

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VERSİYON 6.0'YA
GÖRE HASTA BAKIM KALİTESİYLE İLİŞKİLİ
STANDARTLARINDA HASTA YAKINLARININ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ (EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

**ZEYNEP AKIN
0000-0002-0854-8586**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
ANABİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR
TEMmuz 2021**

TEZ KODU: DEU.HSILMSc-2017970179

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VERSİYON 6.0'YA
GÖRE HASTA BAKIM KALİTESİYLE İLİŞKİLİ
STANDARTLARINDA HASTA YAKINLARININ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ (EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

**ZEYNEP AKIN
0000-0002-0854-8586**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
ANABİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı: Dr .Öğr. Üyesi Esra DUĞRAL
0000-0001-9783-7752**

**İZMİR
TEMMUZ 2021**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği) başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri, akademik ve etik kurullar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Zeynep AKIN

Tarih: 28.07.2021

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez sürecinde ilgi ve yardımları için değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Esra DUĞRAL' a çok teşekkür ederim. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma teşekkür ederim. Öğrenim hayatım boyunca bugünlere gelmem de büyük desteği ve emeği olan aileme sonsuz şükranlarımı sunarım. Tez yazım sürecinde benden sevgi, ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli eşim Şahin AKIN'a ve canım oğlum Kerem Yağız AKIN' a teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ii
GRAFİKLER DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRCT.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti	4
2.1.1. Sağlık Kavramı.....	4
2.1.2. Sağlık Hizmetinin Tanımı	5
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
2.1.4. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	8
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	9
2.2.1. Kalite Kavramı	9
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	14
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Temel Unsurları	15
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sistemi	16
2.3.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci.....	19
2.3.2. Sağlıkta Kalite Standartları Hedefleri.....	22
2.3.3. Sağlıkta Kalite Standartları 6.0’daki Boyut ve Bölümler.....	24
2.3.4. Hasta Eğitimi ve Bilgilendirmeleri Kapsayan Veri Toplama Aracının SKS Hastane 6.0’da Yer Alan Bölüm ve Standartları.....	25
2.4. Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme Süreci	29
2.4.1. Eğitim, Öğretim ve Sağlık Eğitimi Kavramı.....	29
2.4.2. Hasta Eğitimi Kavramı ve Özellikleri	30
2.4.3. Bilgilendirme Kavramı.....	34
2.4.4. Hasta Eğitimi ile Bilgilendirmenin Amacı ve Önemi	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi:	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:	37

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:	37
3.4. Çalışma Materyali:	38
3.5. Araştırmanın Değişkenleri:	38
3.5.1. Bağımlı Değişkenleri:	38
3.5.2. Bağımsız Değişkenleri:	39
3.6. Veri Toplama Araçları:	40
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:	41
3.8.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler:	41
3.8.2. Ölçek Geliştirme Çalışmasında Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler:	42
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları:	46
3.10. Etik Kurul Onayı:	46
4. BULGULAR:	47
5. TARTIŞMA:	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER:	85
7. KAYNAKLAR:	87
8. EKLER:	94
8.1. EK-1 SKS 6.0'a Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlgili Hasta – Hasta Yakını Bilgi Düzeyi Belirleme Ölçeği:	94
8.2. EK-2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni:	97
8.3. EK-3 S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Formu:	103

TABLÖLER DİZİNİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Araştırmanın Hipotezleri	3
Tablo 2. Kalite Kavramına Dair Yaklaşımlar	10
Tablo 3. Sağlıkta Kalite Standartları Oluşum Aşamaları	20
Tablo 4. Veri Toplama Aracında SKS 6.0'a Göre Eğitim ve Bilgilendirmelerin Belirtildiği Bölüm ve Standartlar	26
Tablo 5. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	40
Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin ve Boyutlarının Normallik Analizi Sonuçları	41
Tablo 7. Pilot Çalışma Sonucunda Güvenirlilik Analizleri	42
Tablo 8. Kullanılan Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	43
Tablo 9. Ölçüm Modeline İlişkin Sonuçlar	45
Tablo 10. Yapısal Modelin Uyum İyiliği Değerleri	46
Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin ve Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	46
Tablo 12. Cinsiyete Göre Dağılım	47
Tablo 13. Yaşa Göre Dağılım	47
Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Dağılım	48
Tablo 15. Meslek Durumuna Göre Dağılım	48
Tablo 16. Yatış Süresine Göre Dağılım	49
Tablo 17. Yatış Sıklığına Göre Dağılım	49
Tablo 18. Hasta Yakınlarının Anket Sorularına Verdiği Yanıtlar	50
Tablo 19. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Servis/Bölüme Kabul Esnasında Boyutunun Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 20. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tedavi Esnasında Boyutunun Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 21. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Taburculuk Esnasında Boyutunun Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 22. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile SKS 6.0'da Verilmesi Gereken Eğitim ve Bilgilendirmelere İlişkin Bilgi Düzeyi	70
Tablo 23. Hipotezlerin Kabul/Ret Durumları	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al Döngüsü.....	11
Şekil 2. Kalite Geliştirme Basamakları	13
Şekil 3. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları	17
Şekil 4. Sağlıkta Kalite Sisteminin Kurumsal Yapısı.....	18
Şekil 5. Standartların Geliştirilme Süreci.....	21
Şekil 6. Standartların Revize Süreci.....	22
Şekil 7. Güvenli Hastane.....	24



GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. Teşhis, Tedavi Süreci, Hastanın Genel Durumu, Bakım	52
Grafik 2. Planlanan Tıbbi Müdahaleler ve Takip Süreci İle İlgili Bilgi Düzeyi	52
Grafik 3. Hasta Yatağı ve Eşyaların Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	53
Grafik 4. Hemşire Çağrı Sistemi Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	53
Grafik 5. Kahvaltı, Yemek ve Ara Öğün Saatleri ile İlgili Bilgi Düzeyi	54
Grafik 6. Tuvalet-Banyo Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi	54
Grafik 7. Bölüm Çalışanlarına Erişim ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	55
Grafik 8. Ziyaret Saatleri, Refakatçi Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi	55
Grafik 9. Hasta ve Yakınının Uyması Gereken Kurallar ile İlgili Bilgi Düzeyi	56
Grafik 10. Acil Çıkışlar ve Acil Durumda Yapılacaklar ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	56
Grafik 11. Hastalığın Seyri ile İlgili Bilgi Düzeyi	57
Grafik 12. Test Sonuç Verme Süreleri ile İlgili Bilgi Düzeyi	57
Grafik 13. Hasta Kimlik Doğrulaması ile İlgili Bilgi Düzeyi	57
Grafik. 14 Kullanılacak İlaçlar ve Kullanım Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	58
Grafik 15. El Hijyeni ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	58
Grafik 16. İzolasyon Tanımlayıcısı ve Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi	59
Grafik 17. Bakıma İlişkin Dikkat Edilecek Hususlar ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	59
Grafik 18. Görüş, Öneri ve Şikayetleri İletebileceği ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	60
Grafik 19. Görüş, Öneri ve Şikayetleri İletebilme Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi .	60
Grafik 20. Araştırma ve Deneysel Çalışmalara Katılım Gereklilikleri ile	61
Grafik 21. Taburculuk Sonrası Kullanacağı İlaçlar ve Kullanım Kuralları.....	61
Grafik 22. Taburculuk Sonrası Kontrol Randevusu ile İlgili Bilgi Düzeyi.....	62
Grafik 23. Taburculuk Sonrası Bakım ile İlgili Bilgi Düzeyi	62
Grafik 24. Gerektiğinde İletişime Geçebileceğim Numaralar ile İlgili Bilgi Düzeyi63	

KISALTMALAR

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS 25.0: Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 25,0

AMOS: Analysis of Moment Structures

PUKÖ: Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Alma



**SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VERSİYON 6.0'YA GÖRE HASTA
BAKIM KALİTESİYLE İLİŞKİLİ STANDARTLARINDA HASTA
YAKINLARININ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ (EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Zeynep AKIN

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı**

ÖZET

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servislerinde hizmet alan hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'ya göre verilmesi gereken hasta eğitimlerine yönelik bilgi düzeyini ölçerek üzerinde durulması gereken başlıkları tespit etmeyi amaçlamaktadır.

Araştırma tanımlayıcı türdedir. 1 Eylül 2020- 30 Kasım 2020 tarihleri arasında ilk yatış ile tedavi gören 244 hastanın yakınına ulaşılmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından, SKS Hastane Seti Sürüm-6.0' daki hasta eğitim ve bilgilendirmeleri içeren standartlarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerini içeren ve hasta bakım kalitesine ilişkin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorular 5'li Likert cevap formatında oluşturulmuştur. Anket 24 soru, üç bölümden oluşmaktadır ve veriler yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS 25.0 ve AMOS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis analizi ve boyutlar arasında fark yaratan grubu bulmak için ise Bonferroni uygulanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçeğin toplam puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların mesleklerine göre ölçeğin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Mesleği memur olan katılımcıların ölçeğin toplam puanlarının mesleği işçi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların yatış sürelerine göre ölçeğin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yatış süresi 10 günden fazla olan katılımcıların ölçeğin toplam puanlarının yatış süresi 0-5 gün ve 6-10 gün arasında olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların yatış sıklığına göre ölçeğin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yatış sıklığı 3 ve daha fazla olan ölçeğin toplam puanlarının yatış sıklığı ilk defa ve 2 defa olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmamız da yapılan istatistiksel analizler sonucu katılımcılar tarafından verilen puanların ortalamasının üstünde olduğu, katılımcıların bilgi düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: bilgi düzeyi, hasta eğitimi ve bilgilendirme, Sağlıkta Kalite Standartları,

Tez Sayfa Adedi: 105

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Esra DUĞRAL

**DETERMINATION OF THE KNOWLEDGE LEVELS OF PATIENT
RELATIVES IN THE STANDARDS RELATED TO THE QUALITY OF
PATIENT CARE ACCORDING TO THE HEALTH QUALITY STANDARDS
VERSION 6.0 (TRAINING AND RESEARCH
HOSPITAL EXAMPLE)**

**Master Thesis
Zeynep AKIN**

**DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE
Department Of Quality Improvement and Accreditation in Healthcare**

ABSTRACT

It aims to determine the topics that should be emphasized by measuring the knowledge level of patient relatives who receive service in the inpatient services of Behçet Uz Pediatrics and Surgery Training and Research Hospital regarding the patient education that should be given according to the Quality Standards in Health-Hospital Set Version 6.0.

The research is of descriptive type. Relatives of 244 patients who were treated with the first hospitalization between September 1, 2020 and November 30, 2020 were reached.. Questionnaire questions were prepared by the researcher using the standards of SKS Hospital Set Version-6.0, which include patient education and information. Questions about the demographic characteristics of the participants and to measure the level of knowledge about the quality of patient care were created in a 5-point Likert answer format. The questionnaire consists of 24 questions, three parts and the data were collected by face-to-face interview method. The collected data were analyzed using SPSS 25.0 and AMOS 22.0 program. One-way analysis of variance, Kruskal Wallis analysis, and Bonferroni were used to find the group that made a difference between the dimensions.

One-way analysis of variance was applied to compare the total scores of the scale according to the socio-demographic characteristics of the participants. As a result, it is seen that there is a statistically significant difference between the total scores of the scale according to the professions of the participants ($p<0.05$). It is seen that the total scores of the participants who are civil servants in their profession are higher than those who are workers. It is seen that there is a statistically significant difference between the total scores of the scale according to the length of stay of the participants ($p<0.05$). It is seen that the total scores of the participants whose hospitalization period is more than 10 days are higher than those whose hospitalization period is between 0-5 days and 6-10 days. It is seen that there is a statistically significant difference between the total scores of the scale according to the frequency of hospitalization of the participants ($p<0.05$). It is seen that the total scores of the scale with a frequency of hospitalization of 3 or more are higher than those of the participants whose frequency of hospitalization is for the first time and twice.

As a result of the statistical analyzes made in our research, it was determined that the scores given by the participants were above the average and the knowledge level of the participants was high.

