğitim seviyesinin artması, daha bilgili ve sunulan hizmeti eleştiren, bakım konusunda daha bilinçli bireylerin ortaya çıkmasına ve beklentilerinin devamlı olarak değişmesine sebep olmaktadır (Özşaker vd., 2021). Bu sebeple, sağlık kurumlarının işlevselliğini sürdürebilmeleri ve rekabette öne geçebilmeleri için hizmet kalitesinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi giderek önemli hale gelmiştir (Tripathi ve Siddiqui, 2020).

Hemşirelerin bağımsız rolleri arasında en önemli işlevi bakımdır. Gelişen sağlık hizmetleri kapsamında bakım işlevinin önemi sürekli artmaktadır ve hizmet kalitesinin vazgeçilmez göstergesi haline gelmektedir (Elçelik ve Özçelik, 2021). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), bakım kalite göstergelerini “*hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktiviteler*” şeklinde tanımlamaktadır (Özcan ve Kurşun, 2021). Buna dayanarak hemşirelik bakım kalitesi, hasta bakımı ve tedavi uygulamalarındaki beklentilerinin mümkün olabilecek en iyi şekilde karşılanması olarak ifade edilebilir (Akthar vd., 2023; Berberoğlu ve Çalışır, 2020). Hemşirelik bakım kalitesini değerlendirebilmek için, servislere özgü kalite standartlarının belirlenmesi ve bu standartlara ulaşabilme düzeyinin değerlendirilmesi en yaygın kullanılan yöntemdir (Bıyık ve Türe, 2021). Standartların belirlenmesinde toplumun beklentilerinin göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir. Çünkü bakım hizmetinin kalitesini belirlerken genel olarak hizmeti alan başka bir ifadeyle hasta ve yakınlarının görüşleri referans alınmaktadır. Hasta ve yakınlarının memnuniyetini sağlayabilmek, beklentinin üzerinde kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesi olarak tanımlanabilir (Goodrich ve Lazenby, 2023; Irmak ve Bulut, 2022).

2.5.1. Öznel Değerlendirme

Öznel kavramı, TDK’de “*özneye ilişkin olan, öznedeki oluşan, nesnelere göre gerçeğine değil, bireyin düşünce ve duygularına dayanan; enfüsi, subjektif*” şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2022). Öz değerlendirme ise, bireyin uygulamak için belirlemiş olduğu amaçlara ulaşma durumunu, belirli değerlendirme ölçütleriyle kıyaslayarak, kendisiyle ilgili bir kaniye ulaşma süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Kaymakçı, 2022). Öz değerlendirme kavramının merkezinde bulunan öznel değerlendirme becerisi, öğrenme ve verimliliği artırabilmenin bir yolu olarak görülmektedir (Somyürek ve Çelik, 2018). Bireyin kendi verim gücüne dair farkındalığı, diğer bir deyişle öz değerlendirmedeki doğruluk payı arttıkça, bilgi eksikliğini ve gereksinimlerini daha doğru bir şekilde belirleyebileceği, değişiklik ve iyileştirmeler yapması gereken alanları ortaya çıkarabileceği, eksik olduğu konuları fark edip, sonuç olarak kendi yeterliliklerini artırabileceği öngörülmektedir (Somyürek ve Çelik, 2018; Teke, 2020). Günümüzde sağlık kurum ve kuruluşlarının aralarındaki rekabet artışı ve hastaların hastanede kalış sürelerinin azalması gibi sebeplerden dolayı bakım kalitesinin düzenli olarak takip edilmesi ve değerlendirilmesine gerek duyulmaktadır (Gavahi vd., 2023).

Bakım kalitesini değerlendirebilmek için belirli standartlara göre hareket edilmesi, giderlerin incelenmesi, hasta memnuniyet ve şikayetlerinin anketler aracılığı ile izlenmesi gerekmektedir (Koç, 2022). Hastaların, hastanedeki sağlık hizmetlerine karşı tutumlarını etkileyen en önemli faktörlerden birisi hemşirelik hizmetlerine yönelik memnuniyetleridir (Erciyas vd., 2021). Hasta bakış açısıyla bakım kalitesinin değerlendirilmesi ise hemşirelik disiplininin önemli bir kalite göstergesi olarak kabul görmektedir (Fitzpatrick, 2022). Ancak verilen hizmet, hem hizmeti alan hem de hizmeti sağlayan tarafından değerlendirildiğinde, hizmet sürecinin nitelikli bir biçimde yapılandırılmasına olanak sağlanmış olur (Aydın ve Kaşıkçı, 2021). Hastaların, sunulan hemşirelik bakımına yönelik kalite algısı, aldığı hizmetten umduklarına ve geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple hemşirelerin kendi sunmuş oldukları bakıma dair görüşlerinin belirlenmesi, bakımın kalitesini artırabilmek adına oldukça önemli bir yere sahiptir (Gülen ve Zaybak, 2023; Liu vd., 2021; Schiele vd., 2021).

2.5.2. Nesnel Değerlendirme

Nesnellik kavramı, TDK'de "*gerçeğe varmak amacıyla, taraf tutmadan inceleme yapan, hüküm veren; objektif*" şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2022). Gerçekliği temel olarak doğru karar verilmesi hükmüne dayanması, kişilerin özellik ve yorumundan bağımsız olmasından dolayıdır. Nesnel ölçümler, verim gücünü yansıtmak için en uygun göstergeler olarak kabul edilmekte ve bu sayede "*gerçek dünya*" olduğu gibi yansıtılmaktadır (Güran ve Lebekwe, 2020).

Kurum ve kuruluşlarda, belirlenen hedeflere ulaşabilmek ve çalışanların davranışlarını biçimlendirebilmek amacıyla nesnel ölçümlerin kullanımına başvurulmaktadır (Arslan, 2019). Çalışanların iş yerindeki davranış analizleri, çok yönlü ve birçok faktörden etkilenebilmesi sebebiyle; çalışanın gerçek performansını sadece öznel değerlendirme yoluyla açıklayabilmek mümkün değildir. Nesnel ölçümler sayesinde, verimliliğini değerlendirirken ortaya çıkan kasıtlı ve kasıtsız denetim ya da değerleyenin yanlı tutumu önlenmektedir (Güran ve Lebekwe, 2020).

Sağlık hizmetleri farklı oluşumlar ve sistemler içerisinde sunulabilir. Ancak tüm sağlık hizmeti oluşumlarındaki ortak amaç doğru işlemi, doğru kişiye, doğru zamanda uygulamak ve ilk seferinde doğru yapmaktır. Söz konusu durum ancak kaliteyi devamlı iyileştirmek ve geliştirmekle mümkün olmaktadır. Bu amaç doğrultusunda

hareket etmek ve kaliteli hizmet sunumu sağlamak için; öncelikle sistemin nitelik ve nicelik olarak, o hedefin neresinde olduğunu bilmek gerekmektedir (*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2018*). Kurumların hedefleri doğrultusunda ortaya koyduğu tüm çabaların değerlendirilmesi ile performansları hesaplanabilir (Murphy, 2020). Kalite ölçümü ve takibi, sağlık kurumlarının performansını gösteren önemli bir faktördür (Endeshaw, 2020). Hastanelerde sunulan bakımın kalitesinin ölçülmesi ile ortaya çıkan sonuçlar baz alınarak; kurumların hizmet kalitesini arttırmasına, ileriye dönük planlar yapmasına, kurumsal politika ve stratejileri belirlemesine katkılar sağlamaktadır (Öz, 2020).

Hemşirelik bakımının kalitesini ölçmek ve kontrol etmek, çeşitli göstergelerin sürekli ve sistemli bir şekilde izlenmesi ve değerlendirilmesi ile mümkün olabilmektedir. Hazırlanan standartlar doğrultusunda, sunulan bakımın kalitesinin ölçülmesi ve maliyet analizleri yapılması, bakımın daha güvenilir olmasını sağlamaktadır (Gerich vd., 2022). Bu amaçla, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Ulusal Kalite Forumu (NQF) hemşirelik bakımına duyarlı hizmeti değerlendirebilmek amacıyla göstergeler belirlemiştir. Bunlar, düşme, basınç yarası gelişen hasta oranı, hasta memnuniyeti, enfeksiyon oranı, üriner kateter ilişkili enfeksiyon oranı, ventilatör ilişkili pnömoni hızı, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızı ve intravenöz kanülasyon sonrası tromboflebit oranı vb. şeklindedir (Alshammari vd., 2023; Kıvanç, 2020; Koch vd., 2022).

Ülkemizde, kalitenin iyileştirilmesi ve akreditasyon süreci 2003 senesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının “*Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon*” başlığı adı altında kalite sistemlerinin temelleri atılmıştır. 2005 senesinde ise ilk kez sağlık hizmeti süreçlerinin tamamını kapsayan standartlar yayınlanmış ve süreçler belgelenecek kayıt altına alınmıştır (Bıyık ve Türe, 2021). Sağlık Bakanlığının yayınladığı “*Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*” kapsamında SKS Hastane (Versiyon 5) rehberi 2015 yılında sürece dahil edilmiştir. Bu süreçte yönetmelik ve yönergeler ile desteklenen standartlar geçmişten günümüze birçok defa yeniden düzenlenmiştir. Rehberde bölümlere ait hasta bakımını değerlendiren kalite göstergeleri de yer almaktadır (Öztürk, 2019).

Kalite değerlendirmelerinde Sağlık Bakanlığı; SKS standartları doğrultusunda, sağlık kurumlarında yapı, süreç ve sonuç bazlı kalite düzeyini belirleyebilmek adına yılda bir

kez değerlendirme ve puanlandırmalar yapar (Atalıç, 2019). Periyodik olarak yapılan bu değerlendirmelerde zorunluluk esastır ve puanlama sonucunda kurumlara yönelik çeşitli teşvik ve yaptırımlar uygulanabilir. Ancak değerlendirmelerden 95 ve üzeri puan alan kurumların bir sonraki yıl puanlamaya katılımı zorunlu değildir (Avcıl, 2020; Benlice, 2023).

SKS kapsamındaki bakım gösterge sonuçları bakımın kalitesini yansıtmakta ve hemşirelik hizmetlerinin yeterliliğinin sorgulanmasını sağlamaktadır (Neves vd., 2020). Sağlık Bakanlığı, sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataların bildirilmesi için geliştirilmiş bir platform olan “*Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi*” ile ülkemizdeki sıklıkla karşılaştığımız istenmeyen olayların bildirilmesi hedeflenmektedir (*Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2021*). Hemşirelerin ise hasta bakımı esnasında karşılaştıkları hataları bildirim sorumluluğuyla birlikte, süreç ve sonuçlarının incelenmesinde kalite ekibine dahil olarak, bakımın kalitesinin artmasında katkılarının vazgeçilmez önemi vardır (Arslan ve Basit, 2021).

2.5.3. Hemşirelik Bakım Kalitesinde Öznel ve Nesnel Değerlendirme

Sağlık kurumlarında yürütülen çalışmalarda, hemşirelik bakım kalitesi genel olarak hasta, hasta yakınları ve hastane yöneticilerinin bakış açısıyla değerlendirilmiştir (Al-Awamreh ve Suliman, 2019; Kersu vd., 2020; Neves vd., 2020; Zhang vd., 2020). Ancak hastaların sağlık durumu, demografik özellikleri, geçmiş deneyimleri, kültürel, kognitif ve ruhsal yapısı farklılık gösterebilir ve bu durum değerlendirme yapma yetilerini etkileyebilmektedir (Karakız, 2020; Toru, 2020). Hemşireler, hastaların farklı kişisel özelliklerini göz önünde bulundurarak onların ihtiyaçlarını belirleyen, tedavi ve bakımını planlayan, danışmanlığını yapan ve konforunu sağlayan sağlık profesyonelleridirler (Babaii vd., 2021; Hickman vd., 2020; Kahraman ve Ceyhan, 2022). Mesleğin profesyonel gerekliliği olarak tedavi ve bakım sürecinde, hastayı sürekli yakından takip eden hemşirelerin, sundukları bakımın kalitesini değerlendirmesi, bakım hizmetlerinin kalitesini artırabilmek adına önemli bir yere sahiptir (Liu vd., 2021). Bakım hizmetinin kalitesini ölçebilmek için tek başına hasta ve yakınlarının değerlendirmesinin yeterli olmadığı, hemşirelerin de vermiş oldukları bakım hizmeti hakkındaki görüşleri, bakımın niteliğini arttırabilmek amacıyla yapılan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Gülen ve Zaybak, 2023; Liu vd., 2021). Bu

sayede, yalnızca sahada çalışan hemşireler nasıl doğru bir şekilde bakım vereceklerini belirlemekle kalmaz, aynı zamanda hastane yöneticileri bakım hizmeti esnasında oluşabilecek tehlike ve riskleri belirleyebilir ve hasta güvenliğini arttıracak faaliyetlerde bulunabilirler (Rashvand vd., 2017).

İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin, sundukları hemşirelik bakımını öznel olarak değerlendirdiği sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (Burhans ve Alligood, 2010; Lynn vd., 2007; Mert vd., 2021; Ryan vd., 2017; Vujanić vd., 2020; Witzczak vd., 2022; Uzelli Yılmaz vd., 2017; Yürün, 2015). Lynn vd. (Akt., Karaca vd., 2022), hemşirelerin bakış açılarını dikkate almadan hasta bakımının kalitesini değerlendirmenin eksik kalacağını öne sürmüşlerdir. Bakım kalitesinin hemşireler tarafından öznel olarak değerlendirilmesi, bakıma duyulan güveni güçlendirmek ve iyileştirebilmek için potansiyel alanların belirlenmesinde anahtar rol oynamaktadır (Karaca vd., 2022).

Hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirmenin bir diğer yolu ise; hemşirelik bakımının sunulduğu yapıyı, süreci ve bunlar sonucunda ulaşılan verileri nesnel bir yolla ölçerek, bakımının belirli standartlara ulaşmasını garanti altına almaktır (Potter vd., 2021). Ölçüm yapabilmek için, hemşirelerin çalıştıkları servislere özgü standartların oluşturulması ve bu standartlara ulaşabilme durumunun ölçülmesi en bilinen yöntemdir (Sağır, 2020). Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan SKS setleri, puanlandırma sistematiği, standartlar ve değerlendirme ölçütlerine yönelik rehberlik ifadeleri ve eklerde yer alan yardımcı dokümanlar ile aynı zamanda sağlık hizmeti sırasında karşılaşılabilecek riskleri minimize eden ve risklerin yönetimini sağlayan bir araç niteliğindedir. Bu standartlar, hemşirelik uygulamalarının daha önceleri belirlenmiş olan kalite düzeyine yükselip yükselmediğini ölçmek için kullanılmaktadır (Arslan, 2019; *Sağlıkta Kalite Standartları*, 2020).

Kısaca, hemşirelik bakım kalitesini değerlendirebilmek için temel olarak iki yöntem takip edilmektedir. Bu yöntemlerden ilki, bakım standartlarının belirlenerek ve uygulamanın bu standartlar bazında nesnel olarak ölçülmesi; ikinci yaklaşım ise bakım kalitesinin hemşirelerin kendi görüşleriyle öznel olarak değerlendirilmesi, başka deyişle hemşirelere göre verilen bakımın hangi yönlerinin önemli algılandığı ve memnun olup olmadıklarıdır (Yiğit vd., 2024).

2.6. Hemşirelikte Bakım Kalite Göstergeleri ile Yapılan Çalışmalar

Bakım kavramı, hemşirelik mesleğinin özü ve diğer meslek gruplarından ayrılan uygulamalar bütünüdür (Linton ve Koonmen, 2020). Bakımına duyarlı göstergeler, hemşirelik bakımı doğrultusunda oluşacak olan sağlık durumundaki değişikliklerin somut verilerini ölçebilmemizi sağlayan kıstaslardır (Alshammari vd., 2023). Nesnel ölçümler yapılabilmesi sayesinde klinik uygulamaların iyileştirilmesi ve hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilebilmesi gibi olanakları olan ve giderek daha geçerli, güvenilir ve kullanılabilir ölçütler halini almaktadır (Zhang vd., 2023). Yapılan çalışmalar ile hemşirelik bakımına duyarlı sonuç verilerinin yaygınlaşması, hemşirelik mesleğinin kanıta dayalı çıktılarını göz önüne sermektedir ve bu durum hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü daha da arttırmaktadır (Öner ve Karadağ, 2023).

Ulusal ve uluslararası literatürde, bakım kalite göstergeleri ile yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Koch vd., 2020). Bão vd.nin (2019), Brezilya’da bir sağlık kurumundaki hemşireler ile yaptığı çalışmada, kalite göstergelerinin sağlık hizmeti sunumunda en iyi hizmet şeklinin belirlenebilmesi ve hizmet yönetimine katkıda bulunmasıyla birlikte, bakım gösterge sonuçlarının düzenli olarak izlenmesiyle klinik karar verme süreçlerini kolaylaştırma, sunulacak bakım kalitesini iyileştirme, sağlık hizmetleri ve hemşirelik uygulamalarında iyileştirmeler sağlama ve sağlık politikalarını güçlendirme gibi artıların olduğunu ortaya koymuşlardır (Bão vd., 2019). Efe vd.nin (2018), bir üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde yürüttükleri çalışmalarında kalite göstergelerinden faydalanarak servislerin kendi performanslarını ölçebilecekleri ve bu sayede aksayan süreçleri ve geliştirilebilir sonuçları belirleyebilecekleri sonucuna ulaşmışlardır (Efe vd., 2018). Öner’in (2019) yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelik bakımından etkilenen göstergeleri belirleyebilmek için yürüttüğü çalışmada, yoğun bakımlara özel ve öncelikli olan hemşireliğe duyarlı göstergeleri belirlemiş ve sonucunda basınç yarası oranı, hasta düşme oranı ve üriner kateter ilişkili enfeksiyon oranını sonuçlarının önem sırasına göre ilk önemli üç göstergeyi oluşturduğunu belirlemiştir (Öner, 2019). Yine Öner ve Karadağ’ın (2023), Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımına duyarlı göstergeleri belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında, hasta ve hemşire odaklı sonuç, hemşire odaklı girişim ve organizasyon odaklı yapı göstergeleri olarak dört ana başlık oluşturarak hemşirelik bakımına duyarlı göstergeleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelik bakımına duyarlı ilk iki en önemli gösterge; hastane

enfeksiyonları ve bası yaraları olarak tespit edilmiştir (Öner ve Karadağ, 2023) Dweik ve Ahmad (2019) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelik bakımının algılanan hizmet kalitesi ve kalite çıktıları üzerinde önemli etkilerinin olduğunu göstermişlerdir (Al-Dweik ve Ahmad, 2019). Irmak ve Bulut (2022), hemşirelerin bakıma duyarlı kalite göstergeleri hakkındaki görüşlerini inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin kalite göstergelerine ilişkin farkındalıklarının olduğu ve mevcut kalite göstergelerine ilave olarak yeni gösterge önerilerinde bulduklarını belirlemişlerdir (Irmak ve Bulut, 2022). Twigg vd. (2021) tarafından yapılan sistematik derlemede de hemşirelik hizmetlerinin sağlıkta kalite göstergeleri ve hedeflerini doğrudan etkilediği belirlenmiştir (Twigg vd., 2021). Kıvanç (2020) yaptığı tez çalışmasında, özgecilik seviyeleri ile kalite göstergeleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık göremezken, merhamet seviyesinin kalite göstergeleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu belirlemiştir (Kıvanç, 2020). Kara (2023), randomize kontrollü, ön test, son test, deney ve kontrol gruplu tasarımda, iş başı eğitimlerinin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri (ağrı yönetimi, bası yarası, hasta düşmesi, periferik venöz kateter komplikasyonu ve istenmeyen olay bildirimini) üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, iş başı eğitimlerinin hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ilişkin bilgi düzeyini arttırdığı, uygulamalarını geliştirdiği ve birim kalite göstergelerini iyileştirdiği sonucuna varmıştır (Kara, 2023).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

1. Hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel değerlendirme düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin demografik özellikleri ile bakımın öznel değerlendirme düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Hemşireler tarafından sunulan bakımın gösterge oranları nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde 13 Mayıs – 10 Haziran 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahili klinikler (İç Hastalıkları-1 Servisi, İç Hastalıkları-2 Servisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi, Nöroloji Servisi ve Alerji Servisi) ve yoğun bakım ünitelerinde (Anestezi YB-1 ve Anestezi YB-2) çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dahili kliniklerde 63 hemşire ve yoğun bakım ünitelerinde 118 hemşire çalışmaktadır. Araştırmada evreni oluşturan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelerin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- Araştırmanın yapılacağı klinik veya yoğun bakım ünitelerinde en az bir aydır çalışıyor olma,
- Bire bir hasta bakıyor olmadır.