Key Words: knowledge level patient education and information, Health Quality Standartions,

Page Number: 105

Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Esra DUĞRAL

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sosyal bir hak olan sağlık hakkı bireylere sunulması gereken en temel haktır. Sağlık hakkı devlete önemli sorumluluklar yüklemektedir. Devletin ödev ve görevleri, 1982 Anayasasının 56. Maddesi "Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması" başlığı altında ‘ ‘ Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.’ ’ belirtilmiştir (97). Devlet ise sağlık sistemini organize ederek, planlayarak, koordinasyonunu sağlayarak ve düzenli aralıklarla değerlendirerek bu sorumluluğu gerçekleştirmiş olur. Sağlık sistemi topluma eşit, ulaşılabilir, zamanında, etkili, güvenli, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Teknolojik gelişmeler ve bilimsel ilerlemeler, yapılan yasal düzenlenmeler, hastalıkların çoğalması ve çeşitlenmesi, demografik özellikler gibi birçok faktör sağlık sisteminin başarısını etkilemektedir (96). Birden çok bileşeni içinde barındıran sağlık sistemi performansı, yeniliklere ve gelişmelere sağladığı uyum ile değerlendirilir. Sağlık sisteminin geliştirilerek en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak ancak sağlıkta kalite kavramının hizmet sunum alanlarında yer alan tüm süreçlere uygulanması ile mümkündür. Bu nedenle, sağlıkta kalite kavramı isteğe bağlı uygulamalar bütünü değil, istenilen sağlık çıktılarına ulaşabilmek için gerekli ve zorunludur.

Sağlıkta kalite kavramı; sağlık hizmeti aşamalarının tamamına rehberlik edebilecek, sağlık kuruluşlarına ortak bir dil kullanılmasını sağlamak, kalite kültürü oluşturmak, sağlık hizmet kalitesini ölçmek ve değerlendirebilmek için bilimsel ve geçerliliği kabul edilen sağlıkta kalite standartlarına dayanır. Sağlıkta kalite standartları sağlık kurum/kuruluşları dinamik, yenilikçi olmak, süreçlerde gerçekleşen faaliyetlerin verimli olmasını sağlamak, istenilen çıktılara odaklanmak, sürekli öğrenmek; kurum vizyon, misyon ve kalite politikası doğrultusunda amaçlarına ulaşmak için destekler, onlara yol gösterir. Sağlık hizmeti sunum alanlarında sağlıkta kalite standartları doğrultusunda çalışmalar gerçekleştirirken merkezinde daima hasta ve çalışan güvenliğini ve memnuniyetini sağlanması amacı vardır. Hasta ve çalışan güvenliği, memnuniyetlerinin sağlanması; organizasyon içinde gerçekleşen faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi, sağlıkta kalite sisteminin devamlılığı ve

gelişebilmesi için gereklidir. Çalışanların güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak, sunulan hizmetin devamlılığı ve kalitesi açısından oldukça önemlidir. Hastaların güvenliği sağlayarak memnuniyetinin gerçekleştirebilme düzeyinin bilinmesi ise sunulan hizmeti değerlendirebilmeye, analiz ederek iyileştirebilmeye katkı sağlar. Hastaların tedavi ve bakım ile ilgili süreçlerde bilgilendirilmeleri ve eğitimlerinin eksiksiz verilmesi hasta güvenliği ve memnuniyetini sağlayabilmesi ile mümkündür.

Bireylerin bilgilendirilmeleri yasal çerçeveler ile korunmuş olup Hasta Hakları Yönetmeliği 3. bölüm 15. maddede yer alan Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı başlığı ile açıkça belirtilmiştir (51). Bu yönetmeliğinde amacı insan haklarının somut bir görünüme kavuşturarak bireylerin haklarını bilme ve mağduriyetlerini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda bireylerin bilgilencmeleri oldukça önem arz etmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti 6.0 Hasta Deneyimi boyutundaki temel amaç *“Sağlık hizmeti sunumunda temel hasta hakları esas alınarak tüm süreçlerde hasta katılımının sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanın özenle hizmet almasının temin edilmesidir”* (29). Tüm süreçlerde hasta katılımının sağlanabilmesi için hastaların tam ve eksiksiz olacak şekilde bilgilendirilmesinden geçmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti 6.0’da birçok noktada bilgilendirme ve eğitim ile ilgili düzenlemeler belirtilmekte ve üzerinde önemle durulmaktadır. Araştırmada, Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye’deki bütün hastanelerinde geçerli olan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti 6.0’a göre hasta yakınlarına verilmesi gereken eğitimlerin algılanma düzeyini ölçmeyi hedeflemektedir. Araştırmanın önemi ise istatistiksel analiz ve ölçümler sonucunda hasta yakınlarına verilen eğitimlerde bilgilencme düzeylerinin ölçülerek soru bazlı düşük çıkan sonuçlar üzerinde durulması, etkili ve yeterli olmadığı düşünülen eğitim ve bilgilendirme başlıkları için eğitimlerin planlanması yönünde rehberlik edecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servislerinde hizmet alan hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0’ya göre verilmesi gereken hasta eğitimlerine yönelik bilgi düzeyini ölçerek üzerinde durulması gereken başlıkları tespit etmeyi amaçlamaktadır. Yapılan bu tespitler neticesinde daha fazla desteklenen başlıkların hasta bakım

kalitesini artırarak, hasta memnuniyetinin de üzerinde olumlu bir katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmanın amaçları doğrultusunda Tablo 1’de hipotezler belirtilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın Hipotezleri

H ₁	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0’da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin yatış sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
H ₂	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0’ da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin yatış sıklıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
H ₃	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0’da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
H ₄	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0’da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
H ₅	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0’da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti

2.1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır: Sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil; fiziksel, sosyal ve zihinsel anlamda tam bir iyilik halidir (1). Dünya Sağlık Örgütü sağlığın bu tanımı, sağlıklı olma halini sadece hastalığın olmayışına değil, vücudun bir bütünlük arz edecek şekilde parçalarının da birbirini tamamlayarak etkin ve işlevsel çalışması ile açıklamıştır. Sağlık kavramını açıklarken bu üç bileşeni ele almak gerekmektedir.

- Fiziksel sağlık: Solunum, beslenme, boşaltım, hareket, uyku, cinsellik gibi ihtiyaçlarını tam olarak yerine getirebilme halidir.
- Ruhsal-duygusal sağlık: Bireyin kendisi ve çevresiyle sürekli uyum içinde olma halidir. (Olumlu düşünme, yaşamdan zevk alma, başkalarıyla ve yalnız çalışabilme yeteneği, sorumluluk alma vb.)
- Sosyal sağlık: Sevilme, ait olma, ailesiyle ve arkadaşlarıyla ilişkisi, iş durumu, sosyal uğraşların olmasıdır (2).

Sağlığı tanımlayabilmek için, temel bileşenleri olan bu üç kavramın eksiksiz ve bütünlük sağlayacak şekilde açıklanması gerekmektedir. Sağlık kavramı, toplumsal anlamda kişilerin yaşam koşulları ile ilgili gereklilikleri sağlayarak vücut bütünlüğünü fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali içinde tutarlı ve düzenli bir süreçte devam etmesi ile mümkündür.

Bu bakış açısı ile fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olabilmesi için sağlığın kişisel bir olgu olmaktan çıkarılarak, toplumsal bir yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekecektir (3). Toplumsal anlamda sağlığın etkilerine bakıldığında; yaşam koşullarının iyi olmadığı, can güvenliğinin sağlanmadığı, temel ihtiyaçların karşılanamadığı bir yaşamı sürdüren bireyler için sağlıklı olmadıklarını söylemek gerekir. Toplumsal olarak sağlık; sadece sakatlık ve hastalık halinin olmaması değildir, kişilerin sağlıklı sayılabilmesi için aynı zamanda toplumda yer alan öğelerin birbiri ile etkileşim içinde olması anlayışıdır. İnsan aktiviteleri ile biyolojik ve fiziksel çevre arasında gerçekleşen etkileşim sürecini yönetmede toplumun ne kadar yetenekli olduğuna bakılmalıdır (4). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, bireylerin sosyal ve ekonomik anlamda verimli bir yaşam sürmesine izin

veren bir kaynak olduğu düşünölmektedir. Sağlık; fiziksel kapasite ile sosyal ve kişisel kaynakları öne çıkaran pozitif bir kavramdır.

2.1.2. Sağlık Hizmetinin Tanımı

Sağlık hizmeti; bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, yerel, ulusal ve uluslararası tüm sağlık organizasyonlarını kapsayan, birbirinden farklı meslek gruplarının birlikte faaliyet gösterdiği, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri de içerisinde barındıran, sürekli ve sistemli bir şekilde devam eden bir yapıdır (5). Tengilimoğlu vd. sağlık hizmetlerini “*bireylerin ve toplumun sağlığını koruma altına almak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşemeyecek olanların ise başka kimselere bağımlılıkları bulunmadan yaşamlarını devam ettirebilmelerini sağlamak, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için sürdürölen ve sürekli olarak geliştirilen planlı çalışmalar*” olarak tanımlamışlardır (6).

Sağlık hizmetleri, kişilerin hastalıklardan korunması, fiziksel ve ruhsal yönden tam bir bütönlük içinde devam edebilmesi için tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin tümünü içermektedir. Sunulan sağlık hizmetinin uygun ve etkili bir şekilde verilebilmesi için birden çok parçanın süreklilik sağlayarak birbiri ile uyum içinde olması gerekmektedir. Sunulan sağlık hizmeti; bireylerin anne karnından, ölümüne kadar olan süreci kapsadığı için vazgeçilmezdir ve diğere sunulan hizmetlere kıyasla karşılanmadaki önceliğı asla değışmeyecektir. Bu yüzden sağlık hizmet sunumu gerçekleştiren daha fazla sorumluluk bilinci ile hareket edilmeli ve kaliteye daha çok önem verilmelidir(7).

Sağlık hizmetinin temel amacı bireyin sağlığı koruyarak, sağlığın geliştirilmesini sağlamak ve bu sayede toplumun da gelişmesini mümkün kılmaktır. Böylelikle kişilerin yaşadıkları toplumla ilgili ihtiyaç ve talepleri karşılanarak sağlıklı toplum ve çevre oluşturabilmektir (8).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık kuruluşları, çok çeşitli hizmeti içinde barındıran organizasyonlardır. Sağlık hizmetlerinin amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmeti arz eden durum ve koşullara göre sınıflandırılabilir (9). Sağlık hizmetleri; hastalıkların teşhisi, tedavisi, rehabilitasyonu ve önlenmesi ile birlikte toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ile ilgili tüm faaliyetleri içine almaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri sınıflandırılırken kapsadığı faaliyetler göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar

her ne kadar yürüttükleri faaliyetlere göre sınıflandırılırsalar da her basamak sorumlu olduğu faaliyetlerin yanında diğer sağlık hizmetlerini de sunmaktadırlar. Bu faaliyetler, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler olarak sınıflandırılabilir (10).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da sakatlık olmadan önce risk oluşturabilecek her türlü duruma karşı yapılan çalışmaların tamamıdır (6). Kişilerin sağlığının korunarak, sağlıklarını geliştirmek amacıyla alınabilecek önlemlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyleri direk tedavi etmek anlamına gelmez, daha çok erken teşhis ve tanı için yapılan faaliyetlerdir. Anne-ocuk sağlığı, aşılama hizmetleri, aile planlanması, sağlıklı ve dengeli beslenme şartlarının sağlanması, gıdaların kontrol edilmesi gibi hizmetleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik ve bireye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, çevrede sağlık hizmetini olumsuz etkileyebilecek öğelerin ortadan kaldırılarak, sağlıklı bir evre oluşturma çabalarıdır. Bireye yönelik sağlık hizmetleri ise koruyucu sağlık hizmeti sunan kuruluşlar tarafından gerçekleştirilen beslenmeyi düzenleme, bağışıklama, aile planması, kişisel hijyen ve sağlık eğitim hizmetleri gibi çalışmalardır. Başta birinci basamak sağlık kurumları ve diğer kurumlar tarafından bireye ve ailelere sunulan hizmetlerdir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık veya hastalığa dair belirtiler olması durumunda hastalığın tanı-tedavi-teşhis edilmesi sürecini kapsar. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla müdahale gerektirir ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst basamağıdır. Hasta olunmasıyla başlayan müdahaleler koruyucu sağlık hizmetine göre daha fazla takip ve işlem içerir (11). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel amacı bireyleri eski sağlıklarına geri döndürmektir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetler olmak üzere üç gruba ayrılır.