Araştırmanın örneklem yeterliliğinin belirlenmesinde G*Power 3.1.9.7 programı ile güç analizi yapılmıştır. Elde edilen analiz sonuçlarına göre %80 güç düzeyinde 0,20 etki büyüklüğünde 156 kişinin yeterli olacağı hesaplanmış olup (Cohen, 1992; Arslan ve Demir, 2022) 196 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (Ek-2), Sağlıkta Kalite Göstergeleri kapsamında Hasta Bakımı göstergelerinden, klinikler için Hasta Düşme Oranı ve Basınç Yarası Oranı; yoğun bakımlar için Hasta Düşme Oranı ve Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı verileri ise Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda hazırlanan (Yiğit vd., 2024; Çalış, 2022; Kavaslar, 2021; Kıvanç, 2020; Öner, 2019) formda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyimi, hastanede çalışma süresi, çalışma şekli, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki çalışma süresi, haftalık çalışma saati, bir vardiyada bakım verilen ortalama hasta sayısı, birimin çalışma koşullarından memnuniyet ile ilgili 12 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği

Liu vd.nin (2021) hemşirelerin, hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirmeleri amacıyla geliştirdikleri (Liu vd, 2021) Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Karaca vd. (2022) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Ölçek, fiziksel çevre (6 madde), hemşirelik bakım faaliyetleri (26 madde), hasta sonuçları (6 madde) olmak üzere üç alt boyuttan ve toplamda 38 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerine verilecek tepkiler beş dereceli Likert tipte olup, maddeler “Kesinlikle katılmıyorum” kategorisinden başlayarak “Kesinlikle katılıyorum” kategorisine ve 1’den 5’e doğru puanlanmıştır. Hemşireler için geliştirilmiş bir ölçek olduğu için katılım sağlayan hemşirelerin ölçekten yüksek skorlar almaları, sunulan hemşirelik bakımının kalitesini de yüksek olarak değerlendirdikleri şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0,99 olarak hesaplanmıştır (Karaca vd., 2022). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,962 ve ölçeğin alt

boyutlarının Cronbach alfa katsayıları Fiziksel Çevre Alt Boyutu 0,887, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri Alt Boyutu 0,959 ve Hasta Sonuçları Alt Boyutu 0,864 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından Haziran 2024'te yayımlanan “*Sağlıkta Kalite Standartları, Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3)*” içerisindeki Hasta Bakımı göstergelerinden olan; Hasta Düşme Oranı, Basınç Yarası Oranı, Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı verileri, Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu ile elde edilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Hemşireler tarafından sunulan bakımın değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın öznel verileri, araştırma hakkında gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra hemşirelere Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu ve Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Verinin toplanması ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Nesnel değerlendirme verileri (Sağlıkta Kalite Göstergeleri) ise kurum izni alındıktan sonra araştırmanın yapıldığı hastanenin Kalite Yönetim Birimi'nden Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu ile toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında normal dağılım göstermiştir (Hair vd., 2013). Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, gruplar arası farklılığı belirlemek için Pos Hoc Tukey Testi yapılmıştır. Demografik değişkenlerin kaliteli hemşirelik bakımı üzerindeki etkisinin belirlenmesinde regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek-4) ve ilgili hastanede araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Çalışma öncesi hemşireler

bilgilendirilerek onamları alınmıştır (Ek-6). Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeğinin uygulanabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek-7).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler, yalnızca bir eğitim ve araştırma hastanesindeki dahili klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin görüşleri ve hastanenin söz konusu birimlerinin kalite gösterge oranları ile sınırlıdır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma, hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi amacıyla İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesindeki dahili klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 196 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında sunulmuştur. Bunlar:

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.2. Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile Yapılan Öznel Değerlendirme Bulguları

4.3. Hasta Bakım Göstergeleri ile Yapılan Nesnel Değerlendirme Bulguları

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=196)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Min.-Max.	$\bar{x} \pm ss$	
Yaş	30 Yaş ve Altı	155	79.1	23-44	28.17±3.97
	30 Yaş Üzeri	41	20.9		
Cinsiyet	Kadın	118	60.2		
	Erkek	78	38.8		
Medeni Durum	Evli	76	38.8		
	Bekar	120	61.2		
Eğitim Durumu	Lise	25	12.8		
	Ön Lisans	28	14.3		
	Lisans	126	64.3		
	Lisansüstü	17	8.7		
Mesleki Deneyim	1-5 Yıl	121	61.7	1-25	5.17±3.83
	6 Yıl ve Üzeri	75	38.3		
Hastanede Çalışma Süresi	1-5 Yıl	161	82.1	1-17	3.82±2.90
	6 Yıl ve Üzeri	35	17.9		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	27	13.8		
	Gündüz ve Gece	169	86.2		
Çalıştığı Birim	Dahili Klinikler	62	31.6		
	Yoğun Bakım Ünitesi	134	68.4		
Birimdeki Çalışma Süresi	1-5 Yıl	177	90.3	1-15	2.95±2.09
	6 Yıl ve Üzeri	19	9.7		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saat	100	51	40-80	44.93±5.98
	40 Saat Üzeri	96	49		
Vardiyada Bakılan Ortalama Hasta Sayısı	2 Hasta	133	67.9		
	5 Hasta ve üzeri	63	32.1		
Birim Çalışma Koşullarından Memnuniyet Durumu	Memnunum	81	41.3		
	Memnun Değilim	65	33.2		
	Kararsızım	50	25.5		

Araştırmamızda hemşirelerin %79,1'inin (n=155) 30 yaş ve altı, %60,2'sinin (n=118) kadın, %61,2'sinin (n=120) bekar, %64,3'ünün (n=126) lisans mezunu ve %61,7'sinin (n=121) 1-5 yıl mesleki deneyime sahip olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin %82,1'inin (n=161) 1-5 yıl arasında hastanede görev yaptığı, %86,2'sinin (n=179) gündüz ve gece şeklinde, %68,4'ünün (n=134) yoğun bakım ünitelerinde ve %90,3'ünün (n=177) 1-5 yıl arasında bulunduğu birimde çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %51'inin (n=100) haftada 40 saat çalıştığı, %67,9'unun (n=133) bir vardiyada ortalama 2 hastaya bakım verdiği ve %41,3'ünün (n=81) birim çalışma koşullarından memnun olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

4.2. Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile Yapılan Öznel Değerlendirme Bulguları

Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanları ile ilgili bulgular Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Min-Max	$\bar{x}\pm ss$	Çarpıklık	Basıklık
Fiziksel Çevre	1-5	4.14±0.72	-.800	.431
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	1-5	4.51±0.45	-.915	.866
Hasta Sonuçları	1-5	4.45±0.51	-.813	-.113
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	1-5	4.37±0.47	-.756	.530

Hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği genel puan ortalaması 4,37±0,47'dir. Ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Çevre puan ortalaması 4,14±0,72; Hemşirelik Bakım Faaliyetleri puan ortalaması 4,51±0,45 ve Hasta Sonuçları puan ortalaması 4,45±0,51'dir (Tablo 4.2).

Hemşirelerin yaş grupları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Hemşirelerin Yaş Grupları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Yaş Grubu	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	30 yaş ve altı	155	4.19±0.68	1.918	0.057
	30 yaş üzeri	41	3.95±0.82		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	30 yaş ve altı	155	4.54±0.44	1.730	0.085
	30 yaş üzeri	41	4.40±0.46		
Hasta Sonuçları	30 yaş ve altı	155	4.49±0.51	1.803	0.073
	30 yaş üzeri	41	4.32±0.51		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	30 yaş ve altı	155	4.41±0.47	2.158	0.032*
	30 yaş üzeri	41	4.23±0.48		

* $p<0,05$

Hemşirelerin yaş grupları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p:0,032). Kaliteli Hemşirelik Bakımının 30 yaş ve altı hemşirelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Hemşirelerin yaş grupları ile Fiziksel Çevre (p: 0,057), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,085) ve Hasta Sonuçları (p: 0,073) alt boyutları karşılaştırıldığında; yaş grupları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 4.3).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Cinsiyet	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	Kadın	118	4.19±0.70	1.196	0.223
	Erkek	78	4.07±0.74		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	Kadın	118	4.61±0.40	3.812	0.000*
	Erkek	78	4.36±0.47		
Hasta Sonuçları	Kadın	118	4.50±0.48	1.569	0.118
	Erkek	78	4.38±0.55		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	Kadın	118	4.43±0.43	2.343	0.020*
	Erkek	78	4.27±0.52		

* $p<0,05$

Hemşirelerin cinsiyetleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,020) ve Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p:0,000) alt boyutu karşılaştırıldığında; istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kaliteli Hemşirelik Bakımının ve Hemşirelik Bakım Faaliyetlerinin kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile Fiziksel Çevre (0,223) ve Hasta Sonuçları (0,118) alt boyutları karşılaştırıldığında; cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Hemşirelerin medeni durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Hemşirelerin Medeni Durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Medeni Durum	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	Evli	76	4.16±0.69	0.213	0.832
	Bekâr	120	4.13±0.73		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	Evli	76	4.51±0.46	-0.085	0.932
	Bekâr	120	4.51±0.44		
Hasta Sonuçları	Evli	76	4.42±0.48	-0.740	0.460
	Bekâr	120	4.47±0.53		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	Evli	76	4.36±0.47	-0.184	0.854
	Bekâr	120	4.37±0.48		

Hemşirelerin medeni durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ($p: 0,854$), Fiziksel Çevre ($p: 0,832$), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ($p: 0,932$) ve Hasta Sonuçları ($p: 0,460$) alt boyutları karşılaştırıldığında; medeni durumlar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin eğitim durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.6’te verilmiştir.

Tablo 4.6: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}\pm ss$	F değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	Lise	25	4.29±0.71	1.473	0.223
	Ön lisans	28	4.02±0.67		
	Lisans	126	4.17±0.72		
	Lisansüstü	17	3.88±0.77		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	Lise	25	4.62±0.46	1.036	0.378
	Ön lisans	28	4.49±0.43		
	Lisans	126	4.51±0.45		
	Lisansüstü	17	4.38±0.44		
Hasta Sonuçları	Lise	25	4.58±0.52	0.735	0.532
	Ön lisans	28	4.44±0.41		
	Lisans	126	4.44±0.54		
	Lisansüstü	17	4.36±0.39		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	Lise	25	4.50±0.49	1.404	0.243
	Ön lisans	28	4.32±0.45		
	Lisans	126	4.38±0.48		
	Lisansüstü	17	4.20±0.41		

Hemşirelerin eğitim durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,243), Fiziksel Çevre (p: 0,223), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,378) ve Hasta Sonuçları (p: 0,532) alt boyutları karşılaştırıldığında; hemşirelerin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Hemşirelerin Mesleki Deneyim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek değişkenleri	Mesleki Deneyim	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	1-5 yıl arası	121	4.20±0.69	1.422	.157
	6 yıl ve üzeri	75	4.05±0.76		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	1-5 yıl arası	121	4.51±0.45	.018	.985
	6 yıl ve üzeri	75	4.51±0.44		
Hasta Sonuçları	1-5 yıl arası	121	4.49±0.52	1.328	.186
	6 yıl ve üzeri	75	4.39±0.50		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	1-5 yıl arası	121	4.40±0.48	1.194	.234
	6 yıl ve üzeri	75	4.32±0.46		

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,234), Fiziksel Çevre (p: 0,157), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,985) ve Hasta Sonuçları (p: 0,186) alt boyutları karşılaştırıldığında; mesleki deneyimler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.7).

Hemşirelerin hastanede çalışma süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8: Hemşirelerin Hastanede Çalışma Süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Hastanede Çalışma Süresi	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	1-5 yıl arası	161	4.13±0.68	-0.356	0.722
	6 yıl ve üzeri	35	4.18±0.87		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	1-5 yıl arası	161	4.49±0.46	-1.469	0.143
	6 yıl ve üzeri	35	4.61±0.40		
Hasta Sonuçları	1-5 yıl arası	161	4.47±0.51	0.788	0.431
	6 yıl ve üzeri	35	4.39±0.52		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	1-5 yıl arası	161	4.36±0.47	-0.356	0.722
	6 yıl ve üzeri	35	4.39±0.52		

Hemşirelerin hastanede çalışma süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,722), Fiziksel Çevre (p: 0,722), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,143) ve Hasta Sonuçları (p: 0,431) alt boyutları karşılaştırıldığında; hastanede çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.8).

Hemşirelerin çalışma şekli ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9: Çalışma Şekli ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek değişkenleri	Çalışma Şekli	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	Sürekli Gündüz	27	3,96±0,87	-1,376	0,170
	Gündüz ve Gece	169	4,17±0,69		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	Sürekli Gündüz	27	4,58±0,35	0,818	0,414
	Gündüz ve Gece	169	4,50±0,46		
Hasta Sonuçları	Sürekli Gündüz	27	4,40±0,47	-0,610	0,542
	Gündüz ve Gece	169	4,46±0,52		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	Sürekli Gündüz	27	4,31±0,46	-0,650	0,517
	Gündüz ve Gece	169	4,38±0,48		

Hemşirelerin çalışma şekli ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,517), Fiziksel Çevre (P: 0,170), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (P: 0,414) Ve Hasta Sonuçları (p: 0,542) alt boyutları karşılaştırıldığında; çalışma şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.9).

Hemşirelerin çalıştığı birim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10: Hemşirelerin Çalıştığı Birim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Çalıştığı Birim	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	Dahili Klinikler	62	4.03±0.75	-1.509	0.133
	Yoğun Bakım Üniteleri	134	4.19±0.70		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	Dahili Klinikler	62	4.52±0.42	0.113	0.910
	Yoğun Bakım Üniteleri	134	4.51±0.46		
Hasta Sonuçları	Dahili Klinikler	62	4.44±0.50	-0.307	0.759
	Yoğun Bakım Üniteleri	134	4.46±0.51		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	Dahili Klinikler	62	4.33±0.49	-0.829	0.408
	Yoğun Bakım Üniteleri	134	4.39±0.47		

Hemşirelerin çalıştığı birim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,408), Fiziksel Çevre (p: 0,133), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,910) ve Hasta Sonuçları (p: 0,759) alt boyutları karşılaştırıldığında; çalıştıkları birim arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.10).

Hemşirelerin birimde çalışma süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.11’de yer verilmiştir.

Tablo 4.11: Hemşirelerin Birimde Çalışma Süresi ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Birim Çalışma Süresi	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	1-5 yıl arası	177	4.14±0.71	-.185	0.853
	6 yıl ve üzeri	19	4.17±0.80		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	1-5 yıl arası	177	4.50±0.45	-.668	0.505
	6 yıl ve üzeri	19	4.58±0.44		
Hasta Sonuçları	1-5 yıl arası	177	4.46±0.51	-.714	0.476
	6 yıl ve üzeri	19	4.37±0.53		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	1-5 yıl arası	177	4.37±0.47	-.047	0.963
	6 yıl ve üzeri	19	4.37±0.53		

Hemşirelerin birimde çalışma süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,963), Fiziksel Çevre (p: 0,853), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,505) ve Hasta Sonuçları (p: 0,476) alt boyutları karşılaştırıldığında; birimdeki çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 4.11).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saati ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Haftalık Çalışma Saati	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	40 saat	100	4.30±0.69	3.110	0.002*
	40 saat üzeri	96	3.98±0.72		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	40 saat	100	4.59±0.41	2.487	0.014*
	40 saat üzeri	96	4.43±0.47		
Hasta Sonuçları	40 saat	100	4.47±0.53	0.578	0.564
	40 saat üzeri	96	4.43±0.49		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	40 saat	100	4.45±0.47	2.540	0.012*
	40 saat üzeri	96	4.28±0.47		

*p<0,05

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,012), Fiziksel Çevre (p: 0,002) ve Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,014) alt boyutları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kaliteli Hemşirelik Bakımı, Fiziksel Çevre ve Hemşirelik Bakım Faaliyetlerinin haftalık 40 saat çalışanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Hasta Sonuçları alt boyutu ile haftalık çalışma saati arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.12).

Hemşirelerin bir vardiyada baktığı ortalama hasta sayısı ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Hemşirelerin Bir Vardiyada Baktığı Ortalama Hasta Sayısı ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Bir Vardiyada Bakılan Ortalama Hasta Sayısı	n	$\bar{x}\pm ss$	t değeri	p değeri
Fiziksel Çevre	2 hasta	133	4.20±0.69	1.749	0.082
	5 ve üzeri	63	4.01±0.76		
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	2 hasta	133	4.51±0.46	0.062	0.951
	5 ve üzeri	63	4.51±0.42		
Hasta Sonuçları	2 hasta	133	4.47±0.51	0.540	0.590
	5 ve üzeri	63	4.42±0.51		
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği	2 hasta	133	4.39±0.46	1.087	0.278
	5 ve üzeri	63	4.31±0.50		

Hemşirelerin bir vardiyada baktığı ortalama hasta sayısı ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,278), Fiziksel Çevre (p: 0,082), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,951) ve Hasta Sonuçları (p: 0,590) alt boyutları karşılaştırıldığında; bir vardiyada bakılan ortalama hasta sayıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.13).

Hemşirelerin birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14: Hemşirelerin Birim Çalışma Koşullarından Memnuniyet Durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

Ölçek Değişkenleri	Birim Çalışma Koşullarından Memnuniyet Durumu	n	$\bar{x}\pm ss$	F değeri	p değeri	Gruplar arası fark
Fiziksel Çevre	Memnunum	81	4.27±0.66	3.064	0.048*	1>2
	Memnun değilim	65	3.97±0.80			
	Kararsızım	50	4.15±0.67			
Hemşirelik Bakım Faaliyetleri	Memnunum	81	4.56±0.45	0.842	0.432	
	Memnun değilim	65	4.46±0.47			
	Kararsızım	50	4.50±0.41			
Hasta Sonuçları	Memnunum	81	4.53±0.47	1.575	0.210	
	Memnun değilim	65	4.40±0.57			
	Kararsızım	50	4.40±0.48			
Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam	Memnunum	81	4.45±0.45	2.488	0.086	
	Memnun değilim	65	4.28±0.52			
	Kararsızım	50	4.35±0.43			

Hemşirelerin birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları ile Fiziksel Çevre alt boyutu karşılaştırıldığında; birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p:0,048). Birim çalışma koşullarından memnun olanlarda Fiziksel Çevre puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası farklılığı belirlemek amaçlı yapılan Pos Hoc Tukey Testinde birim çalışma koşullarından memnun olanlar ile memnun olmayanlar arasındaki ortalama puan farkı memnun olanlar lehine anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Hemşirelerin birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,086), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p: 0,432) ve Hasta Sonuçları (p: 0,210) alt boyutları karşılaştırıldığında; birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 4.14).

Hemşirelerin yaş grupları ve haftalık çalışma saatlerinin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği üzerine etkisi Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15: Yaş ve Haftalık Çalışma Saatinin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	Sig.	VIF
	Beta (β)	Std. Error	Beta (β)	Beta (β)			
Sabit	5.745	0.350			16.410	0.000	
Yaş	-0.022	0.008	-0.179		-2.581	0.011	1.001
Haftalık Çalışma Saati	-0.017	0.006	-0.212		-3.064	0.002	1.001

Model (p): 0.001; F: 7.774; R²: .075; Düzeltilmiş R²: .065; Durbin-Watson: 2.028

Tanıttıcı özelliklerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile karşılaştırılmaları sonucunda hemşirelerin yaşları ve haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı oldukları tespit edilmiş ve regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi sonucunda, yaş (β : -0,179) ve haftalık çalışma saatinin (β : -0,212) Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği üzerinde anlamlı ve negatif yöne etkisinin olduğu ve açıklanan varyans değeri R² değerinin ,065 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

4.3. Hasta Bakım Göstergeleri ile Yapılan Nesnel Değerlendirme Bulguları

Ocak-Haziran 2023 döneminde Dahili Kliniklerdeki hasta düşme oranı Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16: Ocak-Haziran 2023 Döneminde Dahili Kliniklerdeki Hasta Düşme Oranı

Klinikler	Ocak		Şubat		Mart		Nisan		Mayıs		Haziran		TOPLAM		
	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	%
Dahiliye Servisi-1	2	130	0	128	0	137	0	143	3	174	4	133			
Dahiliye Servisi-2	0	161	0	133	0	138	0	150	0	166	0	145			
FTR Servisi	0	36	0	33	0	29	0	31	1	29	0	15	10	2541	0.39
Nöroloji Servisi	0	107	0	106	0	108	0	99	0	109	0	90			
Alerji Servisi	0	2	0	2	0	3	0	2	0	0	0	2			
TOPLAM	2	436	0	402	0	415	0	425	4	478	4	385			

D: Düşen **Y:** Yatan

Ocak-Haziran 2023 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Hasta Düşme Oranı %0,39 (n=10) olarak bulunmuştur (Tablo 4.16).