“Birinci basamak sağlık kuruluşları, hastaların ayakta veya evde teşhis ve tedavi edilmesi kapsamında hizmet sunan kurumlardır.” Sağlık ocakları, özel poliklinikler, ana-ocuk sağlığı ve aile planması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sağlık merkezleri gibi kuruluşlar birinci basamak sağlık hizmeti sunar.

“İkinci basamak sağlık kurumları; ilgili mevzuatta tanımlanan ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık kurumlarıdır.” Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, dal hastaneleri, özel hastaneler, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri gibi kuruluşlar ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

“Üçüncü basamak sağlık hizmeti, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip sağlık kurumlarıdır.” Eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardır (12).

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici ve koruyucu hizmetlere rağmen kısıtlılık hali devam eden bireylerin kendilerini yaşama alıştırmaları ve kendilerine daha fazla yetebilmelerini sağlamak, acılarını hafifletebilmek için verilen sağlık hizmetleri bütünüdür. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon, bedensel engellerin düzeltilmesi, kaybedilen çalışma gücünün tekrar kazanılması için sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon ise, oluşan sakatlıklar nedeniyle eski işlerini yapmakta zorlanan ya da belirli bir iş yapamayan kişiler için uygun iş bulma, işe uyum sağlamaya yönelik hizmetleri kapsar (11).

Sağlık Hizmetinin Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını geliştirmek için bireye sunulan ve temel sorumluluğun bireyde olduğu hizmetlerdir. Bu hizmetlerin amacı bedensel, ruhsal sağlık durumunun iyileştirilerek yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (13). Bugün birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından kaynaklanmaktadır. Kişiler yaşam tarzlarını geliştirerek sağlık durumlarını çok daha üst seviyelere taşıyabilir. Örneğin kişilerin spor yapmayı alışkanlık haline getirmesi, sigara ve alkol vb. gibi zararlı maddeleri kullanmaması, sağlığı bozucu gıdaların tüketiminden kaçınması ve kişisel hijyenine önem vermesi sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayacaktır (6).

2.1.4. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, sunulan diğer hizmetler ile ortak özellikler taşısa da birçok farklı niteliğe sahiptir. Bu özelliklerin en başında sağlık hizmetinin ertelenemez olması, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilere eşit ve adil bir biçimde ulaştırılması gelmektedir. Sosyal devlet anlayışı ilkesi gereği devlet, sunulan sağlık hizmetlerine sosyal refahı sağlamak amacıyla müdahalelerde bulunur. Kişilerin sağlık ihtiyaçlarına erişiminde yaşanacak olan aksaklık ya da engeller toplum üzerinde olumsuz bir etki yaratacağı yadsınamaz bir gerçektir. Bu ve bunun gibi nedenlerle sunulan sağlık hizmetinin kaliteli ve ulaşılabilir olması hayati öneme sahiptir.

Etkili ve nitelikli sağlık hizmeti sunulabilmesi için kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik gibi özellikleri bünyesinde barındırmalıdır (14).

Kolay Kullanılabilirlik: Başta hizmet sağlayıcılar ve sağlık hizmetine erişmesi gerekenler olmak üzere ihtiyaç duyulan zaman ve yerde etkin, verimli ve etkili sağlık hizmetine ulaşılabilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmet sunumunu sağlayanlar için gerekli materyal, ilaç ve imkanlara ulaşılmasında kolaylık olması yani kolay erişim sağlanması anlamındadır.

Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite hem hizmeti sunanların hem de hizmete ihtiyacı olanların gereksinim ve beklentilerinin en uygun seviyede karşılanması demektir. Sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olarak kabul edilmesi için birçok önemli koşulu da sağlaması gerekmektedir (11).

Verimlilik: Sağlık hizmetlerinde verimlilik etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi, çalışan ve hasta güvenliği ile memnuniyetin sağlanması ve hizmetin kesintisiz devamlılığı anlamına gelmektedir (15).

Süreklilik: Sağlık düzeyinin geliştirilerek birey ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını ve durumlarını sürekli takip edilmesi, gerekli planlamaların ve çalışmaların yapılmasıdır. Aradaki entegrasyonun hizmet sunumu sırasında bozulmadan ve optimal düzeyde karşılanması koşuluyla sağlık hizmetinin sürekliliği sağlanmış olur (11). Sağlık hizmetleri dinamiğinde birden fazla uzmanlık alanı bulunduran ve bu uzmanlık alanlarının birbirleri ile uyum içinde çalışması gereken disiplinler topluluğudur. Sağlık hizmetini diğer hizmet sunan sektörlerden farklı olarak birçok özelliği bünyesinde barındırır. Bunun nedeni sağlık kavramının yapısal ve niteliksel olan farklılıklarından ileri gelmektedir. Bu farklılıklar şu özellikleri içermektedir:

- Üretim hizmetleri için günün sonunda ortaya çıkan çıktı mal veya ürün iken, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan çıktı performans ve çabadır.
- Sağlık hizmetlerinde üretim ve tüketim eş zamanlıdır.
- Sağlık hizmetlerinde hasta/hasta yakını ile doğrudan temas söz konusudur, iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir.
- Üretim hizmetleri için ürün depolanabilirken, sağlık hizmetlerinin stoklanması mümkün değildir.
- Sağlık hizmetlerinde her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğu için hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir.
- Sağlık hizmeti sunarken, bu hizmeti sağlayacak olanların iş birliği ve sorumluluk bilinciyle hareket etmesi sunulan hizmetin kalitesini arttıracaktır.

Diğer hizmetler ile sağlık hizmetlerinin yukarıda belirtilen özelliklere ek sağlık hizmetlerine özgü ayırt edici noktalar şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmeti sonuçlarının tanımlanması ve standart bir ölçümünün olması her durumda mümkün olmayabilir.
- Yapılan işler karmaşıktır ve değişkenlik gösterir.
- Sağlık hizmetlerinde ileri teknoloji kullanmakla birlikte emek yoğun çalışma da söz konusudur.
- Yapılan müdahale ve girişimlerin çoğu acildir ve ertelenemez.
- Farklı meslek grupları bir arada ve uyum içinde çalışmak zorundadır. Bu meslek gruplarının biri tarafından yapılan hata ya da ihmal diğer aşamaları da etkiler ve ürün çıktısının kalitesi olumsuz etkilenir.
- Hastalıkların tedavisindeki yeni gelişmeler, bilim ve teknolojiye yeniliklerle birlikte uzmanlaşma derecesini de arttırmaktadır.
- Yapılan işlemlerin belirsizliğe ve ihmallere karşı toleransı oldukça azdır (16).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

2.2.1. Kalite Kavramı

Kalite, Uluslararası Standardizasyon Örgütünün ISO 9000 Kalite Sözlüğünde ürün veya hizmetin tespit edilen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama niteliğine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Kalite Derneği, kaliteyi mal ya da hizmetin belirli gerekliliği karşılayabilme özelliklerinin tümü;

Avrupa Kalite Organizasyonu ise bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerinin toplamı olarak tanımlamıştır (17).

Kalite ile ilgili kavramlara dair yaklaşımlar aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kalite Kavramına Dair Yaklaşımlar

Kuruluş/Uzmanlar	Tanım
Joseph M. Juran	Kullanıma uygunluk
Philip Crosby	Oluşan şartlara uygunluk
Arnold Feigenbaum	En düşük bütçe ile müşterinin memnuniyetini sağlama
Walter Shewhart	Müşterinin isteğini karşılama kapasitesi
Edwards Deming	Kullanıcıyı memnun eden en ucuz ve uygun değer
Kaoru Ishikawa	Minimal bütçe ile en uygun ve tüketiciyi daima memnun edecek çıktıyı üreterek gelişimini sağlamak, takip eden süreçte de ihtiyaç duyulan hizmeti müşteriye sunabilmek

Kaynak: (10)

Üretilen hizmeti veya ürünleri ihtiyaçları doğrultusunda kullananların beklentilerini karşılayabilmesi düzeyi de kalite kavramını açıklamaktadır. Aynı zamanda kalite, olması gerekene yani standartlara uyması anlamına da gelmektedir. Kalite bir anlamda mükemmele ulaşmak için yapılan çabaların bütünüdür. Sürecin içerisinde başlama ve bitiş zamanı arasındaki planlı ve kontrollü faaliyetler ile ulaşılması istenen mükemmel sonuca gidecek olan çıktıların birleşmesi kaliteyi oluşturur. Kalitenin öznel yönü kişilerin demografik özelliklerine, kültürlerine, yaşam biçimlerine ve beklenti düzeylerine göre değişmektedir. Kalitenin standartlara uyması ve ölçülebilir olması kalitenin nesnel yönünü ortaya koymaktadır. Kalitenin nesnel olması beraberinde düzenli ölçümleri ve belirli aralıklarla kontrolleri gerektirirken hala kaliteli mi ya da ne kadar kaliteli sorularını da cevaplandırmaktadır (18).

Kalitenin her aşaması süreçler bütünüdür, bir aşama tamamlanırken diğer aşamayı doğurur ve bu döngü zincirin halkası gibidir. Ulaşılmak istenilen temel amaç,

kalite ihtiyacının karşılanırken öngörülü olunması ve beklenen kaliteyi karşılamada sistemi güvence altına alınmasıdır. Bu doğrultuda hareket edildiğinde Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Alma aşamalarını kapsayan PUKÖ döngüsü yapılacak olan kalite çalışmalarının temelini oluşturacaktır. PUKÖ döngüsü öğrenme ve iyileştirme faaliyetlerini kapsamaktadır. PUKÖ döngüsü süreç içinde oluşabilecek hata veya eksikleri döngüde yer alan aşamalarla birlikte sistemin iyileştirilmesi hedeflemektedir.

PUKÖ döngüsünün adımları şunlardır;

Planla: Sistemin ve sürecin amaçları, hedefleri, kurumun politikası, vizyonu ve misyonu doğrultusunda arzulanan sonuçları ortaya çıkaracak kaynakları oluşturma, riskleri ve fırsatları belirleme aşamasıdır.

Uygula: Planın uygulanabilmesi için doğru zaman ve şartlarda faaliyetleri yerine getirebilme aşamasıdır.

Kontrol Et: Hedefler, amaçlar, koşullar ve planlanan faaliyetler doğrultusunda süreçleri, ürün veya hizmeti izleme, ölçme, değerlendirme ve sonuçları raporlama aşamasıdır.

Önlem Al: Eksik veya hatalı olan adımların belirlenerek iyileştirilmesi aşamasıdır. Aksaklığa neden olan basamak tespit edilir ve performansı iyileştirmek için gerekli çalışmalar başlatılır (Şekil 1), (19).