Temmuz-Aralık 2023 döneminde Dahili Kliniklerdeki hasta düşme oranı Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17: Temmuz-Aralık 2023 Döneminde Dahili Kliniklerdeki Hasta Düşme Oranı

Klinikler	Temmuz		Ağustos		Eylül		Ekim		Kasım		Aralık		TOPLAM		
	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	%
Dahiliye Servisi-1	0	153	2	153	2	165	5	157	1	186	0	200			
Dahiliye Servisi-2	1	167	0	172	0	144	0	173	0	157	0	193			
FTR Servisi	0	16	0	28	0	33	0	25	0	23	0	23			
Nöroloji Servisi	0	89	0	98	0	95	0	110	2	102	1	139	14	2815	0.49
Alerji Servisi	0	1	0	2	0	0	0	2	0	4	0	5			
TOPLAM	1	426	2	453	2	437	5	467	3	472	1	560			

D: Düşen **Y:** Yatan

Temmuz-Aralık 2023 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Hasta Düşme Oranı %0,49 (n=14) olarak bulunmuştur (Tablo 4.17).

Ocak-Haziran 2023 döneminde Yoğun bakım ünitelerindeki hasta düşme oranı Tablo 4.18’da verilmiştir.

Tablo 4.18: Ocak-Haziran 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerindeki Hasta Düşme Oranı

Yoğun Bakımlar	Ocak		Şubat		Mart		Nisan		Mayıs		Haziran		TOPLAM		
	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	0	114	0	107	0	104	0	101	0	94	0	93			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	0	46	0	44	0	38	0	44	0	48	0	40	0	873	0
TOPLAM	0	160	0	151	0	142	0	145	0	142	0	133			

D: Düşen **Y:** Yatan

Ocak-Haziran 2023 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Hasta Düşme Oranı %0 (n=0) olarak bulunmuştur (Tablo 4.18).

Temmuz-Aralık 2023 döneminde Yoğun bakım ünitelerindeki hasta düşme oranı Tablo 4.19’da yerilmiştir.

Tablo 4.19: Temmuz-Aralık 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerindeki Hasta Düşme Oranı

Yoğun Bakımlar	Temmuz		Ağustos		Eylül		Ekim		Kasım		Aralık		TOPLAM		
	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	D	Y	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	0	113	0	110	0	90	0	97	0	96	0	97			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	0	46	0	36	0	37	0	39	0	48	0	34	0	843	0
TOPLAM	0	159	0	146	0	127	0	136	0	144	0	131			

D: Düşen **Y:** Yatan

Temmuz-Aralık 2023 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Hasta Düşme Oranı %0 (n=0) olarak bulunmuştur (Tablo 4.19).

Ocak-Şubat-Mart 2023 döneminde Dahili kliniklerde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20: Ocak Şubat Mart 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Klinikler	Oca.23		Şub.23		Mar.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Dahiliye Servisi-1	2	130	1	128	0	137			
Dahiliye Servisi-2	1	161	0	133	0	138			
FTR Servisi	0	36	0	33	0	29			
Nöroloji Servisi	0	107	0	106	0	108	4	1253	0.31
Alerji ve İmmünoloji Servisi	0	2	0	2	0	3			
TOPLAM	3	436	1	402	0	415			

Ocak-Şubat-Mart 2023 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Basınç Yarası Oranı %0,31 (n=4) olarak bulunmuştur (Tablo 4.20).

Nisan-Mayıs-Haziran 2023 döneminde Dahili kliniklerde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21: Nisan-Mayıs-Haziran 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Klinikler	Nis.23		May.23		Haz.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Dahiliye Servisi-1	3	143	2	174	0	133			
Dahiliye Servisi-2	0	150	0	166	1	145			
FTR Servisi	0	31	0	29	0	15			
Nöroloji Servisi	0	99	0	109	0	90	6	1288	0.46
Alerji ve İmmünoloji Servisi	0	2	0	0	0	2			
TOPLAM	3	425	2	478	1	385			

Nisan-Mayıs-Haziran 2023 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Basınç Yarası Oranı %0,46 (n=6) olarak bulunmuştur (Tablo 4.21).

Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 döneminde Dahili kliniklerde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.22’te verilmiştir.

Tablo 4.22: Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Klinikler	Tem.23		Ağu.23		Eyl.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Dahiliye Servisi-1	2	153	2	153	3	165			
Dahiliye Servisi-2	2	167	3	172	1	144			
FTR Servisi	0	16	0	28	0	33			
Nöroloji Servisi	0	89	0	98	0	95	13	1316	0.98
Alerji ve İmmünoloji Servisi	0	1	0	2	0	0			
TOPLAM	4	426	5	453	4	437			

Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Basınç Yarası Oranı %0,98 (n=13) olarak bulunmuştur (Tablo 4.22).

Ekim-Kasım-Aralık 2023 döneminde Dahili kliniklerde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.23’te verilmiştir.

Tablo 4.23: Ekim-Kasım-Aralık 2023 Döneminde Dahili Kliniklerde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Klinikler	Eki.23		Kas.23		Ara.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Dahiliye Servisi-1	5	157	3	186	4	200			
Dahiliye Servisi-2	1	173	2	157	3	193			
FTR Servisi	0	25	0	23	0	23			
Nöroloji Servisi	0	110	0	102	0	139	18	1499	1.20
Alerji ve İmmünoloji Servisi	0	2	0	4	0	5			
TOPLAM	6	467	5	472	7	560			

Ekim-Kasım-Aralık 2023 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Basınç Yarası Oranı %1,20 (n=18) olarak bulunmuştur (Tablo 4.23).

Ocak-Şubat-Mart 2024 döneminde dahili kliniklerde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.24'te verilmiştir.

Tablo 4.24: Ocak Şubat Mart 2024 Döneminde Dahili Kliniklerde Basınç Gelişen Yarası Oranı

Klinikler	Oca.24		Şub.24		Mar.24		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Dahiliye Servisi-1	2	131	3	125	1	121			
Dahiliye Servisi-2	0	129	2	131	1	129			
FTR Servisi	0	25	0	24	0	29			
Nöroloji Servisi	0	93	0	95	0	92	9	1130	0.80
Alerji ve İmmünoloji Servisi	0	3	0	2	0	1			
TOPLAM	2	381	5	377	2	372			

Ocak-Şubat-Mart 2024 döneminde, dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Basınç Yarası Oranı %0,80 (n=9) olarak bulunmuştur (Tablo 4.24).

Ocak-Şubat-Mart 2023 döneminde yoğun bakım ünitelerinde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.25'te verilmiştir.

Tablo 4.25: Ocak-Şubat-Mart 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Yoğun Bakımlar	Oca.23		Şub.23		Mar.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	3	114	4	107	2	104			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	1	46	0	44	2	38	12	453	2.64
TOPLAM	4	160	4	151	4	142			

Ocak, Şubat, Mart 2023 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı %2.64 (n=12) olarak bulunmuştur (Tablo 4.25).

Nisan-Mayıs-Haziran 2023 döneminde yoğun bakım ünitelerinde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.26’da verilmiştir.

Tablo 4.26: Nisan-Mayıs-Haziran 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Yoğun Bakımlar	Nis.23		May.23		Haz.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	3	101	3	94	1	93			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	2	44	0	48	0	40	9	420	2.14
TOPLAM	5	145	3	142	1	133			

Nisan-Mayıs-Haziran 2023 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı %2,14 (n=9) olarak bulunmuştur (Tablo 4.26).

Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 döneminde yoğun bakım ünitelerinde, gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.27’de verilmiştir.

Tablo 4.27: Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Yoğun Bakımlar	Tem.23		Ağu.23		Eyl.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	1	113	1	110	1	90			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	2	46	2	36	2	37	9	432	2.08
TOPLAM	3	159	3	146	3	127			

Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı %2,08 (n=9) olarak bulunmuştur (Tablo 4.27).

Ekim-Kasım-Aralık 2023 döneminde yoğun bakım ünitelerinde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.28’de verilmiştir.

Tablo 4.28: Ekim-Kasım-Aralık 2023 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Yoğun Bakımlar	Eki.23		Kas.23		Ara.23		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	2	97	3	96	5	98			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	1	39	2	48	3	34	16	412	3.88
TOPLAM	3	136	5	144	8	132			

Ekim-Kasım-Aralık 2023 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı %3,88 (n=16) olarak bulunmuştur (Tablo 4.28).

Ocak- Şubat-Mart 2024 döneminde yoğun bakım ünitelerinde gelişen basınç yarası oranı Tablo 4.29’da verilmiştir.

Tablo 4.29: Ocak-Şubat-Mart 2024 Döneminde Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Basınç Yarası Oranı

Yoğun Bakımlar	Oca.24		Şub.24		Mar.24		TOPLAM		
	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	Basınç Yarası Gelişen	Yatan Hasta Sayısı	%
Yoğun Bakım Ünitesi-1	2	102	8	109	5	106			
Yoğun Bakım Ünitesi-2	2	42	1	33	1	35	19	427	4.44
TOPLAM	4	144	9	142	6	141			

Ocak-Şubat-Mart 2024 döneminde, yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı %4,44 (n=19) olarak bulunmuştur (Tablo 4.29).



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bakım, insanların yaşamı boyunca süren büyüme ve gelişme süreçlerindeki temel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar (Acun vd., 2022). Watson'a (1985) göre bakım verme, hemşireliğin esasıdır, hemşirelik uygulamalarının merkezi ve birleştirici noktasıdır. İnsanların varlık bütünlüğünün sürdürülebilmesine yardımcı olmak için hemşirelerin bakım verme işlevini sağlayabilecek yetkinlikte olması gerekmektedir (Brown, 2021; Halldórsdóttir, 2023). Florence Nightingale (1889) "*Hemşirelik mesleğinin temeli bakım vermektir*" şeklinde ifade etmiştir (Katuk, 2021). Bakım veren hemşireler insan sağlığından sorumludur. Bu sorumluluğu taşıyabilmek için, bilgi birikimi, deneyim, yetkinlik, insan sevgisi ve yaşama karşı saygı duyma gibi nitelikler gereklidir (Rakkarn vd., 2023).

Kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek; olabildiğince hızlı bir şekilde insanları sağlığına kavuşturmak, hastalık etkenlerine karşı korumak, erken tanı koyarak tedaviyi başlatmak, bilimsel ilkeleri, modern teknolojiyi ve uygun kaynakları kullanmak, hizmetin sürekliliğini sağlamak ve hizmet unsurlarını kayıt altına alarak değerlendirmek gibi uygulamalar neticesinde mümkün olmaktadır (Davis vd., 2022). Bakım hizmetleri, hemşirelerin başka bir ifadeyle hizmeti sunanların perspektifinden öznel olarak değerlendirildiğinde kalite iyileştirme faaliyetlerinin hızlanacağı düşünülmektedir (Liu vd., 2021). Hemşirelerin bakım kalitesi hakkındaki görüşlerinin hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlama konusunda yardımcı olabileceği ve bakıma duyulan güvenin artacağı belirtilmektedir (Samsualam vd., 2021). Hemşirelerin bakım faaliyetlerinin nesnel olarak düzenli, sürekli ve sistematik değerlendirilmesinde ise kalite göstergeleri kullanılmaktadır. Göstergeler, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini ölçmek, ünitelere özgü standartları belirlemek ve bu standartlara ulaşılma derecesini kontrol edebilmek amacıyla kullanılmaktadır. Gösterge sonuçları hemşirelik bakım uygulamalarından etkilendiği için, bu çıktılara hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergeleri de denilmektedir (Irmak ve Bulut, 2022).

Hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi amacıyla planlanan araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahili klinik ve

yoğun bakım ünitelerinde çalışan 196 hemşire ile yapılmıştır. Alınan veriler, literatür ışığında ve bulgular kapsamında tartışılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin tamamına yakınının (%79,1) 30 yaş ve altı, yaş ortalamalarının $28,17 \pm 3,97$, çoğunluğunun (%60,2) kadın, (%61,2) bekar, (%64,3) lisans mezunu ve (%61,7) 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Araştırmamızda hemşirelerin yaş aralığı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve mesleki deneyimleri ile ilgili bulguları literatür ile benzerlik ve farklılık göstermektedir. Liu vd.nin (2021) Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği'ni geliştirmek ve psikometrik olarak değerlendirmek amacıyla Çin'de yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yarısının (%51) 20-29 yaş aralığında, tamamının (%99,2) kadın, yarısından fazlasının (%62,9) lisans mezunu ve üçte birinin (%38,6) 5 yılın altında mesleki deneyime sahip olduğu saptanmıştır. Karaca vd.nin (2022) Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği'nin Türkçe psikometrik özelliklerini incelediği çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamalarının $33,81 \pm 7,71$, tamamına yakınının kadın (%86,7), çoğunluğunun evli (%61,8) ve lisans mezunu (%59,1), mesleki deneyim ortalamalarının ise $8,95 \pm 6,94$ yıl olduğu görülmüştür. KhalilzadehZia vd.nin (2024) hemşirelerde zaman yönetimi ve mesleki öz yeterlilik ile hemşirelik bakımı kalite algısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamalarının $32,78 \pm 7,11$, yarısından fazlasının kadın (%59,1) ve evli (%62,9); çoğunluğunun lisans mezunu (%87,7), mesleki deneyim ortalamalarının ise $8,95 \pm 7,42$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Gür'ün (2017) çalışmasında hemşirelerin üçte birinin (%28,7) 30 yaş ve altında, çoğunluğunun (%70,7) kadın ve (%65,7) bekar, yarısından fazlasının (%56,7) lisans mezunu ve mesleki deneyim sürelerinin ortalama 124,73 ay olduğu bulunmuştur. Maghsoud vd.nin (2022) hemşirelerin iş yükü ve bakım kalitesini inceledikleri çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamalarının $32,68 \pm 6,73$, çoğunluğunun kadın (%86,5) ve evli (%76,2), mesleki deneyim ortalamalarının ise $105,18 \pm 73,50$ ay olduğu saptanmıştır. Gülen ve Zaybak'ın (2023) hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesi algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun (%64) 21-30 yaş grubunda, (%77,3) kadın, (%66,7) lisans mezunu ve mesleki deneyiminin (%66,7) 10 yıldan az olduğu tespit edilmiştir. Reisi vd.nin (2019) akreditasyonun hemşirelerin bakım kalitesi algıları üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, hemşirelerin %45'inin 30-39 yaş aralığında ve yaş ortalamasının $32,9 \pm 6,7$ olduğu, çoğunluğunun (%75,5) kadın, (80,5) lisans mezunu ve mesleki deneyiminin

(%68) 10 yıldan az olduğu görülmüştür. Kim ve Ko'nun (2023) hemşirelik birimi ekip etkinliğinin yarım bırakılan hemşirelik bakımı ve hemşire tarafından bildirilen bakım kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaş ortalamalarının $29,90 \pm 5,73$ ve çoğunun (%92,6) kadın, (%75,2) bekar, (%66,1) lisans mezunu ve $6,18 \pm 5,59$ ortalama mesleki deneyime sahip oldukları tespit edilmiştir. Akansel vd.nin (2021) hemşirelerin hemşirelikte bakım faaliyetlerine ilişkin algıları ile ilgili yaptıkları çalışmada ise yaş ortalamalarının $32,3 \pm 6,1$, tamamına yakınının (%93,8) kadın, çoğunun (%68,1) evli ve (%78,8) lisans mezunu, ortalama olarak $9,8 \pm 6,5$ yıl mesleki deneyime sahip olduğu belirlenmiştir. Tenza vd.nin (2024) Güney Afrika'da hemşirelerin bakım kalitesi algılarını değerlendirdikleri çalışmada, hemşirelerin %88,74'ünün kadın olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızdan farklı olarak, Moğolistan'da Tsogbadrakh vd.nin (2020) hemşirelerin bakım kalitesi algısının değerlendirildiği çalışmada ise hemşirelerin %100'ü kadındır. Ayrıca araştırmamızda hemşirelerin mesleki deneyimlerinin 1-5 yıl arasında olmasının nedeni olarak, Türkiye'deki üniversitelerin hemşirelik bölümlerinin artışı, mesleğin iş imkanının yüksek olması gibi hemşirelik mesleğine olan ilginin giderek artması ve bunun neticesinde yeni mezun hemşirelerin geçmiş yıllara oranla çoğunlukta olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ülkemizdeki yapılan çalışmalara bakıldığında, hemşirelerin eğitim durumlarındaki büyük çoğunluğun lisans mezunu olması, 1954 yılında yayımlanan ve 2007 yılında yenilenen Hemşirelik Kanunu'nda Hemşire unvanı alabilmek için lisans mezunu olma şartı getirilmesi nedeniyle olduğu şeklinde yorumlanabilir. Buna ek olarak, Hemşirelik Kanunu ile erkeklerin de hemşirelik yapmasına imkân sağlanarak cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılmıştır (*Hemşirelik Kanunu, 2007*).

Araştırmamızda hemşirelerin çoğunun (%82,1) 1-5 yıl arasında hastanede görev yaptığı, (%86,2) gündüz ve gece şeklinde, (%68,4) yoğun bakım ünitelerinde, (%90,3) 1-5 yıl arasında bulunduğu birimde çalıştığı, hastanede çalışma süresi ortalamalarının $3,82 \pm 2,90$ ve çalışılan birimdeki çalışma süresi ortalamalarının da $2,95 \pm 2,09$ olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Araştırmamızda hemşirelerin hastanedeki çalışma süresi, çalışma şekli, çalıştığı birim, birimdeki çalışma süresi ile ilgili bulguları literatür ile benzerlik ve farklılık göstermektedir. Karaca vd.nin (2022) çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun (%78,2) Gündüz + Gece şeklinde ve yarısına yakınının (%40) cerrahi birimlerde çalıştığı, birimdeki çalışma süresi ortalamalarının ise $4,29 \pm 4,37$ yıl olduğu

tespit edilmiştir. Liu vd.nin (2021) çalışmasında hemşirelerin üçte birinin (%36,7) dahili kliniklerde çalıştığı bulunmuştur. Akansel vd.nin (2021) çalışmasında hemşirelerin üçte ikisinin (%71,2) gündüz ve gece şeklinde vardiyalı olarak, üçte birinin (%34,6) yoğun bakımlarda ve (%27,7) dahili kliniklerde çalıştığı belirtilmiştir. Tenza vd.nin (2024) çalışmasında, hemşirelerin üçte birinin (%36,95) cerrahi kliniklerde ve (%35,73) dahili kliniklerde görev yapmakta olduğu görülmüştür. Kıvanç'ın (2020) hemşirelerin özgecilik ve merhamet düzeylerinin bakım kalite göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, hemşirelerin üçte birinin (%34,9) hastanede 1-3 yıl arasında, %12,2'sinin acil serviste ve yarısından fazlasının (%61,9) vardiyalı çalıştığı saptanmıştır. Kavaslar'ın (2021) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılarını değerlendirdiği çalışmasında, hemşirelerin ortalama olarak $2,99 \pm 3,62$ yıl hastanede görev yaptığı, çoğunun (%70,4) serviste ve (%85,5) gece-gündüz dönüşümlü (vardiyalı) çalıştığı; Yiğit vd.nin (2024) dahili yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılama düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının (%51,95) anestezi yoğun bakım ünitesinde ve tamamına yakınının (%91,6) vardiyalı olarak çalıştığı görülmektedir. Çalış'ın (2022) hemşirelerin kalite algısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında hemşirelerin çoğunun (%74,2) vardiyalı, yarısının (%48,9) bulunduğu birimde 1-5 yıl arasında çalıştığı ve birimdeki çalışma süresi ortalamalarının ise $3,49 \pm 5,19$ olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin birimdeki çalışma süresi ortalamalarının $54,35 \pm 54,61$ ay olduğu görülmüştür (Maghsoud vd., 2022). Kalaycı ve Olgun'un (2023) hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini değerlendirdikleri çalışmada, hemşirelerin tamamına yakınının (%86,40) Gündüz + Gece şeklinde ve yarısından fazlasının (%59,1) 1 ila 2 yıl arasında aynı birimde çalıştıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin hastanedeki çalışma sürelerinin farklılık göstermesi, kurumlarında uzun süre kalmayıp başka kurumlara tayin istemelerinden kaynaklı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Hemşirelerin büyük bir kısmının hem gece hem de gündüz çalışmasının nedeni olarak mesleğin başında olmalarından ve buldukları birimdeki hemşire insan gücüne olan ihtiyaçtan olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin yarısının (%51) haftada 40 saat çalıştığı ve haftalık çalışma saati ortalamalarının $44,93 \pm 5,98$ olduğu, çoğunluğunun (%67,9) bir vardiyada baktığı ortalama hasta sayısının 2 olduğu ve yarısına yakınının (%41,3) birim çalışma

koşullarından memnun olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Araştırmamızda hemşirelerin haftalık çalışma saati, vardiyada bakılan ortalama hasta sayısı, birim çalışma koşullarından memnuniyet ile ilgili bulguları literatür ile benzerlik ve farklılık gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yiğit vd.nin (2024) çalışmasında, hemşirelerin tamamına yakınının (%91,6) haftada 40 saat ve üzerinde çalıştığı, bir vardiyada bakım verdiği hasta sayısı ortalamasının $2,71 \pm 0,91$ ve yarısından fazlasının (%57,8) ise birimdeki çalışma koşullarından memnun olduğu; Gür'ün (2017) çalışmasında da hemşirelerin yarısından fazlasının (%55,7) çalıştığı birimi değiştirmek istemedikleri görülmüştür. Karaca vd.nin (2022) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun (%73,8) haftalık çalışma saati olarak 46 saat ve üzerinde çalıştığı, yarısına yakınının (%43,1) bir vardiyada ortalama 11 ve üzeri hastaya bakım verdiği ve yarısından fazlasının (%64,4) birim çalışma koşullarından memnun olmadığı tespit edilmiştir. Akansel vd.nin (2021) çalışmasında, hemşirelerin bir vardiyada bakım verdikleri ortalama hasta sayısının $10,5 \pm 7,6$ olduğu; Kavaslar'ın (2021) çalışmasında bir hemşirenin gündüz baktığı hasta sayısı ortalaması $4,43 \pm 2,65$ ve gece baktığı hasta sayısı ortalamasının $7,46 \pm 5,47$ olduğu bulunmuştur. Türkiye'de 657 sayılı Devlet Memurları Kanuna göre zorunlu çalışma süresi 40 saat ve 4857 sayılı İş Kanuna göre ise 45 saat olarak belirlenmiştir (Resmî Gazete, 1965; Hüseyinli ve Kaynak, 2020). Araştırmanın yapıldığı kamu kurumunda görev yapan hemşirelerin yarısının yasal olarak çalışma saatlerini aşmadıkları ve çoğunluğunun yoğun bakım ünitelerinde çalışmaları nedeniyle bir vardiyada ortalama 2 hastaya baktığı söylenebilir. Ülkemizde yoğun bakım standartlarının belirlendiği Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi'ne (2008/53) göre, 3. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi'nde üç yatak için en az bir hemşirenin çalıştırılmasının gerekliliği belirtilmektedir. Ancak 2020 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de ise bu oran, günün her saatinde her 2 yatak için en az bir hemşire olarak revize edilmiştir.

Araştırmamızda hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği genel puan ortalaması $4,37 \pm 0,47$ 'dir (Tablo 4.2). Bakımın kalitesinin değerlendirilmesi hemşirelerden ziyade bakım verdikleri hastalar, yöneticileri, öğrenci hemşireler diğer gruplar tarafından yapıldığı çalışmalara literatürde sıklıkla rastlanmaktadır (Al-Awamreh ve Suliman, 2019; Arofiati ve Apriliyanti, 2021; Arslan vd., 2022; Cerit ve

Coşkun, 2018; Gishu vd., 2019; Gülden ve Zaybak, 2023; Karaca ve Durna, 2019; Kersu vd., 2020; Neves, 2020; Özşaker vd., 2021). Ancak araştırmamızın bulguları, hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesini değerlendirdikleri bir araştırma olması bakımından, sonuçları son derece önemlidir. Hemşirelerin ölçekten aldıkları genel puan ortalamasının 4'ün üzerinde olması, sunulan bakımın kalitesinin de yüksek olarak değerlendirilebileceği şeklinde yorumlanabilir. KhalilzadehZia vd.nin (2024) İran'da hemşirelik bakımının kalitesini Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmada, puan ortalaması $151,45 \pm 16,78$ olarak bulunmuştur. Araştırmamız ile karşılaştırıldığında, bu bulgumuzun ham puan ortalaması $169,01 \pm 17,04$ olarak hesaplandığından, hemşirelerin sunulan hemşirelik bakımının kalitesini daha yüksek oranda değerlendirdikleri ifade edilebilir. Çalış'ın (2022) hemşirelerinin kalite algısını değerlendirdiği çalışmasında hemşirelerin, Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının $70,36 \pm 12,71$ olduğu saptanmıştır. Akansel vd.nin (2021) çalışmasında, hemşirelerin hastalara verilen hemşirelik bakımının verimliliğine ilişkin algıları puan ortalamasının $7,10 \pm 1,80$ olduğu görülmüştür. Cerit ve Coşkun'un (2018), Erenoğlu vd.nin (2019) ve Gülen ve Zaybak'ın (2023) hemşirelerin bakım kalite algılarının değerlendirebilmek amacıyla yaptıkları çalışmalarda, Bakım Davranışları Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları sırasıyla $5,23 \pm 0,52$, $5,23 \pm 0,50$ ve $5,38 \pm 0,50$ olarak bulunduğu ve ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puan aralığı 1-6 olduğu göz önüne alındığında hemşirelerin bakım kalitesine ilişkin algılarının olumlu olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmeleri amacıyla yapılan bir çalışmada, ölçekten alınan puan ortalamasının $83,83 \pm 7,74$ ve medyan puanının (62.5) yüksek olması sebebiyle hemşirelerin kalite değerlendirmesinin olumlu olduğu görülmüştür (Ebrahimi vd., 2023). Yu vd.nin (2021) Güney Kore'de bulunan 7 hastanedeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algılarını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, yarısının bakım kalitesini iyi düzeyde, diğer yarısının ise kötü veya orta düzeyde raporladığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Çevre puan ortalaması $4,14 \pm 0,72$; Hemşirelik Bakım Faaliyetleri puan ortalaması $4,14 \pm 0,72$ ve Hasta Sonuçları puan ortalaması $4,45 \pm 0,51$ 'dir (Tablo 4.2). Hemşirelerin Hasta Sonuçları alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu

durum hemşirelerin hastanın bakımı ile ilgili tüm süreçlere özen göstermelerinin yanı sıra hastaya dair sonuçların daha fazla üzerinde yoğunlaştıklarını düşündürebilir.

Hemşirelerin yaş grupları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p:0,032). Kaliteli Hemşirelik Bakımının 30 yaş ve altı hemşirelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.3). Bu bulgumuzu destekleyen KhalilzadehZia vd.nin (2023) Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile yaş ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamızın bu bulgusuyla farklılık gösteren Hupal'ın (2019) çalışmasında 45-54 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının kalite algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yu vd.nin (2021) yaptıkları çalışmada da, hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Literatürde Bakım Davranışı Ölçeği-24 (BDÖ-24) ile yapılan çalışmalarda, hemşirelerin bakım kalite algıları ile yaş değişkeni arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Kurşun, 2010; Yürün, 2015; Bayer, 2016; Gül ve Dinç, 2018; Erenoğlu vd., 2019; Gülen ve Zaybak, 2023).

Hemşirelerin yaş grupları ile Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; yaş grupları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 4.3). Araştırmanın bu bulguları neticesinde hemşirelerin, yaşları fark etmeksizin bakım verdikleri hastanın çevresini düzenli ve temiz tutmaya, bakım uygulamalarını dikkatli bir şekilde yürütmeye ve hasta sonuçlarını takip etmeye özen gösterdikleri söylenebilir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği (p: 0,020) ve Hemşirelik Bakım Faaliyetleri (p:0,000) alt boyutu karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kaliteli Hemşirelik Bakımının ve Hemşirelik Bakım Faaliyetlerinin kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 4.4). Kadınların, hemşirelik bakım faaliyetlerini daha dikkatli ve itinalı olarak yerine getirdiklerini düşünmelerinden kaynaklandığı, sundukları bakımın kalitesini de yüksek olarak algıladıkları ifade edilebilir. Araştırmamızın bu bulgusuyla benzerlik gösteren KhalilzadehZia vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin cinsiyetleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakım Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ve kadınların erkeklere nazaran daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin bakım

davranışlarını belirleyebilmek amacıyla yapılan bir çalışmada, Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ-24) genelinden kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Yürün, 2015). Bir palyatif kliniğinde bakım veren hemşirelerle yapılan çalışmada da, cinsiyetin bakım kalitesini etkilemediği bulunmuştur (Uzelli Yılmaz vd., 2017). Araştırmamızdan farklı olarak Kurşun'un (2010), Bayer'in (2016), Erenoğlu vd.nin (2019), Gül ve Dinç'in (2018), Hupal'ın (2019), Kavaslar'ın (2021), Yu vd.nin (2021), Gülen ve Zaybak'ın (2023) yaptıkları çalışmalarda, cinsiyet değişkeni ile hemşirelerin bakım kalite algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile Fiziksel Çevre ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4). Hemşirelerin cinsiyet farklılıklarının çalışma ortamının uygunluğu ve uygunsuzluğu ile hasta sonuçlarının olumlu veya olumsuz olmasından etkilenmediği, her iki cinsiyetteki hemşirelerin de bakım hizmetini, bu unsurlardan bağımsız olarak aynı kaliteyle sunmaya devam ettikleri söylenebilir.

Hemşirelerin medeni durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Literatürde araştırmamızın bu bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalar olduğu görülmüştür. KhalilzadehZia vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Aydın'ın (2013) bir acil servisteki hasta ve hemşirelerin, Kurşun'un (2010) bir genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, Erenoğlu vd.nin (2019), Gül ve Dinç'in (2018) hemşirelerin bakım kalitesi algılarını inceledikleri çalışmalarda, hemşirelerin medeni durumları ile bakım kalitesi algıları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmamızın bu bulgusu ve literatürdeki benzerlik gösteren çalışmalardan yola çıkarak hemşirelerin medeni durumlarının bakım kalitesi algılarını anlamlılık gösterecek şekilde etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; hemşirelerin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.6). KhalilzadehZia vd.nin (2023) çalışmasında hemşirelerin, Kaliteli

Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden aldıkları puan ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde, bakım kalite algısını belirlemek amacıyla yapılan diğer çalışmalarda da eğitim durumu ile anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Kurşun, 2010; Yürün, 2015; Bayer, 2016; Uzelli Yılmaz vd., 2017; Gül ve Dinç, 2018; Erenoğlu vd., 2019; Yu vd., 2021; Gülen ve Zaybak, 2023). Araştırmamızın bu bulgusu ile literatürde konuyla ilgili bulunan çalışmaların benzer bulgulara sahip olması hemşirelerin, eğitim derecelerindeki farklılıklardan etkilenmeyerek bakım verici rolünü itina ile yerine getirdikleri söylenebilir.

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; mesleki deneyimler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7). Yeni işe başlayan veya deneyimli olan hemşirelerin hastaya karşı aynı düzeyde kaliteli bakım verdikleri düşünülebilir. Literatürde bu bulgumuzu destekleyen çalışmalarda da mesleki deneyim ile bakım kalitesi arasında anlamlılık bulunmamıştır (Aydın, 2013; Yürün, 2015; Bayer, 2016; Uzelli Yılmaz vd., 2017; Erenoğlu vd., 2019; Gülen ve Zaybak, 2023). Araştırmamızın bu bulgusuyla farklılık gösteren Yu vd., (2021) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile mesleki deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve mesleki deneyimi az olan hemşirelerin bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden aldıkları puan ile mesleki deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (KhalilzadehZia vd., 2023). Göktepe vd.nin (2021) hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi algılarına etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada da, hemşirelerin mesleki deneyim süresinin bakım kalitesi algısını etkilediği, mesleki deneyim ile bakım kalitesi algıları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu, 3 yıl ve altı mesleki deneyime sahip hemşirelerin bakım kalitesi algılarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin hastanede çalışma süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; hastanede çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Hemşirelerin çoğunluğunun hastanedeki görev sürelerinin birbirine yakın olmasından kaynakladığı şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin çalışma şekli ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; çalışma şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9). Bu bulgumuzu destekler nitelikte olan KhalilzadehZia vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden aldıkları puan ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Erenoğlu vd.nin (2019), Gül ve Dinç'in (2018) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin çalışma şekli ile bakım kalitesi algıları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda gündüz ve gece çalışan hemşirelerin sadece gündüz çalışanlara göre, sundukları bakımı daha kaliteli algıladıkları söylenebilir.

Hemşirelerin çalıştığı birim ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; çalıştıkları birim arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Araştırmamızın bu bulgusuyla benzerlik gösteren, hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesi algısını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algılarının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Gülen ve Zaybak, 2023). Yürün'ün (2015) yaptığı çalışmada ise; yataklı servisler, yoğun bakım ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algılarının, ameliyathanede çalışanlara nazaran yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bayer'in (2016) kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi ve kalite belgesi alan hastanelerde hemşirelerin kalite algılarının incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalıştığı birim ile kalite algıları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu bulgumuzdan farklı olarak BDÖ-24 ölçeğinin kullanıldığı hemşirelerin bakım davranışları ve bakım davranışlarına ilişkin faktörlerin incelendiği bir çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları birim ile bakım kalitesi algıları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algılarının diğer servislere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erenoğlu vd., 2019). Araştırmamızda yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sunulan bakımı dahili kliniklerde çalışanlara göre daha kaliteli olarak algıladıkları, bu durumun ise hastanın hemşireye olan gereksiniminin yoğun bakım ünitesinde daha fazla olmasından ve hemşirenin de bu gereksinime yönelik verdiği bakımın sonucunda iş doyumunu yaşamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hemşirelerin birimde çalışma süreleri ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; birimdeki çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.11). 1-5 yıl arasında çalışan hemşireler ile 6 yıl ve üzerinde çalışanların verdikleri bakımı eşit derecede kaliteli olarak algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin aynı ya da birbirine yakın dönemlerde çalıştıkları birime başlamalarının, anlamlı fark olmamasına neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Literatürde araştırmamızın bu bulgusunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Aydın'ın (2013) bir acil servisteki hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin BDÖ-24 genel puan ortalamasının, 6-10 yıl arasında acil serviste çalışanlara göre daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzelli Yılmaz vd.nin (2017) bir palyatif bakım servisinde hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada ve Erenoğlu vd.nin (2019) bir doğumevindeki hemşirelerin bakım davranışlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin bakım kalitesi algıları puan ortalamaları ile birimde çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki çalışma süreleri ile bakım kalitesi algıları arasında anlamlı bir fark olduğu ve çalışma süresi 2 yılın altında olan hemşirelerin bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yu vd., 2021).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ($p: 0,012$), Fiziksel Çevre ($p: 0,002$) ve Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ($p: 0,014$) alt boyutları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kaliteli Hemşirelik Bakımı, Fiziksel Çevre ve Hemşirelik Bakım Faaliyetlerinin haftalık 40 saat çalışanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hasta Sonuçları alt boyutu ile haftalık çalışma saati arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12). Haftalık çalışma saati arttıkça hemşirelerin bakım kalitesi algılarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu durumun, hemşirelerin insan gücü eksikliğine bağlı çalışma sürelerinin artması ile hasta ve çalışan güvenliğini tehlikeye atabilecek bazı risklerin ortaya çıkmasından ve malpraktis olaylarının yaşanmasından kaynaklandığı varsayılabilir. Bu bulgumuzdan farklı olarak Uzelli Yılmaz vd.nin (2017) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin haftalık çalışma saati ile bakım kalitesi

alguları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Kadın doğum ve çocuk ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım davranışları ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, haftada 40 saat çalışan hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeğinden daha yüksek puan almalarına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür (Erenoğlu vd., 2019).

Hemşirelerin bir vardiyada baktığı ortalama hasta sayısı ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği, Fiziksel Çevre, Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ve Hasta Sonuçları alt boyutları karşılaştırıldığında; bir vardiyada bakılan ortalama hasta sayıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13). Bakılan hasta sayısının bakım kalitesini etkilemediği şeklinde yorumlanabilir. Araştırmamızın bu bulgusuyla benzerlik gösteren, Güney Kore’de bir yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin bakım kalitesi algılarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada; hemşirelerin bir vardiyada bakım verdiği hasta sayısı oranı ile bakım kalitesi algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Yu vd., 2021).

Hemşirelerin birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları ile Fiziksel Çevre alt boyutu karşılaştırıldığında; birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p:0,048$). (Tablo 4.14). Birim çalışma koşullarından memnun olanlarda Fiziksel Çevre puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası farklılığı belirlemek amaçlı yapılan Pos Hoc Tukey Testinde birim çalışma koşullarından memnun olanlar ile memnun olmayanlar arasındaki ortalama puan farkı memnun olanlar lehine anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları ile Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ($p: 0,086$), Hemşirelik Bakım Faaliyetleri ($p: 0,432$) ve Hasta Sonuçları ($p: 0,210$) alt boyutları karşılaştırıldığında; birim çalışma koşullarından memnuniyet durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.14). Çalışılan birimin fiziksel yapı ve koşullarından memnun olmanın, bakım kalitesini daha yüksek düzeyde algılamayı sağladığı düşünülebilir. Aydın’ın (2013) ve Erenoğlu vd.nin (2019) yaptıkları çalışmada, birimde isteyerek çalışan hemşirelerin BDÖ-24 genel puan ortalamasının, biriminde istemeyerek çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışma sonucunda, yönetici hemşirelerin birimlerde verilen bakım için yeterli insani ve fiziki şartları oluşturmanın, hemşirelerin

yönetimde rol almalarını sağlamanın ve olumlu bir çalışma ortamı yaratmanın, hemşirelerin bakım kalite algılarını arttırdığı gözlemlenmiştir (Göktepe vd. 2021).

Araştırmamızda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği ile karşılaştırılmaları sonucunda hemşirelerin yaşları ve haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş ve regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi sonucunda, yaş (β : -0,179) ve haftalık çalışma saatinin (β : -0,212) Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği üzerinde anlamlı ve negatif yöne etkisinin olduğu ve açıklanan varyans değeri R^2 değerinin ,065 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15). Hemşirelerin yaşları ve haftalık çalışma saatleri arttıkça bakım kalitesi algıları azalmaktadır. Araştırmamızdan farklı olarak KhalilzadehZia vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada cinsiyet, yaş ve mesleki deneyim değişkenlerinin hemşirelik bakımının kalitesi üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Hasta Düşme Oranı, Ocak-Haziran 2023 döneminde %0,39 ve Temmuz-Aralık 2023 döneminde %0,49 olarak bulunmuştur (Tablo 4.16) (Tablo 4.17). Araştırmamızdan farklı olarak Kılıç vd.nin (2021) İstanbul'da bulunan sekiz eğitim ve araştırma hastanesinde hasta düşme oranlarını incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmada, hastaların düşme oranlarının %0,01 ile %0,12 arasında değişiklik gösterdiği ve en fazla düşme olayının ise iç hastalıkları kliniğinde yaşandığı görülmüştür. Öncü'nün (2017) bir devlet hastanesinde 2015-2016 yılları arasında üçer aylık düşme sayılarını kullanarak yaptığı çalışmada, 2015 yılında 34, 2016 yılında ise 39 hastanın düştüğü, 2016 yılının ilk altı ayında aynı kalırken, sonraki altı ayda %14,70 oranında artış olduğu tespit edilmiştir. İzmir ilindeki üniversite ve kamu hastanelerinde retrospektif olarak 1622 düşme olay bildiriminin incelendiği çalışmada, büyük bir kısmının (%82) dahili kliniklerde düştüğü gözlemlenmiştir (Barış, 2015). Gürkan ve Akpınar'ın (2018) Maltepe Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleşen ve rapor edilen 36 düşmeyi inceledikleri çalışmada, düşen hastaların %69'unun dahiliye, %17'sinin cerrahi ve %11'inin kardiyoloji kliniğinde yattığı saptanmıştır. Turhan'ın (2022) Kayseri Şehir Hastanesi'ndeki hasta düşmelerinin sıklığının kök neden analizi ile incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında yatışı yapılan 120.935 hastanın 81'inin düştüğü, bunlardan 66'sının (%81,5) dahili kliniklerde yattığı ve servis bazında bakıldığında 21 hasta (%25,) ile en çok düşmenin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) servisinde gerçekleştiği, yıllık düşme oranlarının hastane genelinde 0,07, Dahiliye servisinde

0,05, FTR servisinde 0,73 ve nöroloji servisinde 0,63 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgumuz ve literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin dahili kliniklerindeki hasta düşme oranlarının 2023 yılının ilk ve ikinci periyotlarında kurumun belirlemiş olduğu hedef değer olan %1'in altında olduğu ve bunun sonucunda sağlıkta kalite göstergeleri de baz alınarak, hemşireler tarafından sunulan bakımın kaliteli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Hasta Düşme Oranı Ocak-Haziran 2023 ve Temmuz-Aralık 2023 dönemlerinde %0 (n=0) olarak bulunmuştur (Tablo 4.18) (Tablo 4.19). Literatürde araştırmamızın bu bulgusuyla benzerlik gösteren, Demir vd.nin (2016) bir devlet hastanesinin dahili yoğun bakım ünitesinde yatan 87 hasta ile yürüttüğü çalışmada, hastaların yarısından fazlasının (%66,6) yüksek düşme riskine sahip olmasına karşın hiç düşme olayı yaşanmadığı görülmüştür. Araştırmamızın bu bulgusuyla farklılık gösteren, Richardson ve Carter'ın (2015) 4 yetişkin yoğun bakımında 2 yıl içerisindeki düşme sıklığını ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 42 hastanın düştüğü tespit edilmiştir. Turhan'ın (2022) çalışmasında kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında yalnızca 1 hastanın düştüğü ve hasta düşme oranının 0,04 olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın yapıldığı yoğun bakım ünitelerinde görev alan hemşirelerin, düşme riski açısından yüksek riskli olan hastalara hassasiyet göstererek bakımı sundukları veya hasta düşmesinin hastane yönetimi tarafından olumsuz karşılanacağını düşündükleri için hasta düşme olayını bildirmekten kaçındıkları düşünülebilir.