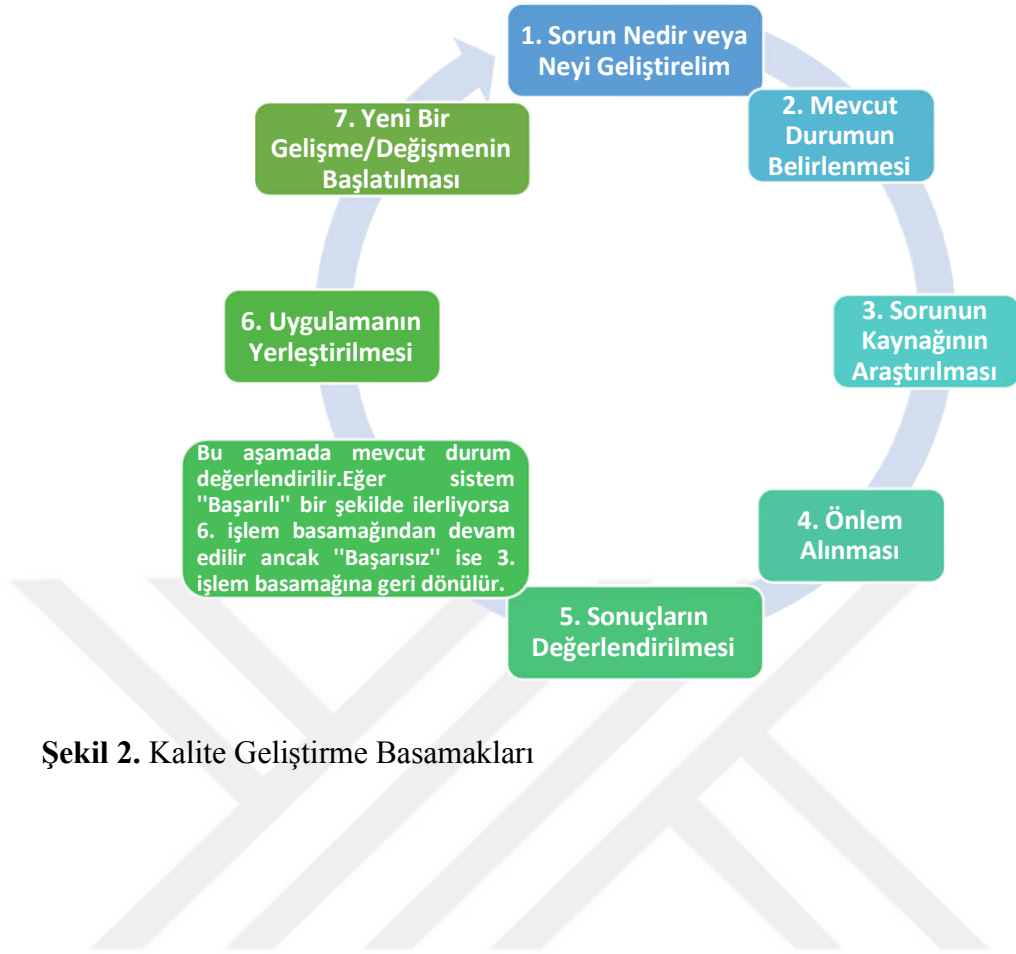


Şekil 1. Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al Döngüsü

En uygun ve istenilen sonuçlara ulaşabilmek için planlama, uygulama, kontrol etme ve önlem alma gibi adımların her biri süreç içerisine yerleştirilmeli ve kurulacak

olan organizasyon faaliyetlerinde bu aşamaların ne derece etkili olduğu belirli aralıklarla kontrol edilmelidir. Kalite düzeyinin sürekli geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için dinamik, hatalarından öğrenerek devam eden kontrol mekanizmasına ihtiyaç vardır. Bu süreci dinamik hale getiren kendisini sürekli yenileyen, değişime açık ekip ve liderin varlığıdır. Bu yaklaşımı benimseyen kurumlarda kalite kültürünün oluşturulması için aşağıda yer alan işlem basamakların uygulanması önem arz etmektedir.

- Amacın belirlenmesi: Kaliteyi sağlamaya çalışılmasındaki temel amaç nedir sorusu cevaplanarak geliştirilmesi istenen olgunun da tam olarak saptanması gerekmektedir.
- Durumun tespit edilmesi: Bu aşamada içinde bulunan mevcut durum belirlenmelidir. Düzeltilmesi ya da önlenmesi istenilen problemler tespit edilmelidir. Problemler tespit edilirken toplanan materyaller tutarlı ve ölçülebilir olması gerekmektedir.
- Problem araştırılırken çıkış noktasının tespit edilmesi: Sorunun en başına yani kaynağına bakılmalıdır, bu sorunun başlamasına neden olan faktörler irdelenmeli ve üzerinde durulmalıdır. Kaynağında tespit edilen sorunlar sonraki aşamalara yansımadan en başında çözülmeli ve sorunun diğer süreçlere yansısı engellenmelidir.
- Önlem alınması: Problemin tespit edilmesiyle başlanılan bu süreçte sorunu ortadan kaldırmak adına önlemler alınması kalitenin sağlanmasında önemli rol oynar. Hatayı önleyebilmek için en verimli işlem basamağı ne olabilir, bu problemi ortadan kaldırmak ve hatanın tekrar oluşmasını engellemek için hangi yol daha etkili olur sorularına yanıt aramak gerekmektedir.
- Sonuçların değerlendirilmesi: Sorunları kaynağında araştırıp oluşan hatalar için önlemleri aldıktan sonra uygulanan yöntemin mutlaka belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve işleyişinin kontrol edilmesi gerekmektedir. İstenilen ve hedeflenen sonuca ulaşana kadar yapılacak olan değerlendirmeler sürdürülmelidir.
- Yapılan değerlendirmelerin sürecin içerisine yerleştirilmesi: Verimli olduğu tespit edilen uygulamaların sürecin içerisinde yer alması ve adapte olması sağlanmalıdır
- Yeni uygulamalar veya gelişmeler için süreç kontrol edilerek başa dönülmelidir. Başlatılması istenilen süreçler için işlem basamakları tekrar edilmelidir (Şekil 2), (20).



Şekil 2. Kalite Geliştirme Basamakları

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık hizmetleri kalite kavramı: *“Uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin tam olarak karşılanmasıdır.”* (21). Hastanın iyilik halini istenilen ve olması gereken seviyeye getirmek, istenmeyen hataların önüne geçebilmek için verilen bütün çaba sağlık hizmetlerinde kalite kavramını ifade eder.

Fiziksel ve ruhsal anlamda sağlıklı olmak bireyler için en önemli değerlerin başında gelir, kişiler bu değeri elde edebilmesinin yolu kaliteli bir sağlık hizmeti almasından geçmektedir ve bu değeri sağlamada kilit rol oynayan sağlık kurumları bireylere karşı sorumludur (22). Sağlık hizmetlerinin ertelenemez oluşu, hata kabul etmemesi ve ikame edilememesi gibi nedenlerden dolayı bireylerin sağlık kurumlarına karşı beklentileri artarken sağlık kurumlarının da bireylere karşı sorumluluklarının arttırmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun her aşamasında kalitenin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır öyle ki aşamalardan herhangi birinde rastgele davranılması geri dönülmez hatalara neden olabilmektedir.