Dahili kliniklerde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Basınç Yarası Oranı Ocak-Şubat-Mart 2023 döneminde %0,31, Nisan-Mayıs-Haziran 2023 döneminde %0,46, Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 döneminde %0,98, Ekim-Kasım-Aralık 2023 döneminde %1,20 ve Ocak-Şubat-Mart 2024 döneminde %0,80 olarak bulunmuştur (Tablo 4.20) (Tablo 4.21) (Tablo 4.22) (Tablo 4.23) (Tablo 4.24). Ateşgöz vd.nin (2022) bir eğitim ve araştırma hastanesinde en az 48 saat tedavi gören 369 hasta ile yaptıkları nokta prevalans çalışmasında, hastaların %14,4'ünde (53 hasta) basınç yarası saptandığı, 33'ünde hastaneye yatış sonrası basınç yarası açıldığı ve hastaneye yatıştan sonra oluşan basınç yarası prevalansının ise %8,94 olduğu hesaplanmıştır. Amir vd.nin (2017) Endonezya'da bulunan 4 hastanede yaptıkları çalışmada, basınç yarası prevalansının %8, hastane kaynaklı prevalansın %4,5 olduğu belirtilmiştir.

Norveç'te yatarak tedavi gören orta ve ileri yaştaki hastalarda basınç ülseri prevalansı ve ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, basınç ülseri prevalansı %14,9 olarak bulunmuştur (Børsting vd., 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde akut bakım hastanelerinde 216.626 hastada Uluslararası Basınç Ülseri Prevalansı anketi kullanılarak yapılan kesitsel bir çalışmada, basınç ülseri prevalansının %9,2 olduğu belirlenmiştir (Kayser vd., 2019). Barrois vd.nin (2018) Fransa genelindeki hastanelerde basınç yarasının prevalansını tanımlamak amacıyla yürüttüğü çalışmada, çalışmaya dahil edilen 776 serviste tedavi gören 21.538 hastanın 1.753'ünde (%8,1) basınç yarası olduğu görülmüştür. Zhou vd.nin (2018) Çin'deki 25 hastanede tedavi gören 25.264 hastayı basınç yarası açısından inceledikleri çalışmada, basınç yarası bulunan hastaların prevalansının %0-3,4 arasında değiştiği ve ortalama %1,26 olduğu bulunmuştur. Liao vd.nin (2019) yaptıkları çalışmada, akut iskemik inme semptomların başlamasından sonraki 14 gün içinde hastaneye başvuran 18 yaşından büyük 12.415 hasta, Çin Ulusal İnme Kayıt Defterinden elde edilen veriler yardımıyla incelenmiş ve bu hastaların 97'sinde (%0,8) hastanede yatış sırasında bası yarası oluştuğu görülmüştür. Literatürdeki diğer çalışmalarda ise basınç yarası prevalansının %9,3-14,9 gibi geniş bir aralıkta olduğu tespit edilmiştir (İnan ve Öztunç, 2012; Uzun ve Kaya, 2020). Portekiz'de bir hastanede yatan hastalarda basınç ülseri insidansının analizi amacıyla yapılan çalışmada, basınç ülseri oranı %3,4 olarak hesaplanmıştır (Sardo vd., 2016). Araştırmamızın bu bulgusu neticesinde, hastanenin dahili kliniklerindeki basınç yarası oranlarının çoğunlukla kurumun belirlemiş olduğu hedef değer olan %1 oranının altında olduğu ve bunun sonucunda sağlıkta kalite göstergeleri de baz alınarak, hemşireler tarafından sunulan bakımın kaliteli düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak 2023 döneminin son periyodundaki artış, hastanede sene sonunda yaşanan bakım malzemesi yetersizliğinden ve buna bağlı olarak hemşirelerin hastalara yeterli bakım verememesinden kaynaklanmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ile ilgili göstergelerden Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı Ocak-Şubat-Mart 2023 döneminde %2,64, Nisan-Mayıs-Haziran 2023 döneminde %2,14, Temmuz-Ağustos-Eylül 2023 döneminde %2,08, Ekim-Kasım-Aralık 2023 döneminde %3,88, Ocak-Şubat-Mart 2024 döneminde %4,44 olarak bulunmuştur (Tablo 4.25) (Tablo 4.26) (Tablo 4.27) (Tablo 4.28) (Tablo 4.29). Bu bulgumuz hastanenin yoğun bakım ünitelerindeki basınç yarası

oranlarının çoğunlukla kurumun belirlemiş olduğu hedef değer olan %6 oranının altında olduğu ve bunun sonucunda sağlıkta kalite göstergeleri de baz alınarak, hemşireler tarafından sunulan bakımın kaliteli düzeyde olduğu söylenebilir. Fakat basınç yarası oranlarının 2023 yılının son periyodu ve 2024 yılının ilk periyodunda artış göstermesi, hastanedeki yaşanan bakım malzemesi yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Literatürde hastanelerdeki basınç yarası görülme sıklığının yaklaşık %12 olduğu ancak yoğun bakım ünitelerinde bu oranın %23'lere kadar çıktığı belirtilmektedir (Santos vd., 2015). Basınç yarası oluşumu ve görülme sıklığı birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte özellikle yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastalarda bu oran oldukça yüksektir (Coyer vd. 2017). Basınç yaraları belirli bir fizyolojik süreci takiben oluşur. Yoğun bakım hastalarının genel durumlarının kötü olması, inotrop ve analjezik almaları, kan düzeylerindeki değişiklikler, immobilize olmaları ve basınca uğrayan vücut bölgesinde yetersiz dolaşım, doku hipoksisi ve dokunun nekroze olması gibi durumlar basınç yarası oluşumunu tetiklemektedir (Coyer ve Tayyib, 2017; Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020). Literatürde araştırmamızın bu bulgusuyla benzerlik ve farklılık gösteren çalışmalar olduğu görülmüştür. Çetin'in (2023) yoğun bakım hemşirelerine verilen basınç yarasını önleme eğitiminin basınç yarası insidansı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, Mart, Nisan ve Mayıs 2022 aylarını kapsayan ilk periyotta kontrol grubundaki 171 hastanın 23'ünde basınç yarası geliştiği ve basınç yarası insidansının %13,45 olduğu, Haziran, Temmuz ve Ağustos 2022 aylarını içeren ikinci periyotta ise 151 hastanın 14'ünde basınç yarası geliştiği ve basınç yarası insidansının %9,27 olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmanın deney grubunda, hemşirelere basınç yarası önleme eğitimi verilmeden önceki Mart, Nisan ve Mayıs 2022 aylarını kapsayan ilk periyotta, 210 hastanın 22'sinde basınç yarası geliştiği ve basınç yarası insidansının %10,47 olduğu, hemşirelere 2022 Haziran ayında basınç yarası önleme eğitimi verildikten sonraki Haziran, Temmuz ve Ağustos 2022 aylarını kapsayan ikinci periyotta ise 189 hastanın 7'sinde basınç yarası geliştiği ve basınç yarası insidansının %3,70 olduğu tespit edilmiştir. Akbayır'ın (2023) yoğun bakım ünitesindeki hastalarda nütrisyonel beslenme ve basınç yarası arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, 101 hastanın 7'sinde (%6,9) basınç yarası oluştuğu saptanmıştır. Çavuşoğlu vd.nin (2020) bir nöroloji yoğun bakım ünitesinde basınç yarası prevalansını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 92 hastanın %10,9'unda basınç yarası

geliştiği tespit edilmiştir. Kılıç Sevcen'ın (2020) bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerindeki basınç yaralanması sıklığını incelemek amacıyla 261 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, basınç yaralanması prevalansının %37,2, basınç yaralanması insidansının ise %19,9 olduğu görölmüştür. Yoğun bakım ünitelerindeki uzun süre yatarak tedavi gören hastalarda solunumu rahatlatmak, aspirasyonu önlenmek ve benzeri amaçlarla yatak başının yükseltilmesi ve supine pozisyon verilmesi sakral ve gluteal bölgelerdeki basıncın artmasına sebep olduğu belirtilmektedir (Kaşıkçı vd., 2018; avuşoğlu vd., 2020). Yapılan araştırmalarda hareketsizliğin basınç yarası gelişimine direkt etki eden bağımsız bir risk faktörü olduğu görölmüştür (İnan ve Öztunç, 2012; Kayser vd., 2019; avuşoğlu vd., 2020; Lopes vd., 2020). Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular üzerinde bu durumun etkisinin olduğu düşünölebilir. Basıncın vücuda eşit dağılması için hemşirelerin hastaların düzenli aralıklarda pozisyonunu değiştirmesi, sakrum ve gluteal bölgeler başta olmak üzere vücudun basınca maruz kalan bölgelerini yakından takip etmesi önleyici uygulamalara katkı sağlayacaktır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak 13 Mayıs – 10 Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahili kliniklerinde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 196 hemşire ile yapılmıştır.

Araştırma sonucunda:

- Hemşirelerin çoğunun 30 yaş ve altında, kadın, bekar, lisans mezunu olduğu, 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu, yoğun bakım ünitelerinde, gündüz ve gece şeklinde çalıştığı, 1-5 yıl arasında hastanede ve bulunduğu birimde çalıştığı görülmüştür.
- Hemşirelerin yarısının haftada 40 saat çalıştığı ve haftalık çalışma saati ortalamalarının $44,93 \pm 5,98$ olduğu, çoğunluğunun bir vardiyada baktığı ortalama hasta sayısının 2 olduğu ve yarısına yakınının birim çalışma koşullarından memnun olduğu bulunmuştur.
- Hemşirelerin Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması $4,37 \pm 0,47$ 'dir.
- Fiziksel Çevre alt boyutunun puan ortalaması $4,14 \pm 0,72$; Hemşirelik Bakım Faaliyetleri alt boyutunun puan ortalaması $4,14 \pm 0,72$ ve Hasta Sonuçları alt boyutunun puan ortalaması $4,45 \pm 0,51$ 'dir.
- Dahili kliniklerde hasta düşme oranının Ocak-Haziran 2023 döneminde %0,39, Temmuz-Aralık 2023 döneminde %0,49 olduğu ve yoğun bakım ünitelerinde ise düşme yaşanmadığı görülmüştür.
- Dahili kliniklerde basınç yarası oranının Ocak-Mart 2023 döneminde %0,31, Nisan-Haziran 2023 döneminde %0,46, Temmuz-Eylül 2023 döneminde %0,98, Ekim-Aralık 2023 döneminde %1,20 olduğu bulunmuştur.
- Yoğun bakım ünitelerinde ise basınç yarası oranının Ocak-Mart 2023 döneminde %2,64, Nisan-Haziran 2023 döneminde %2,14, Temmuz-Eylül 2023 döneminde %2,08, Ekim-Aralık 2023 döneminde %3,88 olduğu saptanmıştır.

- Hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel olarak değerlendirilmesinde bakımı kaliteli olarak algıladıkları, nesnel değerlendirilmesinde ise bakım kalite göstergelerinin kurumun hedeflediği düzeyin altında olduğu ve hemşirelerin kaliteli bakım verdiği tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin verdiği bakımın, belirli aralıklarla ölçek kullanılarak bakımın değerlendirilmesi,
- Hemşirelik bakımı ile ilgili daha fazla kalite göstergesinin takip edilerek bakımın bu yönde planlanması,
- Hemşirelerin bakım ile ilgili gereksinim duydukları durumlarda hizmet içi eğitimler planlanarak daha iyi seviyeye ulaşmasının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abiakam, N. S. (2023). *Detecting early signs of skin damage using non-invasive biophysical parameters*. (Doctoral dissertation University of Southampton, United Kingdom).
- Abu-Rumman, A., Al Shraah, A., Al-Madi, F., Alfalah, T. (2022). The impact of quality framework application on patients' satisfaction. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 15(2), 151-165.
- Acun, A., Tekeli, N. D., Çalışkan, N. (2022). Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Palyatif Bakım Merkezi'nde Yatan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 413-423.
- Açıkgöz, G., Baykal, U. (2023). Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hemşirelerin Mesleki Roller ve Özerklik. *Istanbul Kent University Journal of Health Sciences*, 2(1), 29-34.
- Adnan, Y. (2020). Effectiveness of nursing caring behavior to the satisfaction of hospital patients in Puskesmas Wotu. *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(3), 88-95.
- Afaneh, T., Abu-Moghli, F., Ahmad, M. (2021). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Nursing Management*, 28(3).
- Aghaei, M. H., Vanaki, Z., Mohammadi, E. (2020). Watson's human caring theory-based palliative care: A discussion paper. *International Journal of Cancer Management*, 13(6).
- Asikin, M., Nasir, M., & Podding, I. T. (2020). Caring Behavior of Nurses Increase Level of Client's Satisfaction in Clinical Area. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 10(5), 408-417.
- Ahmed, A. O., Idris, A. A. (2020). Examining the relationship between soft total quality management (TQM) aspects and employees' job satisfaction in "ISO 9001" Sudanese oil companies. *The TQM Journal*, 33(1), 95-124.
- Akansel, N., Watson, R., Vatansever, N., & Özdemir, A. (2021). Nurses' perceptions of caring activities in nursing. *Nursing Open*, 8(1), 506-516.

- Akbari, A., Nasiri, A. (2022). A concept analysis of Watson's nursing Caritas process. *Nursing Forum*, 57(6), 1465-1471.
- Akbayır, N. (2023). Yoğun bakım ünitelerinde nütrisyonel beslenme ve basınç yarası arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Akdoğan, N., Doğan, D. U., Alp, Ö. S. (2022). *Finansal Olmayan Bilgilerin Raporlanmasında Değişiklikler ve Güncel Konular*. Ankara, Gazi Kitabevi.
- Akinfiresoye, S. (2020). *Nursing Home Caregivers' Knowledge of Decubitus Ulcer Prevention Strategies* (Doctoral dissertation, Walden University).
- Aksu, Ç., Buğdaycı, M., & Ayar, D. (2023). Eksik Hemşirelik Bakımı; Hemşire Perspektifinden Kesitsel Bir Çalışma. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(3), 496-503.
- Aktaş, Y., Arabacı, L. B., Dülğüler, Ş. (2020). Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-57.
- Akthar, N., Nayak, S., Pai, Y. (2023). Determinants of patient satisfaction in Asia: Evidence from systematic review of literature. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 101393.
- Akyirem, S., Salifu, Y., Bayuo, J., Duodu, P. A., Bossman, I. F., Abboah-Offei, M. (2022). An integrative review of the use of the concept of reassurance in clinical practice. *Nursing Open*, 9(3), 1515-1535.
- Al-Awamreh, K., Suliman, M. (2019). Patients' satisfaction with the quality of nursing care in thalassemia units. *Applied Nursing Research: ANR*, 47, 46-51.
- Al-Dweik, G., Ahmad, M. (2019). Matching nursing assignment to patients' acuity level: The road to nurses' satisfaction. *Journal of Nursing Measurement*, 27(1), E34-E47.
- Alharbi, J., Jackson, D., Usher, K. (2020). Compassion fatigue in critical care nurses and its impact on nurse-sensitive indicators in Saudi Arabian hospitals. *Australian Critical Care*, 33(6), 553-559.

- Aljarallah, N. A., Almuqbil, M., Alshehri, S., Khormi, A. M. S., AlReshaidan, R. M., Alomran, F. H., Fawzan Alomar, N., Alshahrani, F. F., Alshammari, M. S., Alsanie, W. F. (2023). Satisfaction of patients with health care services in tertiary care facilities of Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional approach. *Frontiers in public health, 10*, 1077147.
- Aljehani, S. M., Khawaji, M. H. (2022). *The Effect Of Health Care Accreditation Standards On The Leadership And Quality Practices In Primary Health Care Centers In Jeddah*. Faculty Of Economics And Administration King Abdul-Aziz University.
- Alshammari, S. M. K., Aldabbagh, H. A., Al Anazi, G. H., Bukhari, A. M., Mahmoud, M. A. S., & Mostafa, W. S. E. M. (2023). Establishing Standardized Nursing Quality Sensitive Indicators. *Open Journal of Nursing, 13*(8), 551-582.
- AlShehail, O. A., Ajmal, M., Khan, M. (2022). Total quality management and sustainability in the public service sector: The mediating effect of service innovation. *Benchmarking: An International Journal, 29*(2), 382-410.
- Álvarez Najar, J. P., Valderrama Sanabria, M. L., Peña Pita, A. P. (2020). Report of the experience of living with high blood pressure in light of the theory of caring. *Investigacion y educacion en enfermeria, 38*(2).
- Amalina, S. F., Rachmawaty, R., Ilkafah, I., Erfina, E. (2020). Patient experiences of nurse caring behaviors based on Swanson's theory in Indonesian hospital. *Enfermería Clínica, 30*, 332-336.
- Amir, Y., Lohrmann, C., Halfens, R. J., & Schols, J. M. (2017). Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment. *International Wound Journal, 14*(1), 184-193.
- ANA., (2017). *Nursing Scope of Practice | American Nurses Association*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/> Erişim Tarihi: 09.06.2024
- Arofiati, F., & Apriliyanti, P. (2021). The family satisfaction on nursing services at the intensive care unit. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 9*(T4), 61-64.

- Arslan, B. Ş. (2021). *İnsan bakım kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının ebeveynini kaybeden adölesanlarda travma sonrası büyüme etkisi: Eylem araştırması*. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Arslan, R., Demir, G. (2022). *G-Power ve MINITAB Uygulamalı Örneklem Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Arslan, D. (2019). *Etkileşimsel ve dönüşümcü liderliğin çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılığı üzerindeki etkileri: Bir alan araştırması* (Yüksek Lisans Tezi) Ufuk Üniversitesi, Ankara.
- Arslan, S., ve Basit, G. (2021). Türkiye'de hemşirelik lisans programlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği derslerinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 8(2), 252-262.
- Arslan, Ü. (2019). *Bir stratejik yönetim aracı olarak verimlilik karnesi uygulamalarına ilişkin yönetici algularının değerlendirilmesi: Ankara ili kamu hastaneleri örneği*. (Doktora Tezi) Gazi Üniversitesi, Ankara.
- ASQC. (2022). *ASQC Kalite Sözlüğü* <https://asq.org/quality-resources/qualityglossary/q> (Erişim Tarihi: 14.03.2024).
- Atalç, H. (2019). *Sağlık hizmetleri sunumunda kurumsal karne ve iş mükemmeliyeti ölçeklerinin sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi* (Doktora Tezi) Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Burdur.
- Ateşgöz, F., Köse, G., Seki, Z., Sağlık, S., Kulaksızoğlu, N., Ülgen, N., & 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.
- Avcıl, S., ve Uslu, K. (2022). JCI Sağlık Standartlarının Akreditasyonunun Türkiye'de Uygulanmasında Üniversite ve Devlet Hastanelerinin Hizmet Kalitesinin İncelenmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 279-297.
- Avcıl, S. (2020). Sağlıkta Uluslararası Akreditasyon ve Türkiye'de Sağlıkta Kalite Standartları International Accreditation in Health and Quality Standards in Health in Turkey. *On Eurasian Economies 2020*, 76.
- Aydın, H. (2013). *Acil serviste hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarının değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Aydın, M., ve Kaşıkçı, M. (2021). Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 21(3), 14-24.
- Ayla, K., Gözüm, S., Emine, K. O. L., Arıkan, F., Yıldırım, N., Akgöz, A., ve Nelson, J. (2023). Bakım Faktörü Ölçeği'nin Öz Bakım ve Yöneticinin Bakımı Sürümlerinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 9(1), 60-68.
- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). The Meaning of the Empathetic Nurse–Patient Communication: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 8, 237437352110564.
- Baillette, P., Barlette, Y., & Berthevas, J.-F. (2022). Benefits and Risks of Shadow IT in Health Care: A Narrative Review of the Literature. *Systèmes d'information et management*, 27(2), 59-96.
- Báo, A. C. P., Amestoy, S. C., Moura, G. M. S. S. de, & Trindade, L. de L. (2019). Quality indicators: Tools for the management of best practices in Health. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 360-366.
- Barış, M. (2020). Hisbe Kurumundan Diyanet İşleri Başkanlığı ve TSE'ye İyiliği Önerme İlkesi. *Mesned İlahiyat Araştırmaları Dergisi*, 11(2), 753-779.
- Barış, V. K. (2015). *İzmir ilinde bulunan üniversite ve kamu hastanelerindeki hasta düşmelerinin maliyet analizi* (Yüksek Lisans Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Barrois, B., Colin, D., & Allaert, F. A. (2018). Prevalence, characteristics and risk factors of pressure ulcers in public and private hospitals care units and nursing homes in France. *Hospital practice*, 46(1), 30-36.
- Baydar, M. (2019). *Çanakkale ilinde tüketicilerin gıda güvenliği konusunda bilgi durumları ve çeşitli tercihleri üzerine bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi) Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Bayer N., (2016). Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Hemşirelerin Kalite Algısı. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 103 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Ülkü Baykal).

- Benlice, A. (2023). *Hastane Akreditasyon Süreçleri ve Uygulamaları*. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Dönem Projesi.
- Berberoğlu, B. K., ve Çalışır, H. (2020). Serebral palsili bir çocuğun orem öz-bakım eksikliği kuramı'na göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 154-167.
- Cerit, B., & Çoşkun, S. (2018). Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), 103-109.
- Bhasin, S., Gill, T. M., Reuben, D. B., Latham, N. K., Ganz, D. A., Greene, E. J., Dziura, J., Basaria, S., Gurwitz, J. H., Dykes, P. C., McMahon, S., Storer, T. W., Gazarian, P., Miller, M. E., Trivison, T. G., Esserman, D., Carnie, M. B., Goehring, L., Fagan, M., ... Peduzzi, P. (2020). A Randomized Trial of a Multifactorial Strategy to Prevent Serious Fall Injuries. *New England Journal of Medicine*, 383(2), 129-140.
- Bıyık, M., ve Türe, A. (2021). Hemşirelikte Kalite Göstergelerinin Kullanımı ve Önemi. *The Journal of Academic Social Science*, 108, 418-433.
- Bolatan, G. İ. S. (2019). Kalite 4.0. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21, 437-454.
- Børsting, T. E., Tvedt, C. R., Skogestad, I. J., Granheim, T. I., Gay, C. L., & Lerdal, A. (2018). Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle-and older-aged medical inpatients in Norway. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e535-e543.
- Bölüktaş, R. P., ve Özer, Z. (2018). Uluslararası Hemşirelik And'ının Mesleki Değerler Açısından İncelenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 83-98.
- Brejon de Lavergnée, M. (2022). Female Religious Empires: A Transnational Network of Nursing Nuns in the Atlantic World (late 19th-early 20th Centuries). *Female Religious Empires: a Transnational Network of Nursing Nuns in the Atlantic World (late 19th-early 20th Centuries)*, 217-242.
- Brooke, E. (2020). *Women Healers Through History: Revised and Expanded Edition*. Aeon Books.

- Brown, K. J. (2021). *Registered Nurses' Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Relation to Nurses' Caring Efficacy* (Doctoral dissertation, Grand Canyon University).
- Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1689-1697.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2021). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Bütüner, O. (2022). Kalite yönetim sistemi kavramının bibliyometrik analizi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 14(3), 2565-2590.
- Caughey, G., Lang, C., Bray, S., Moldovan, M., Jorissen, R., Wesselingh, S., & Inacio, M. (2020). *International and national quality and safety indicators for aged care*. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety.
- Cece, S. (2022). *Türkiye'de sağlık hizmet kalitesi için kullanılan ölçeklerin karşılaştırmalı analizi yapılarak post-modern işletme yönetimi yaklaşımlarına uygun ve özgün bir sağlıkta kalite ölçüm modelinin geliştirilmesi*. (Doktora Tezi) Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Cohen J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science* 1(3), 98-101.
- Coyer, F., Miles, S., Gosley, S., Fulbrook, P., Sketcher-Baker, K., Cook, J. L., & Whitmore, J. (2017). Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: a state-wide comparison. *Australian Critical Care*, 30(5), 244-250.
- Coyer, F., & Tayyib, N. (2017). Risk factors for pressure injury development in critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 6, 1-6.
- Cui, C., & Meng, K. (2021). Development of an index system for evaluating the organisational capabilities of primary medical institutions: A modified Delphi study in China. *BMJ open*, 11(12), e055422.
- Çalış, E. (2022). Klinik Hemşirelerinin Kalite Algısı ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi) Düzce Üniversitesi, Düzce.

- Çamlıca, T. (2021). Hemşirelik eğitiminin tarihsel gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 29(1).
- Çavuşoğlu, A., Yeni, K., İncekara, H., Acun, A., Polat Dünya, C., & Tülek, Z. (2020). Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Prevalansı: Retrospektif Bir Çalışma. *Journal Of Academic Research In Nursing (Jaren)*, 6(2).
- Çetin, Y. (2023). *Yoğun bakım hemşirelerine verilen basınç yarası önleme eğitiminin basınç yarası insidansı ve hemşire bilgi düzeyi üzerine etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi) Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Dağcı, M. (2019). *Türkiye’de 2008-2018 Yılları Arasında Model ve Kuram Kullanılmış Hemşirelik Araştırmaları: Sistemik İnceleme.* *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (9), 929-943.
- Dang, D., Dearholt, S. L., Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2021). *Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines.* Sigma Theta Tau.
- Data, B., & Burns, P. P. (2023). At the outset, the ANA identified 10 nurse-sensitive indicators to develop. Nurse-sensitive indicators are the structures, processes, and outcomes of care that are distinct and specific to nursing (Montalvo, 2007). Currently, the following indicators have been developed and are included in the NDNQI database (Press Ganey, 2022). *Clinical Analytics and Data Management for the DNP*, 391.
- Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., ... & Villalobos, S. (2022). 2022 National standards for diabetes self-management education and support. *The science of diabetes self-management and care*, 48(1), 44-59.
- Değirmen, N. (2021). Hemşire Kelimesinin Çağrışımlarından Hemşirelik Felsefesine Bir Yolculuk; Bakımın Özü: Sevgi. *Değişen Dünyada Hemşirelik Bilimine Çok Yönlü Yaklaşımlar*, 42.
- Demircioğlu, B. (2021). 3. *Basamak sağlık hizmeti sunan hemşirelerin profesyonellik değerleri ve profesyonellik değerlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi: Üniversite Hastanesi örneği* (Doktora Tezi) Uludağ Üniversitesi, Bursa.

- Demir, M. V., Taycı, İ., Yıldız, H., & Demir, T. Ö. (2016). Dahiliye yoğun bakım hastalarının düşme riski açısından değerlendirilmesi. *Journal of Human Rhythm*, 2(3).
- Devi, B., Pradhan, M. S., Giri, M. D., & Lepcha, M. N. (2022). Watson's theory of caring in nursing education: Challenges to integrate into nursing practice. *Journal of Positive School Psychology*, 1464-1471.
- Devres, Y. O. (2023). *Gıda Üretim Tesisleri ve Cihazlarının Hijyenik Tasarımı ile Yapımında Görev Alacak Mimarlar, Mühendisler ve Tasarımcıların Çalıştığı Firmaların GFSI II/III'ye Göre Belgelendirilmesi*. Soğutma Teknolojileri Sempozyumu Bildirisi.
- Doshmangir, L., Bazayar, M., Majdzadeh, R., & Takian, A. (2019). So near, so far: Four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. *Archives of Iranian medicine*, 22(10), 592-605.
- Dreiherr, D., Blagorazumnaya, O., Balicer, R., & Dreiherr, J. (2020). National initiatives to promote quality of care and patient safety: Achievements to date and challenges ahead. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 62.
- Duran, F., ve Arslanoğlu, A. (2023). Türkiye'de Sağlık Yönetimi Lisans Programlarında Yürütülen Kalite ve Hasta Güvenliği Derslerinin İncelenmesi. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, 3(1), 31-39.
- Dülger, Ş. (2021). *Uluslararası Hemşireler Konseyi (Icn) 2009-2018 Temaları Özelinde "Küresel Sorumluluk" Farkındalığı: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşireleri* (Doktora Tezi) Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Ebrahimi, F., Jafarjalal, E., Ghezalje, T. N., & Haghani, S. (2023). The quality of nursing care in nurses working in the intensive care unit of COVID-19 in Arak medical training centers in 2021-2022.
- Efe, S., Sak, İ., ve İnal, V. (2018). Üçüncü Basamak Karma Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Kalite Göstergelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Dergisi*, 9(1).
- Efteli, E. (2020). Hemşirelik bakımında önemli bir sorun; basınç yaraları. *Current Perspectives on Health Sciences*, 1(1), 1-10.

- Eglseer, D., Osmancevic, S., Hoedl, M., Lohrmann, C., & Bauer, S. (2021). Improving the quality of nursing care in Austria: 10 years of success. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 186-193.
- Elbi, S. H. (2023). Kızılay Kültür Sanat Yayınları. *Biography*, 643(A33), B54.
- Elçelik, U. E., ve Özçelik, H. (2021). *Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisi* (Yüksek Lisans Tezi) Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Endeshaw, B. (2020). Healthcare service quality-measurement models: A review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106-117.
- Erciyas, A., Yazıcı, G., ve Sürel, A. A. (2021). Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4).
- Erenoğlu, R., Can, R., & Tambağ, H. (2019). Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; doğumevi örneği. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1(82).
- Fitzpatrick, R. (2022). Satisfaction with health care. İçinde *The experience of illness* (ss. 154-176). Routledge.
- Fong, K. N., Chung, R. C., Sze, P. P., & Ng, C. K. (2023). Factors associated with fall risk of community-dwelling older people: A decision tree analysis. *Digital health*, 9, 20552076231181202.
- Fu, M. R., Kurnat-Thoma, E., Starkweather, A., Henderson, W. A., Cashion, A. K., Williams, J. K., Katapodi, M. C., Reuter-Rice, K., Hickey, K. T., & de Mendoza, V. B. (2020). Precision health: A nursing perspective. *International journal of nursing sciences*, 7(1), 5-12.
- Galkina, E. E., & Sorokin, A. E. (2020). Quality management and sustainable economic development. *Russian Engineering Research*, 40, 577-578.
- Gavahi, S. S., Hosseini, S. M. H., & Moheimani, A. (2023). An application of quality function deployment and SERVQUAL approaches to enhance the service

- quality in radiology centres. *Benchmarking: An International Journal*, 30(5), 1649-1671.
- Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Gerich, H. V., Moen, H., & Peltonen, L. (2022). Identifying nursing sensitive indicators from electronic health records in acute cardiac care—Towards intelligent automated assessment of care quality. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 3726-3735.
- Ghofrani, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Janati, A., & Taleghani, F. (2024). Adapting the Donabedian model in undergraduate nursing education: A modified Delphi study. *BMC Medical Education*, 24(1), 202.
- Gibelli, F., Bailo, P., Sirignano, A., & Ricci, G. (2022). Pressure ulcers from the medico-legal perspective: A case report and literature review. *Healthcare*, 10(8), 1426.
- Giri, J., Poojary, A., Coto, B. S., Agarwal, A., Datta, B., Ganguly, S., Hindlekar, P., Patil, P., Vitto, J. V. A., Choi, A., Kim, S., Basaiawmoit, B., Biswas, D., Prabhakar, S., Sharma, A., Deshwal, N., Shin, J. A., Jung, J., Eshwara, V. K., ... Van Anh, D. T. (2023). Preventing Risks of Infections and Medication Errors in IV therapy (PRIME): A patient safety initiative. *British Journal of Nursing*, 32(14), S4-S12.
- Gishu, T., Weldetsadik, A. Y., & Tekleab, A. M. (2019). Patients' perception of quality of nursing care; a tertiary center experience from Ethiopia. *BMC nursing*, 18(1), 1-6.
- Goodrich, G. W., & Lazenby, J. M. (2023). Elements of patient satisfaction: An integrative review. *Nursing Open*, 10(3), 1258-1269.
- Gökmen, N. (2018). *İstanbul Tıp fakültesinde çalışan hemşirelerde kalite algısının belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Göktepe, N., Türkmen, E., Fener, İ., Yalçın, B., & Sarıköse, S. (2021). Hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi algılarına etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 139-147.

- Gözlü, K. (2023). Kalite Yönetimi ve Sağlıkta Kalite Standartları. *Güncel Yaklaşımlarla Teoriden Uygulamaya Sağlıkta Stratejik Yönetim*, 210.
- Gül, Ş. & Dinç, L. (2018). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.5(3):192-208
- Gülen, D., & Zaybak, A. (2023). Hemşirelik Bakım Kalitesinin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(1).
- Gülner, Ü. (2021). Modern Yönetimin Adı: Toplam Kalite Yönetimi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 1(19), 62-74.
- Gülşah, K., Güvenç, G., Uçar, A. K., Pardes, B. B., Esra, Ö., Öztürk, T., Özkeçeci, F., & Şen, Y. Ç. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinin Simülasyon Eğitiminde Yaşadığı Stres, Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Algıları ile Memnuniyet Durumlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(3), 460-467.
- Gür, N. E. (2017). *Özel alan yetki belgesi olan hemşirelerin bakım kalitesi algısı ve iş doyumunu* (Yüksek Lisans Tezi) Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Güran, R., & Lebekwe, M. (2020). Çalışanların Performans Değerlendirmelerinin İnsan Kaynakları Bakış Açısıyla Ele Alınması. *Journal of Business Innovation and Governance*, 3(2), 145-154.
- Gürkan, S., & Akpınar, Ö. G. (2018). Maltepe Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalarda oluşan düşmelerin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (15), 85-107.
- Gürsoy, E., & Sağlam, H., Yeşildere. (2021). Swanson Caring Theory: Use in Nursing Research. *Eskisehir Medical Journal, Eskisehir City Hospital*, 2(2), 139-147.
- Güven, B. (2021). *Hemşirelerin profesyonel değerleri ve yetkinlik düzeylerinin bakım davranışları üzerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Gyasi, E., & Gokova, G. C. (2021). *The Impact of Pressure Ulcers on the Quality of Life of Patients*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021062416627>

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L. (2013). *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education Limited.
- Halász, B. G., Bérešová, A., Tkáčová, L., Magurová, D., & Lizáková, L. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards prevention of pressure ulcers. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1705.
- Halldórsdóttir, S. (2023). 21 Care and compassion in nursing. *Routledge Handbook of Philosophy and Nursing*. <https://doi.org/10.4324/9781003427407-24>.
- Hammad, Y., Bali, S., & Feki, A. (2022). Role of Anesthesia Technician in Operating Theatre Including Quality Projects and JCI Accreditation. İçinde N. A. Shallik, A. Ismail, & O. Al Hariri (Ed.), *Improving Anesthesia Technical Staff's Skills* (ss. 11-24). Springer International Publishing.
- Hartika, A., Fitridiani, M., & Asbari, M. (2023). Analisis Penerapan ISO 9001: 2015 di Rumah Sakit: Sebuah Narrative Literature Review. *Journal of Information Systems and Management (JISMA)*, 2(3), 16-24.
- Helmold, M. (2023). History and Evolution in Quality Management (QM). İçinde M. Helmold, *Virtual and Innovative Quality Management Across the Value Chain* (ss. 43-54). Springer International Publishing.
- Hendekeçi, A. (2021). *İnovatif düşünmeyi geliştirme programı (IDGEP) 'nin hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi yaklaşımları, eleştirel düşünceleri ve yeterlilik algıları üzerine etkisi*. (Doktora Tezi) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Hickman, S. E., Parks, M., Unroe, K. T., Ott, M., & Ersek, M. (2020). The role of the palliative care registered nurse in the nursing facility setting. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(2), 152-158.
- Hommel, A., Magnéli, M., Samuelsson, B., Schildmeijer, K., Sjöstrand, D., Göransson, K. E., & Unbeck, M. (2020). Exploring the incidence and nature of nursing-sensitive orthopaedic adverse events: A multicenter cohort study using Global Trigger Tool. *International journal of nursing studies*, 102, 103473.
- Huang, C., Pickavance, C. L., & Gawkrödger, D. J. (2022). Skin disease and military conflicts: Lessons from the Crimean War. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 1854, 336.

- Hupal AF. (2019). *Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algularına Etkisi (Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği)*. İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 83 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Tunç).
- Hüseyinli, N., & Kaynak, K. Ö. (2020). Türk Hukukunda Refakat İzni ve Uygulamadaki Yeri (Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Örneği). *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(1), 59-74.
- Ionescu, A.-I., Atasiei, D.-I., Ionescu, R.-T., Ultimeşcu, F., Barnonschi, A.-A., Anghel, A.-V., Anghel, C.-A., Antone-Iordache, I.-L., Mitre, R., & Bobolocu, A. M. (2024). Prediction of Subclinical and Clinical Multiple Organ Failure Dysfunction in Breast Cancer Patients—A Review Using AI Tools. *Cancers*, 16(2), 381.
- Iqbal, N., Jamil, F., Ahmad, S., & Kim, D. (2021). A novel blockchain-based integrity and reliable veterinary clinic information management system using predictive analytics for provisioning of quality health services. *Ieee Access*, 9, 8069-8098.
- Irmak, B., & Bulut, H. (2022). Hemşirelerin “Hemşirelik Bakımına Duyarlı Kalite Göstergeleri” Hakkındaki Görüşleri. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 8(1), 1-2.
- ISO. (2024). *ISO 9001:2015(en), Quality management systems—Requirements*. <https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:62085:en>. (Erişim Tarihi: 15.06.2024).
- ISO. (2024). *ISO-ICS*. ISO. <https://www.iso.org/standards-catalogue/browse-by-ics.html>. (Erişim Tarihi: 15.06.2024).
- Işık, M. T., & Özdemir, R. C. (2022). İçel 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesinden, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine Yolculuk. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(2), 308-320.
- İkiz, A. K., & Dönen, F. (2023). Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Kayseri İli Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(1), 93-133.

- İnan, D. G., & Öztunç, G. (2012). Pressure ulcer prevalence in Turkey: a sample from a university hospital. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(4), 409-413.
- Jankalová, M., & Jankal, R. (2020). How to characterize business excellence and determine the relation between business excellence and sustainability. *Sustainability*, 12(15), 6198.
- Jerez, B. E., Siles-González, J., Solano-Ruiz, M. C., & Gómez-Cantarino, S. (2023). Women health providers: Materials on cures, remedies and sexuality in inquisitorial processes (15th–18th century). *Frontiers in Psychology*, 14, 1178499.
- Jokhadze, K., & Koblianidze, T. (2024). Patients' satisfaction as the main indicator of evaluation of the activity of Medical Organizations. *Modern Issues of Medicine and Management*, 27(1).
- Kahraman, H., & Ceyhan, Ö. (2022). Öğrenci Gözünden: Hemşireliğin Bakım Verici Rolü. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 60-66.
- Kakemam, E., Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., & Kalhor, R. (2021). Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: A national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing*, 20(1), 60.
- Kalaycı, M., & Olgun, N. (2023). COVID-19 Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşiminin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 93-98.
- KALDER. (2024). *EFQM Mükemmellik Modeli*. Türkiye Kalite Derneği. https://www.kalder.org/efqm_mukemmellik_modeli (Erişim Tarihi: 15.06.2024).
- Kara, B. (2023). *İş başı eğitimlerinin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri üzerine etkisi* (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul.
- Karabulut, S. D., İlhan, S. E. (2023). 1970–1988 Yılları Arasında “Türk Hemşireler Dergisi” nde Yayınlanan Makalelerin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(3), 635-643.

- Karaca, A., Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545.
- Karaca, A., Kaya, L., Kaya, G., & Harmanci Seren, A. K. (2022). Psychometric properties of the quality nursing care scale-turkish version: A methodological study. *BMC Nursing*, 21(1), 370.
- Karaca, L. (2022). *Sağlıkta akreditasyon denetçilerinin sağlık hizmetleri akreditasyonuna bakış açılarının incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.
- Karaca, P. Ö., & Kara, I. U. (2020). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartları: Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ'daki Hastanelerin Web Sitelerinin Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 1101-1120.
- Karahüseyinoğlu, E. K. (2021). Kalite yönetimi perspektifinde sağlık hizmetleri. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 394-402.
- Karakız, E. (2020). *Hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin hemşirelik bakım memnuniyeti üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi) Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Katuk, S. (2021). *Evaluation of ethical attitudes of nurses working in patient care in the process of Covid-19* (Yüksek Lisans Tezi) Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Katz, C. B. (2023). Nursing Perspective in Patient Safety: Quality, Safety, and Advocacy. *Patient Safety and Quality Improvement in Anesthesiology and Perioperative Medicine*, 105.
- Kaşıkcı, M., Aksoy, M., & Ay, E. (2018). Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: a cross-sectional study. *Journal of tissue viability*, 27(3), 135-140.
- Kavaslar, İ. (2021). *Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul.

- Kaya, M. (2023). *Kalite Yönetim Sistemi (ISO9001) Altyapısına Uygun İnsan Kaynakları Yönetimi Model Önerisi: Sakarya Su ve Kanalizasyon İdaresi (SASKİ) Örneği*. (Doktora Tezi) Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Kaymakçı, G. (2022). *Ortaokul bilsem öğrencilerine yönelik fen eğilimi öz-değerlendirme ölçeği'nin geliştirilmesi ve bilsem öğrencilerinin fen öğrenmeye yönelik motivasyonlarının belirlenmesi*. Efe Akademi Yayınları.
- Kayser, S. A., VanGilder, C. A., & Lachenbruch, C. (2019). Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence™ survey. *International journal of nursing studies*, 89, 46-52.
- Kersu, O., Boga, S. M., Kosgeroglu, N., Sayilan, A. A., Ilter, G., ve Baydemir, C. (2020). Determination of The Relationship Between Perception of Nursing Quality and Satisfaction Status of Patiens Hospitalized in Surgical Services/Cerrahi Servislerinde Yatan Hastaların Hemsirelik Bakım Kalitesi Algılamaları ile Memnuniyet Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 17(1), 32-40.
- Keskinkılıç, M. (2023). *Bilişim Teknolojilerinde Kalite Sistemlerine ve Uluslararası Standartlara Akademik Bir Bakış*. Efe Akademi Yayınları.
- KhalilzadehZia, S., Mohamadi, M., Zadeh, M. M., Dadkhah, B. (2024). Evaluation of the relationship between time management and professional self-efficacy with quality of nursing care in nurses of northwest Iran. *Ardabil University of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4214245/v1>.
- Khoshfetrat, M., Keykha, A., Nasrolahi, S., Farahmandrad, R., & Behnampour, M. (2020). Investigating the frequency of pressure ulcers and their effective factors in intensive care units. *Archives of Anesthesiology and Critical Care*, 6(2), 83-88.
- Kılıç, U., & Hasan, U. (2023). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Elâzığ Örneği. *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi*, 10(20), 83-111.
- Kılıç, Ü., Güdük, Ö., Güdük, Ö., & Okut, G. (2021). Hemşirelik Bakım Göstergesi Olarak Hasta Düşmelerinin Değerlendirilmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 1-9.

- Kılıç Sevensan, C. (2020). *Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanması sıklığı*. (Yüksek Lisans Tezi) Ufuk Üniversitesi, Ankara.
- Kıpçak, E., Çalık, A., & Mehri, H. (2021). İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Oluşumuna Etki Eden Faktörler: ISO ve OHSAS Uygulamalarının Etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 43, 1-26.
- Kıraner, E., Terzi, B., Yayık, A. K., Aydoğan, S., Doğanay, Ö., Yakut, T., & Kars, D. G. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşiresinin rolü. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 45-48.
- Kıvanç, Ö. (2020). *Hemşirelerin özgecilik ve merhamet düzeylerinin bakım kalite göstergeleri ile ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi) Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.
- Kıymaz, D., Bal, C., Koç, Z., & Çiftçi, A. B. (2021). Watson'ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımına bir örnek: Ateşli silah yaralanması olgusu. *Sağlık ve Toplum Dergisi* (2) 204-210.
- Kızılırmak, H. (2022). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Uygulamaları ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi) Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Kim, S. Y., & Ko, Y. (2023). Influence of the Team Effectiveness of Nursing Units on Nursing Care Left Undone and Nurse-Reported Quality of Care. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 10, p. 1380). MDPI.
- Kipps, S., Allaway, R., & Carmichael, S. (2023). Personal hygiene and pressure ulcer prevention. *The Great Ormond Street Hospital Manual of Children and Young People's Nursing Practices*.
- Ko, H.-Y., & Huh, S. (2021). Pressure Injuries. İçinde H.-Y. Ko & S. Huh, *Handbook of Spinal Cord Injuries and Related Disorders* (ss. 483-499). Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-16-3679-0>.
- Koca, M., Köksal, A., & Deniz, S. (2023). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hekimlerin Klinik Kalite Uygulamalarına Bakışının Kesitsel Olarak İncelenmesi. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 6(1), 1-7.
- Kocakoç, İ. D. (2020). Hastane Çalışanlarının İş Tatmininin EFQM Modeli Açısından Ölçülmesi. *İzmir Yönetim Dergisi*, 1(1), 61-69.

- Koch, D., Kutz, A., Conca, A., Wenke, J., Schuetz, P., & Mueller, B. (2020). The relevance, feasibility and benchmarking of nursing quality indicators: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3483-3494.
- Koch, D., Kutz, A., Volken, T., Gregoriano, C., Conca, A., Kleinknecht-Dolf, M., Schuetz, P., & Mueller, B. (2022). Derivation and validation of a prediction model to establish nursing-sensitive quality benchmarks in medical inpatients: A secondary data analysis of a prospective cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 152(w30152).
- Koç, Ç. (2022). *Bir Hastanenin Dahiliye Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Doğu Akdeniz Üniversitesi, Kıbrıs.
- Konca, İ. (2021). *Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının çalışan motivasyonu üzerinde etkisinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Kent Üniversitesi, İstanbul.
- Kökçü, Ö. D., & Kutluğ, S. (2021). *Menopoz Dönemi Obez Kadınlarda Swanson Bakım Kuramının Kullanımı ve Hemşirelerin Rolü*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2).
- Kubilay, S. (2023). Tarihi Perspektiften Bilim Dünyasında Kadının Yeri. *Tarih Araştırmaları Dergisi*, 42(73), 383-406.
- Kul, Y. (2021). *Pediyatri ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ile bakım verici rolleri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi) Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Kurşun, Ş. (2010). Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması. *İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Kutlu, A., Utar, A. (2023). Hemşirelerin İşyeri Nezaketsizliği ile Karşılaşma Durumları ve Memnuniyet Düzeylerine Etkileri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(4), 279-288.
- Kuşaklı, B. Y., Ateş, A. Y., & Çetin, G. (2019). Hemşirelik mesleğinin kuşaklararası değişimi ve kuşakların yönetimi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 203-208.

- Labrague, L. J., De Los Santos, J. A. A., Tsaras, K., Galabay, J. R., Falguera, C. C., Rosales, R. A., & Firmo, C. N. (2020). The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2257-2265.
- Leblebicioğlu, H. (2017). 18. Yüzyıldan Günümüze Türkiye ve Amerika'da Askeri Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 268-274.
- Lee, K., & Kim, S. H. (2020). Patients' and Nurses' perceptions of what constitutes good nursing care: An integrative review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(2), 144-169.
- Leininger, M. M. (1988). *Care: The essence of nursing and health*. Wayne State University Press.
- Li, X., Krumholz, H. M., Yip, W., Cheng, K. K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Li, C., Lu, J., & Su, M. (2020). Quality of primary health care in China: Challenges and recommendations. *The Lancet*, 395(10239), 1802-1812.
- Liao, X., Ju, Y., Liu, G., Zhao, X., Wang, Y., & Wang, Y. (2019). Risk factors for pressure sores in hospitalized acute ischemic stroke patients. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 28(7), 2026-2030.
- Lin, F., Wu, Z., Song, B., Coyer, F., & Chaboyer, W. (2020). The effectiveness of multicomponent pressure injury prevention programs in adult intensive care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103483.
- Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8), 1694-1702.
- Liu, Y., Aunguroch, Y., Gunawan, J., Sha, L., & Shi, T. (2021). Development and psychometric evaluation of a quality nursing care scale from nurses' perspective. *Nursing Open*, 8(4), 1741-1754.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2021). *Nursing research E-book: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.

- Lopes, T. S., dos Santos Videira, L. M. M., Saraiva, D. M. R. F., Agostinho, E. S., & Bandarra, A. J. F. (2020). Multicentre study of pressure ulcer point prevalence in a Portuguese region. *Journal of Tissue Viability*, 29(1), 12-18.
- Lynn, M. R., McMillen, B. J., & Sidani, S. (2007). Including the provider in the assessment of quality care: Development and testing of the Nurses' assessment of quality scale—acute care version. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(4), 328-336.
- Maghsoud, F., Rezaei, M., Asgarian, F. S., & Rassouli, M. (2022). Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC nursing*, 21(1), 273.
- Mainz, H., Odgaard, L., & Kristensen, P. K. (2023). Nursing representatives in clinical quality databases and the presence of nursing-sensitive indicators of fundamental nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 1129-1138.
- Maltaş, E., Orhan, S., Kızılkaya, E., & Gümüő, M. (2021). EFQM Mükemmellik Modeli ile Sağlık Enstitülerinde Kalite: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Örneği. *Atlas Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(8), 5-5.
- Maryam, W. (2021). *A Framework For Quality Management In Healthcare: From Hospital And Patient's Perspective* (Master of Science Thesis) American University of Sharjah, United Arab Emirates.
- McEnroe, N. (2020). Celebrating florence Nightingale's bicentenary. *The Lancet*, 395(10235), 1475-1478.
- McGonigle, D., & Mastrian, K. (2024). *Nursing informatics and the foundation of knowledge*. Jones & Bartlett Learning.
- McIntosh, J. T. (2023). Illuminating emergency nurses' perceptions of stigma, attribution, and caring behaviors toward people with mental illness through the lens of individualized care: A cross-sectional study. *Journal of Emergency Nursing*, 49(1), 109-123.
- Meissner, W., Huygen, F., Neugebauer, E. A. M., Osterbrink, J., Benhamou, D., Betteridge, N., Coluzzi, F., De Andres, J., Fawcett, W., Fletcher, D., Kalso, E., Kehlet, H., Morlion, B., Montes Pérez, A., Pergolizzi, J., & Schäfer, M. (2018).

- Management of acute pain in the postoperative setting: The importance of quality indicators. *Current Medical Research and Opinion*, 34(1), 187-196.
- Mert, S., Kersu, Ö., Sayilan, A. A., Baydemir, C., & Ilter, G. (2021). Patients' and Nurses' Perceptions of the Quality of Nursing Care in Surgical Clinics: A Multicenter Study in Turkey. *Journal of nursing care quality*, 36(2), 188-194.
- Mishra, R. (2023). Comparative Analysis of Quality Assurance Models for Business Excellence: With special reference to ISO 9001 and EFQM model. In *2023 International Conference on Computational Intelligence and Knowledge Economy*, 450-454.
- Molin, J., Vestberg, M., Lövgren, A., Ringnér, A., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2021). Rather a Competent Practitioner than a Compassionate Healer: Patients' Satisfaction with Interactions in Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 549-554.
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2023). *Nursing Outcomes Classification (NOC)-E-Book: Nursing Outcomes Classification (NOC)-E-Book*. Elsevier Health Sciences, 9-11.
- Moretti, C., Ceccaroni, S. E., Confortini, R., Roncaglio, C. M., Lionetto, V., Ndocaj, K., Festa, L., Calderone, C., Sarli, L., & Artioli, G. (2021). Taking care. Nursing towards Covid-19 patients during the pandemic emergency in Italy: A qualitative study. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 92 (2).
- Murphy, K. R. (2020). Performance evaluation will not die, but it should. *Human Resource Management Journal*, 30(1), 13-31.
- Najafpour, Z., Godarzi, Z., Arab, M., & Yaseri, M. (2019). Risk factors for falls in hospital in-patients: A prospective nested case control study. *International journal of health policy and management*, 8(5), 300.
- Nancy, G. A., Kalpana, R., & Nandhini, S. (2022). A Study on Pressure Ulcer: Influencing Factors and Diagnostic Techniques. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 21(3), 254-263.
- Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Graveto, J. M. G. N., Freitas, M. J. B. D. S. D., & Rodrigues, V. J. L. (2020). Nurse managers' perceptions of nurse staffing

- and nursing care quality: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 625-633.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing. What it is and what it is not... A facsimile of the first edition published in 1860 by D. Appleton and Co., etc.*
- Nkomesha, V., & Kirwa, M. (2023). *Therapeutic touch in elderly care: A systematic literature review*. (Degree Thesis) Novia University of Applied Sciences, Finland.
- Noor, A. M., & Hassan, H. (2021). Effectiveness of an Interventional Program on Nurses Practices about Prevention of Pressure Ulcer at the Intensive Care Unit. *Kufa Journal for Nursing Sciences*, 11(1), 59-66.
- Nurse-Clarke, N., DiCicco-Bloom, B., & Limbo, R. (2019). Application of caring theory to nursing care of women experiencing stillbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(1), 27-32.
- Oğuz, Ö. (2019). *Cerrahi pozisyona bağlı gelişen yaralanmalar için Risk Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği* (Yüksek Lisans Tezi) Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Oner, B., & Karadağ, A. (2023). Determination of Nursing Sensitive Indicators for Intensive Care Units in Turkey: A Qualitative Study. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 4(1), 9-21.
- Ong, F., Purwanto, A., Supono, J., Hasna, S., Novitasari, D., & Asbari, M. (2020). Does Quality Management System ISO 9001: 2015 Influence Company Performance? Answers from Indonesian Tourism Industries. *Test Engineering & Management*, 83, 24808-24817.
- Oostendorp, R. A., Elvers, J. H., Van Trijffel, E., Rutten, G. M., Scholten-Peeters, G. G., Heijmans, M., Hendriks, E., Mikolajewska, E., De Koning, M., Laekeman, M., Nijs, J., Roussel, N., & Samwel, H. (2020). Relationships Between Context, Process, and Outcome Indicators to Assess Quality of Physiotherapy Care in Patients with Whiplash-Associated Disorders: Applying Donabedian's Model of Care. *Patient Preference and Adherence, Volume 14*, 425-442.

- Öncü, Y. A. (2017). *Kanıtla dayalı düşme önleme stratejilerinin hemşirelerin kanıtla dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına ve hasta düşmelerine etkisi* (Doktora Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Öner, B. (2019). *Hemşirelik Bakımına Duyarlı Göstergelerin Belirlenmesi: Yoğun Bakım Örneği*. (Doktora Tezi) Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Öz, S. (2020). *Erzurum bölge Eğitim ve Araştırma hastanesinde yatan hastaların yiyecek hizmetlerinden memnuniyetinin hastane yiyecek hizmetleri hasta memnuniyeti ölçeği ile belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Erciyes Üniversitesi, Erzurum.
- Öz, T., Demirel, Ö. B., & Yıldız, H. (2024). The Effect of Home-Based Telehealth and Postpartum Care Given According to Watson's Theory of Human Caring on the Improvement in the Emotional State of the Mother During the Pandemic Process: A Case Report. *Telemedicine and E-Health*, 30(3), 885-894.
- Özcan, G., & Kurşun, Ş. (2021). Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların hemşirelik bakım kalitesini algılaması. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 107-116.
- Özkan, E., & Ün, A. (2020). Sağlıkta Akreditasyon Standartları Laboratuvar Göstergelerinde Preanalitik, Analitik ve Postanalitik Süreçlerin Analizi. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 27-35.
- Özşaker, E., Sevilmiş, H., Özcan, Y., & Samast, M. (2021). Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Memnuniyet Düzeyleri. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 1-9.
- Öztürk, H. (2023). Osmanlı Devleti'nin Son Dönemlerinde Kadınların İnas Darülfünuna ve Darülfünun Tıp Fakültesi'ne Girmeleri Hususunda Bazı Mülahazalar. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 45(4), 70-80.
- Öztürk, Y. (2019). *Sağlıkta kalite göstergelerinden ventilatörle ilişkili pnömoni enfeksiyonlarının maliyet analizi*. (Yüksek Lisans Tezi) Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Panhwar, A., Naeem, M. A., Haq, A. U., Zainulibad, S., Ahmed, M., & Haq, S. U. (2020). Laboratory management system and competency of accredited laboratories. *Int rev basic appl sci*, 8(2), 9-13.

- Papahova, G. (2019). *ISO 9001: 2015 kalite yönetim sistemi uygulayan organizasyonlarda çalışanların kalite liderliği ve performans algıları arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Pekşen, G. (2019). *Bireylerin kalite çalışmalarına katılımı ile inovasyon düzeyleri arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi) Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Peličić, D. (2020). Foundations of the aspect of health care and two hundred years since the birth of Florence Nightingale 1820-1910. *Zdravstvena zaštita*, 49(4), 83-90.
- Pereira, A. L. de F., Ares, L. P. M., Prata, J. A., Progianti, J. M., Lopes, G. C. C., & Silva, G. B. da. (2024). Experiences Of High-Risk Parturient Women With The Use Of Non-Invasive Care Technologies. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 33, e20230202.
- Pérez, M. R., Mena-Navarro, F., Domínguez-Pichardo, A., & Teresa-Morales, C. (2022). Current social perception of and value attached to nursing professionals' competences: An integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1817.
- Pfetscher, S. A. (2021). Florence Nightingale: modern nursing. *Alligood, MR Nursing theorists and their work*, 52-70.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). Elsevier health sciences. *Fundamentals of nursing-e-book*, 28.
- Pülat, R. (2019). *Hastanelerde kalite göstergelerinin önemi, kullanımı ve iyileştirilmesine yönelik bir alan uygulaması*. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul.
- Raiesifar, A., Parvizy, S., Bozorgzad, P., Poortaghi, S., Davoudi, N., & Masoumi, M. (2019). Nursing: An evolutionary concept analysis. *Nursing Practice Today*, 6(1), 7-17.
- Rakkarn, J., Visaetsilapanonta, P., Jiawiwatkul, U., & Puckpinyo, A. (2023). Professional socialization of nurses in humanized care: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 28(4), 474-481.

- Rashvand, F., Ebadi, A., Vaismoradi, M., Salsali, M., Yekaninejad, M. S., Griffiths, P., & Sieloff, C. (2017). The assessment of safe nursing care: Development and psychometric evaluation. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 22-36.
- Receiver, S. (2023). Responsible, Assertive, Caring Communication in Nursing 5 LO. *Communication in Nursing-E-Book*, 4.
- Reisdorfer, N., Pereira do Nascimento, E. R., Lazzari, D. D., Echevarría-Guanilo, M. E., da Silva Galetto, S. G., & de Malfussi, L. B. H. (2023). Incidence of medical device-related pressure injuries in an adult intensive care unit. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 13.
- Reisi, N., Raeissi, P., Sokhanvar, M., & Kakemam, E. (2019). The impact of accreditation on nurses' perceptions of quality of care in Iran and its barriers and facilitators. *The International journal of health planning and management*, 34(1), e230-e240.
- Resmî Gazete, (1965). *Devlet Memurları Kanunu*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=657&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 26.06.2024).
- Resmî Gazete, (2007). Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 26510. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> (Erişim Tarihi: 10.09.2024).
- Richardson, A., & Carter, R. (2017). Falls in critical care: a local review to identify incidence and risk. *Nursing in critical care*, 22(5), 270-275.
- Ritchev, S. (2021). Acts of Care: Recovering Women in Late Medieval Health (p. 330). *Cornell University Press*. <https://doi.org/10.7298/tdy8-v080>
- Ríos-Fraustro, C., Galván-Plata, M. E., Gómez-Galicia, D. L., Giraldo-Rodríguez, L., Agudelo-Botero, M., & Mino-León, D. (2021). Intrinsic and extrinsic factors associated with falls in older adults: a case-control study in Mexico. *Gac Med Mex*, 157(2), 127-132.
- Rodríguez-González, C. G., Sarobe-González, C., Durán-García, M. E., Mur-Mur, A., Sánchez-Fresneda, M. N., de las Mercedes Pañero-Taberna, M., Pla-Mestre,

- R., Herranz-Alonso, A., & Sanjurjo-Sáez, M. (2020). Use of the EFQM excellence model to improve hospital pharmacy performance. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(5), 710-716.
- Ryan, C., Powlesland, J., Phillips, C., Raszewski, R., Johnson, A., Banks-Enorens, K., Agoo, V. C., Nacorda-Beltran, R., Halloway, S., & Martin, K. (2017). Nurses' perceptions of quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 180-185.
- Rysst, S. G., & Eriksson, I. (2021). Quality indicators in telephone nursing – An integrative review. *Nursing Open*, 8(3), 1301-1313.
- Sağır, F. Ş. (2020). *Hastanelerde hizmet kalitesinin ölçüm ve izlenmesinde gösterge yönetimi: Bir üniversite hastanesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi) Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2018). *Sağlıkta Kalite Standartları, İndikatör Yönetimi*. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9066/indikator-yonetimi.html> (Erişim Tarihi: 10.06.2024).
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti-v3.0/2021*. (Erişim Tarihi: 10.06.2024).
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). *Hasta Düşmelerinin Önlenmesi ile İlgili Standart ve Göstergeler*. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-95325/ilgili-standartlar-ve-gostergeler.html> (Erişim Tarihi: 13.06.2024).
- Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2021). *TC.Sağlık Bakanlığı—Güvenlik Raporlama Sistemi*. <https://hgbs.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 13.06.2024)
- Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi. (2024). *Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/48793/0/sks-gosterge-yonetimi-rehberi--s-3pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 15.06.2024).
- Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 15.06.2024).

- Salman, M. (2022). Total quality management in private and public sectors in Bahrain: An exploratory study. *Journal of Service Science and Management*, 15(4), 452-475.
- Samsualam, S., & Amir, H. (2021). Nurses' caring behavior in hospital: A literature review. *STARADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1), 225-231.
- Santos, C. T. D., Almeida, M. D. A., Oliveira, M. C., Victor, M. A. D. G., & Lucena, A. D. F. (2015). Development of the nursing diagnosis risk for pressure ulcer. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 113-121.
- Santry, H. P., Strassels, S. A., Ingraham, A. M., Oslock, W. M., Ricci, K. B., Paredes, A. Z., Heh, V. K., Baselice, H. E., Rushing, A. P., Diaz, A., Daniel, V. T., Ayturk, M. D., & Kiefe, C. I. (2020). Identifying the fundamental structures and processes of care contributing to emergency general surgery quality using a mixed-methods Donabedian approach. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 247.
- Sardo, P. M. G., Simões, C. S. O., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. F. L., Machado, P. A. P., Amado, F. M. L., ... & de Melo, E. M. O. P. (2016). Analyses of pressure ulcer incidence in inpatient setting in a Portuguese hospital. *Journal of tissue viability*, 25(4), 209-215.
- Sarı, B. (2023). Basınç Yaraları ve Tekstil Uygulamaları. *Mühendislik Alanında Uluslararası Araştırmalar VIII*, 57.
- Schiele, F., Aktaa, S., Rossello, X., Ahrens, I., Claeys, M. J., Collet, J.-P., Fox, K. A., Gale, C. P., Huber, K., & Iakobishvili, Z. (2021). 2020 Update of the quality indicators for acute myocardial infarction: A position paper of the Association for Acute Cardiovascular Care: the study group for quality indicators from the ACVC and the NSTEMI-ACS guideline group. *European Heart Journal Acute Cardiovascular Care*, 10(2), 224-233.
- Schwerdtle, P. N., Connell, C. J., Lee, S., Plummer, V., Russo, P. L., Endacott, R., & Kuhn, L. (2020). Nurse expertise: A critical resource in the Covid-19 pandemic response. *Annals of Global Health*, 86(1).

- Seven, A., & Havva, S. (2021). According to Watson Human Care Model diffuse large b cell lymphoma patient's nursing care: A case report. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(1), 118-123.
- Sgobba, T. (2022). Policy standards and technical standards development and use. *Journal of Space Safety Engineering*, 9(3), 410-413.
- Shi, Y., Lin, W., Chen, P.-K., & Su, C.-H. (2019). How can the ISO 9000 QMS improve the organizational innovation of supply chains? *International Journal of Innovation Science*, 11(2), 278-298.
- Shiroky, J., Lillie, E., Muaddi, H., Sevigny, M., Choi, W. J., & Karanicolas, P. J. (2020). The impact of negative pressure wound therapy for closed surgical incisions on surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*, 167(6), 1001-1009.
- Shroyer, A. L., Carr, B. M., & Grover, F. L. (2019). Health services information: Application of Donabedian's framework to improve the quality of clinical care. İçinde *Health services evaluation. Health services research* (ss. 109-139). Springer New York.
- Sivrikaya, S. K., & Sarıkaya, S. (2020). Yoğun Bakım Hastalarında Bası Ülseri, Önleme ve Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 139-149.
- Sluggett, J. K., Lalic, S., Hosking, S. M., Ilomäki, J., Shortt, T., McLoughlin, J., Yu, S., Cooper, T., Robson, L., Van Dyk, E., Visvanathan, R., & Bell, J. S. (2020). Root cause analysis of fall-related hospitalisations among residents of aged care services. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(10), 1947-1957.
- Somyürek, S., & Çelik, İ. (2018). Dunning-Kruger sendromu ve öznel değerlendirmeler. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*, 8(1), 141-157.
- Soner, M. (2020). Bağımlılık kuramı ve Türkiye tarım politikaları. *Tarım Ekonomisi Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 49-64.
- Song, W., Kang, M.-J., Zhang, L., Jung, W., Song, J., Bates, D. W., & Dykes, P. C. (2021). Predicting pressure injury using nursing assessment phenotypes and machine learning methods. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(4), 759-765.

- Sosas, M. E., & Gosiengfiao, N. B. (2021). Practice of professional values of hospital nurses in Bacolod City. *Technium Soc. Sci. J.*, 18, 625.
- Sving, E., Fredriksson, L., Mamhidir, A.-G., Högman, M., & Gunningberg, L. (2020). A multifaceted intervention for evidence-based pressure ulcer prevention: A 3 year follow-up. *JBI Evidence Implementation*, 18(4), 391-400.
- Şahin, D. (2020). JCI Akreditasyonu ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu ile ilgili kuruluşların çalışmalarına ilişkin araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 16-26.
- Şen, E., & Duman, Z. Ç. (2023). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ve önlenmesine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 16(4), 487-501.
- Takase, M. (2023). Hemşireler, hasta ve çevre arasındaki etkileşimin sonucu olarak düşmeler: düşmelerin nasıl ve neden gerçekleştiğini ortaya çıkarmak için metin madenciliği kullanmak. *Uluslararası Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 10 (1), 30-37.
- Tanrikulu, F. (2021). *Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylere yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının geliştirilmesi ve etkisinin değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi) Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Tavşanlı, N. G. (2023). Hemşirelik Bilim Midir? *BİDGE Yayınları*, Ankara 4 (4).
- TDK. (2022). Güncel Türkçe Sözlük. *Türk Dil Kurumu*. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 14.06.2024).
- Teke, A., (2020). *Yetişkin bireylerin özyönetimli öğrenme yaşantılarının incelenmesi: Bir anlatı araştırması*. (Doktora Tezi) Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Tenza, I. S., Blignaut, A. J., Ellis, S. M., & Coetzee, S. K. (2024). Nurse perceptions of practice environment, quality of care and patient safety across four hospital levels within the public health sector of South Africa. *BMC nursing*, 23(1), 324.
- Tezcan, B., ve Karabacak, B. G. (2020). Basınç yaralanmalarının önlenmesinde daha iyi sonuçlara doğru: Kanıta dayalı uygulamalar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 49-54.

- Tharani, A., Van Hecke, A., Ali, T. S., & Duprez, V. (2021). Factors influencing nurses' provision of self-management support for patients with chronic illnesses: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103983.
- Tonkuş, M. B., Karataş, S., Yılmaz, S., & Kutlu, F. Y. (2022). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde İyileşme ve İyileşme Modelleri. *Journal of Medical Sciences*, 3(3) 135-143.
- Torabi, M., & Bélanger, C. H. (2021). Influence of online reviews on student satisfaction seen through a service quality model. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 16(7), 3063-3077.
- Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-59.
- Torun, S., & Bilgin, O. (2024). Atatürk'ün Sağlık Anlayışının Türk Hemşireliğindeki Yansımaları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(1), 61-67.
- Tripathi, S. N., & Siddiqui, M. H. (2020). Assessing the quality of healthcare services: A SERVQUAL approach. *International Journal of Healthcare Management*, 13(sup1), 133-144.
- TSE. (2023). TS EN 15224 Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetim Sistemi. *Türk Standartları Enstitüsü*. <https://www.tse.org.tr/ts-en-15224-saglik-hizmetleri-kalite-yonetim-sistemi/> (Erişim Tarihi: 02.06.2024).
- TSE. (2024). TSE'nin Kuruluşu. *Türk Standartları Enstitüsü*. <https://www.tse.org.tr/hakkimizda/> (Erişim Tarihi: 02.06.2024).
- Tsogbadrakh, B., Kunaviktikul, W., Akkadechanunt, T., Wichaikhum, O. A., & Turale, S. (2020). Nurse and Patient Perceptions of Quality Nursing Care in Mongolian Public Hospitals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(4).
- Turali, Y. (2021). *Bir özel hastanede çalışan hemşirelerin kalite yönetimi konusundaki bilgi tutum ve davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi) Medipol Üniversitesi, İstanbul.

- Turhan, B., & Unalan, D. (2022). Hasta Düşmelerinin Sıklığının Kök Neden Analizi ile İncelenmesi: Kayseri Şehir Hastanesi Örneği. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 5(2), 26-38.
- Türk Dil Kurumu. (2015). *Türk Dil Kurumu, (2015). Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>* (Erişim tarihi: 02.06.2024).
- Twig, D. E., Whitehead, L., Doleman, G., & El-Zaemey, S. (2021). The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4599-4611.
- Usta, G. Ö. (2019). *Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler (Trabzon İli Örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi) Avrasya Üniversitesi, Trabzon.
- Utkualp, N., Yıldız, H., & Palloş, A. (2021). Öğrencilerin Hemşirelik Tarihi ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 29(2).
- Uysal, B., & Yorulmaz, M. (2018). Sağlıkta Kalite Standartları ve Bilişsel Mahremiyet. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 16, 24-33.
- Uzelli Yılmaz, D., Akın Korhan, E., Khorshid, L. (2017). Evulation of nursing care quality in a palliative care clinic Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2968-2980.
- Uzun, Ö., ve Kaya, U. (2020). Yatan Hastalarda Basınç Yarası Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Araştırması. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4(3), 158-166.
- Vaismoradi, M., Tella, S., A. Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2028.
- Vasovic, D., Zivkovic, S., & Radjenovic, T. (2022). Analysis Of The Scope And Use Of Various System Standards. *Economic and Social Development: Book of Proceedings*, 25-34.
- Vidette, T.-F. (2024). *Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing professional quality of life*. Springer Publishing Company, United States of America.

- Vujanić, J., Prlić, N., & Lovrić, R. (2020). Nurses' self-assessment of caring behaviors in nurse-patient interactions: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 5255.
- Wang, B.-L. (2023). The Frontier of Healthcare Excellent Quality Management Model. *Advances in Public Health*. 13(4), 4163.
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International journal of nursing sciences*, 6(1), 17-23.
- WHO. (2009). *Lemon Learning Material on Nursing. Chapter 4: Nursing Process and Documentation*. Erişim: 20.12.2023.
- WHO. (2019). What is Quality of Care and why is it important? *World Health Organization (WHO)*. Erişim Tarihi: 12.06.2024).
- WHO. (2021). Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: Practical guide for national and subnational decision-makers: interim guidance, 14 January 2021. *World Health Organization*.
- WHO. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> Erişim Tarihi:13.06.2024.
- WHO. (2024). *Nursing and Midwifery*. <https://www.who.int/health-topics/nursing> Erişim Tarihi: 12.06.2024.
- Witczak, I., Kołtuniuk, A., Rypicz, Ł., Panczyk, M., Grzebieluch, W., Młynarska, A., & Uchmanowicz, I. (2022). Self-assessment of rationing and quality of nursing care. *Journal of nursing care quality*, 37(3), E48-E53.
- Yağcı, M. (2022). *Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda basınç yaralanması gelişme riskinin belirlenmesinde Braden Q ve Buçh risk tanımlama araçlarının karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Yangöz, Ş., ve Özer, Z. (2020). Nursing approach based on watson's theory of human caring in treatment adherence in hemodialysis patients. *Bezmialem Science*, 8(2).

- Yeşilçınar, İ., Yanık, D., Şahin, E., ve Tarhan, R. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki duyarlılık, iş motivasyonu ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(4), 578-584.
- Yıldırım, J. G. (2021). Hemşirelik bakımında kullanılan malzemelerin tarihsel yolculuğu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 37-44.
- Yılık, P., ve Öztürk, Z. (2023). Hastanelerin Tanımı, İşlevi ve Sınıflandırılması. *Sosyal Sorunlar (Teoriler, Politikalar, Uygulamalar)*, 131.
- Yılmaz, D., Eşidir, O. ve Bak, G. (2020). Kurumsal dergicilik ve hastane dergileri. *Social Mentality and Research Thinkers Journal*, 6(30), 365-377.
- Yiğit, H., Enç, N., ve Türen, S. (2024). Dahili yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılama düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 74-88.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540-555.
- Yu, M., Park, C. G., & Lee, S. (2021). Predictors of nurse-reported quality of care in neonatal intensive care units in Korea. *Journal of pediatric nursing*, 60, e24-e30.
- Yüksel, B. (2020). *Akreditasyon süreçlerinde iş zekâsı uygulaması: Bir kamu kurumu örneği* (Yüksek Lisans Tezi) Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Yürün, Y. (2015). *Hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakım davranışlarının belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R., & Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International journal of nursing studies*, 101, 103446.
- Zhang, J., Yang, L., Wang, X., Dai, J., Shan, W., & Wang, J. (2020). Inpatient satisfaction with nursing care in a backward region: A cross-sectional study from northwestern China. *BMJ open*, 10(9), e034196.

Zhang, W., Huang, X., & Huang, T. (2023). Individualized Management of Quality of Care in Orthopedic Nurses Based on Sensitive Indicators. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2023.

Zhou, Q., Yu, T., Liu, Y., Shi, R., Tian, S., Yang, C., ... & Hu, A. (2018). The prevalence and specific characteristics of hospitalised pressure ulcer patients: A multicentre cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 694-704.

Zimon, D., Madzik, P., Dellana, S., Sroufe, R., Ikram, M., & Lysenko-Ryba, K. (2022). Environmental effects of ISO 9001 and ISO 14001 management system implementation in SSCM. *The TQM Journal*, 34(3), 418-447.

Zonnenshain, A., & Kenett, R. S. (2020). Quality 4.0—The challenging future of quality engineering. *Quality Engineering*, 32(4), 614-626.

EKLER

Ek 1: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Meslektaşımız,

Hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi amacıyla planlanan yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacak veri formu 2 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, 2. bölümde ise Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği maddeleri bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarının güvenilir olması için sorulara içtenlikle cevap vermeniz önemlidir. Değerli katkılarınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Caner DEMİRTAŞ
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Öğr. Üyesi
ve Tez Danışmanı

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz

Evli Bekar

4. Eğitim durumunuz

Lise Ön lisans Lisans Lisansüstü

5. Mesleki deneyiminiz

...Yıl ...Ay

6. Hastanede çalışma süreniz

...Yıl ...Ay

7. Çalışma şekliniz

Sürekli Gündüz Sürekli Gece Gündüz ve Gece

8. Çalıştığınız birim:

9. Çalıştığınız birimdeki çalışma süreniz:

10. Haftalık çalışma saatiniz:

11. Bir vardiyada bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı

1 2 3 4 5 ve üzeri

12. Biriminizin çalışma koşullarından memnuniyet durumunuz

Memnunum Memnun Değilim Kararsızım



Ek 2: Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği

Yönerge: Hastalara hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel değerlendirmesine yönelik maddeler listelenmiştir. Görüşünüzü ifade eden seçeneklerden birini (“1” Kesinlikle katılmıyorum- “5” Kesinlikle katılıyorum) işaretleyerek belirtiniz.

Alt Boyutlar ve İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	1. Fiziksel çevre (6 madde)				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
	2. Hemşirelik bakım faaliyetleri (26 madde)				
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

17	Temel hemşirelik bakımı ve özel hemşirelik bakımı uygulamalarında uzmanlaşırım.					
18	Mesleki deneyimim mesleğimi uygulamama yardımcı olur.					
19	Servisin kalite yönetimine katılım gösteririm.					
20	İlaçları iyi yönetebilirim.					
21	Yardım gerektiren her durumda hastalara yardım etmeye istekliyimdir.					
22	Hasta yakınlarına hemşirelik bakımı ile ilgili yeterli bilgi veririm.					
23	Hastaların hemşirelik bakımına yönelik tıbbi giderleri ile ilgili sorularını net bir şekilde açıklarım.					
24	Hastaların öz bakım uygulamalarına rehberlik ederim.					
25	Hastalara iyi bir temel hemşirelik bakımı sağlarım.					
26	Hastalara bireyselleştirilmiş bakım sağlarım.					
27	Hastalara etkili sağlık eğitimi veririm.					
28	Bakım verirken hastanın psikolojik duygularını analiz edebilirim.					
29	Hastaların özelliklerine göre insancıl hizmet veririm.					
30	Hastaların hastalıklarının üstesinden gelebilmeleri için güven oluşturmada yardımcı olurum.					
31	Hastalarımın tedavi ve prosedürle ilgili korkularını gidermelerine yardımcı olurum.					
32	Hastalarımın hastalık ile ilgili endişelerini gidermelerine yardımcı olurum.					
	6. Hasta sonuçları (6 madde)					
33	Hasta ve yakınlarından hiçbir şikâyet almamaktayım					
34	Hastaların memnuniyet kriterlerini karşılayacak hizmeti almalarını sağlarım.					
35	Hastaya güvenli hizmeti sunmayı temin ederim.					
36	Hastanın fiziksel zarar görmesini önleyebilirim (düşme, yanma ve basınç ülseri gibi).					
37	Hastanın kimyasal zarar görmesini önleyebilirim (ilacın kötüye kullanımı, ilaç uyumsuzluğu ve yanlış ilaç tedavisi gibi).					
38	Hastanın biyolojik zarar görmesini önleyebilirim (bakteri, virüs ve mantar enfeksiyonu gibi).					

Ek 3: Hasta Bakımı Göstergeleri Veri Toplama Formu

KLİNİKLER İÇİN					
Gösterge Adı	Ocak- Şubat- Mart 2023	Nisan- Mayıs- Haziran 2023	Temmuz- Ağustos- Eylül 2023	Ekim- Kasım- Aralık 2023	Ocak- Şubat- Mart 2024
Basınç Yarası Oranı					
Gösterge Adı	Ocak-Şubat-Mart-Nisan-Mayıs- Haziran 2023			Temmuz-Ağustos-Eylül-Ekim- Kasım-Aralık 2023	
Hasta Düşme Oranı					
YOĞUN BAKIMLAR İÇİN					
Gösterge Adı	Ocak- Şubat- Mart 2023	Nisan- Mayıs- Haziran 2023	Temmuz- Ağustos- Eylül 2023	Ekim- Kasım- Aralık 2023	Ocak- Şubat- Mart 2024
Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı					
Gösterge Adı	Ocak-Şubat-Mart-Nisan-Mayıs- Haziran 2023			Temmuz-Ağustos-Eylül-Ekim- Kasım-Aralık 2023	
Hasta Düşme Oranı					

Ek 4: Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-20292139-050.04-2400010748
Konu : Etik Kurul Kararı (Caner DEMİRTAŞ)

12.03.2024

Sayın Caner DEMİRTAŞ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Hemşireler Tarafından Sunulan Bakımın Özne ve Nesnel Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 16.02.2024 tarihli ve 2024/01 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Caner DEMİRTAŞ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 777193C

Belge Takip Adresi: <https://belge.kim.ulsa.tr/IRMS/Receit/ConfirmationPage/index>

Adres: Harbiî Caddesi No: 281 Kızılay/Beşiktaş/İstanbul

Belge No:

Selâh İsmail

Telefon No:

Faks No:

Telefon No:

Yenimahalle Kurul

e-Posta:

İnternet Adresi:

Diğer Bilgi:

Web Adresi: www.izh.kim.ulsa.tr



Ek 5: Kurum İzni

BELGE TARİHİ: 13.05.2024 BELGE SAYISI: 2400017004



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-243166386
Konu : Caner DEMİRTAŞ' ın Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi : 19.03.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400011418 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Caner DEMİRTAŞ' ın "**Hemşireler Tarafından Sunulan Bakıma Özel ve Nesnel Değerlendirilmesi**" başlıklı araştırmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, ilgili hastanenin uygun görüşü ve Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **29.04.2024 tarih ve 2024/08 sayılı kararına uygun görülmüştür.** Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin ve konunun başvuru formunda adı geçen kişilere tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Ek: Hastane Görüşü (Uygun).

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 5E91227-A8E35-88FD-97E4-168D79D646A

Belge doğrulama adresi: <https://www.muh.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hastanelik mah. Psikoloji sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126360000

e-Posta: ist.saglik@goc.gov.tr İnternet Adresi:

<https://istanbulon.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: ist.3400001.kep.tr

Belge için: Ayşegül YILMAZ ULUKAYA

Eko

Telefon No:



Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Caner DEMİRTAŞ tarafından yürütülen “Hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, hemşireler tarafından sunulan bakımın öznel ve nesnel olarak değerlendirilmesidir. Araştırma da sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [] e-posta adresi ve [] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Caner DEMİRTAŞ

Ek 7: Ölçek İzni

Caner demirtaş -> 13 Ara 2023 Çar, 21:17 tarihinde şunu yazdı:
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Anıta KARACA Hocam,

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN'un danışmanlığında yürüttüğüm tezimde, "Türkçe" ve uyarlayarak literatüre kazandırdığımız "Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği"ni " izniniz olursa kullanmak istiyorum. Saygılarımla

Caner DEMİRTAŞ
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi



14.12.2023 Per 15:33

Anıta KARACA

Re: Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği

Kime: Caner demirtaş

Bu iletiyi 14.12.2023 15:53 tarihinde gönderdim.

Bu iletiğin görüntülenme sekisiyle ilgili bir sorun varsa, lütfen web tarayıcıda görüntülemek için buraya tıklayın.

KALİTELİ HEMŞİRELİK BAKIMI ÖLÇEĞİ.pdf
205 KB

Sayın Caner Demirtaş,

"Kaliteli Hemşirelik Bakımı Ölçeği"ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Anıta Karaca
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZGEÇMİŞ

Caner DEMİRTAŞ

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı, Devam ediyor.

Lisans: Trakya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, 2019, Edirne

B. MESLEKİ DENEYİM

2020-2021 Acıbadem Hastanesi Hemşire

2021-2024 Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire

C. PROJELERİ

1- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman
Eğitim ve Araştırma Hastanesi