Sağlıkta kalite kavramının ortaya çıkmasında bilim ve teknolojik gelişmelerin artması, bireylerin uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdürme isteği, sağlık okuryazarlığının artması gibi etmenler etkili olmuştur. Değişen dünya koşulları ile ülkelerarası gelişmelerin birbirini etkilemesi, verimli ve değerli uygulamaları takip edebilmenin önemli olduğu ülkeler tarafından kabul görmüştür. Böylelikle gelişmeler ve yaşanan değişimler sonucunda sağlık hizmetlerinde;

- Sağlıkta kalite anlayışı standartlar ile sınırları belli, sağlık kurumların inisiyatifine bırakılmaksızın uyulması gereken kurallar bütünüdür. Kalite standartlarının ölçülmesi kalite yönetimi ile aynı anlama gelmektedir.
- Hasta ve yakının memnuniyetinin artması hizmet kalitesinin sağlanmasında önemli bir değer olduğu yaklaşımı kabul edilmektedir.
- Kurum kültürünün oluşması ve aynı hedef için çalışılması sağlıkta kalitenin gerekliliğinin bilincine varmış ve motive edilmiş çalışanların çabaları ile mümkündür.
- Yapılan stratejik planlamalara erişilebilmek için kurum kalite politikası doğrultusunda amaçlar ve hedefler belirlenmelidir. Stratejik planlamaların amacına

uygun bir sonuca sahip olup olmadığının tespit edilebilmesi için etkili ve işlevsel kontrol mekanizmasının varlığı gerekmektedir (23).

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Temel Unsurları

Kalitenin varlığına öncelikle tıbbi hataların önüne geçilmesi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması gibi nedenlerle ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kurumunda kalite kültürünü oluşturma çabaları sağlık kavramının hassasiyeti ve önemi ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin var olabilmesi için prosesler arası senkronizasyona ihtiyaç duyulur; birden fazla süreç uyum içinde devam edebilmelidir çünkü kalite tesadüf değildir, düzenli ve sistemli çalışmalar bütünüdür. Kalitenin oluşturulması için çalışmalar planlanırken kalitenin temel unsurları üzerinde durulmalı ve sürecin oluşturulmasında unsurların önemi göz ardı edilmemelidir.

- Öncelikli olarak kurallar standart haline getirilmelidir. Kalitenin alt yapısı olan standartlar, bilimsel bilgiler ve kabul görmüş kanıta dayalı çalışmaların ışığında hazırlanmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda kaliteyi yakalamak ve sürdürebilmek için standartlara olan adaptasyonun sağlanması önemlidir
- Belirli aralıklarla gerçekleştirilen öz değerlendirme faaliyetleri ile standartların karşılanma düzeyi kontrol edilmelidir. Kontroller hem uygulamalı hem de istatistiksel verilerin ışığında gerçekleştirilmelidir. Periyodik zaman aralıklarıyla sürecin tekrar gözden geçirilmesi, kısmen karşılanan ya da karşılanmayan standartlar için düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılarak takibinin yapılması gerekmektedir. Bu döngü ile süreç iyileştirilmeli ve değerlendirilmelidir.
- Komiteler oluşturularak, fark edilen sorunların ve ramak kala olayların uzman ekipler tarafından değerlendirilerek optimal sürede çözümlenmesi sağlanmalıdır.
- Kalite yönetim faaliyetlerinde öneri ve geri bildirim sistemi kurulmalıdır. Öneri ve geri bildirim sistemi, aksayan veya standartlara uygun gerçekleşmeyen işlemlerin erken fark edilmesini sağlayarak iyileştirme çalışmalarına da katkı sağlayacaktır.
- Çalışanların kalite yönetim çalışmalarına adapte olması sağlanmalıdır, anketler ve önerilerinin alınması ile onları daha çok motive edecek alanlar belirlenmelidir. Ayrıca çalışma alanları iyileştirilmeli, sağlık durumları ve ihtiyaçlarına göre düzenlemeler yapılmalıdır (24).

- Çalışanlara belirli aralıklarla eğitimler organize edilmesi sonucu çalışanlar arasında bilgi eşitlemesi sağlanmalı ve çalışanların niteliklerini güçlendirilmek için çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin memnuniyet düzeyi değerlendirilmeli, memnun olunmadığı tespit edilen sonuçlar ile ilgili çalışmalar planlanmalıdır. Hasta tatmini ve memnuniyetinin sağlanması sağlık hizmetleri kalitesinin temel basamaklardan birini oluşturmaktadır (21).
- Kalite çalışmalarının önemine inanmış organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.

Kalite yönetimi dinamik bir süreçtir; daima yeniliklere ve ilerlemeye açık olması gerekmektedir. Süreci dinamik hale getiren mekanizma ise çalışanlar ile yöneticilerdir. Kalite yönetim faaliyetlerinin önemine inanan kurum çalışanlarının çabaları sonucunda kalite yönetimi başarılı bir noktaya gelecektir. Kalite yönetim faaliyetlerini gerçekleştirirken çalışanlar zincirin birer halkasıdır. Üst yönetim faaliyetleri organize etmeli ve liderliği üstlenmelidir (6).

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sistemi

Ülkemiz için sağlık hizmet sunum alanlarına “sağlıkta kalite” kavramı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile giriş yapmıştır. Her ne kadar ilk etapta kamu kurumlarını kapsayan bir olgu olduğu düşünülse de özel ya da kamu kurumu ayırt etmeksizin sağlık kurumlarının tamamını içine almıştır. Yapılan çalışmalar ile ülkemizdeki sağlık kurumlarında farkındalık sağlanarak kaliteye verilen önem her geçen gün daha da artmıştır. Çalışmaların temelini kalite standartları oluşturmaktadır, standartların doğru anlaşılması ve uygulama alanlarında hayat bulması oldukça önem arz etmektedir. Sağlıkta kalite yolculuğunun temel bileşenleri standartların gelişimi, hedefleri ve katmak istedikleridir (25).

Türkiye’ de hizmet veren bütün sağlık kurumlarında kaliteyi geliştirmek, tespit edilen uygunsuzlukların iyileştirilmesini sağlayabilmek ve sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren çalışanlara farklı bir bakış açısı ile rehberlik edebilmesi için sağlıkta kalite standartları hazırlanmıştır. Sağlık profesyonellerine, hasta ve hasta yakınlarına önemli katkılar sağlaması açısından sağlık kurumlarında kalite standartlarının varlığına ihtiyaç duyulmuştur (8). Ayrıca kalite standartları sağlık hizmet sunumunu daha nitelikli ve güvenilir hale getirmesinin yanı sıra sağlık hizmeti için ayrılan

kaynakların daha verimli kullanılmasına imkan sağlayarak israfın önüne geçmektedir (26).

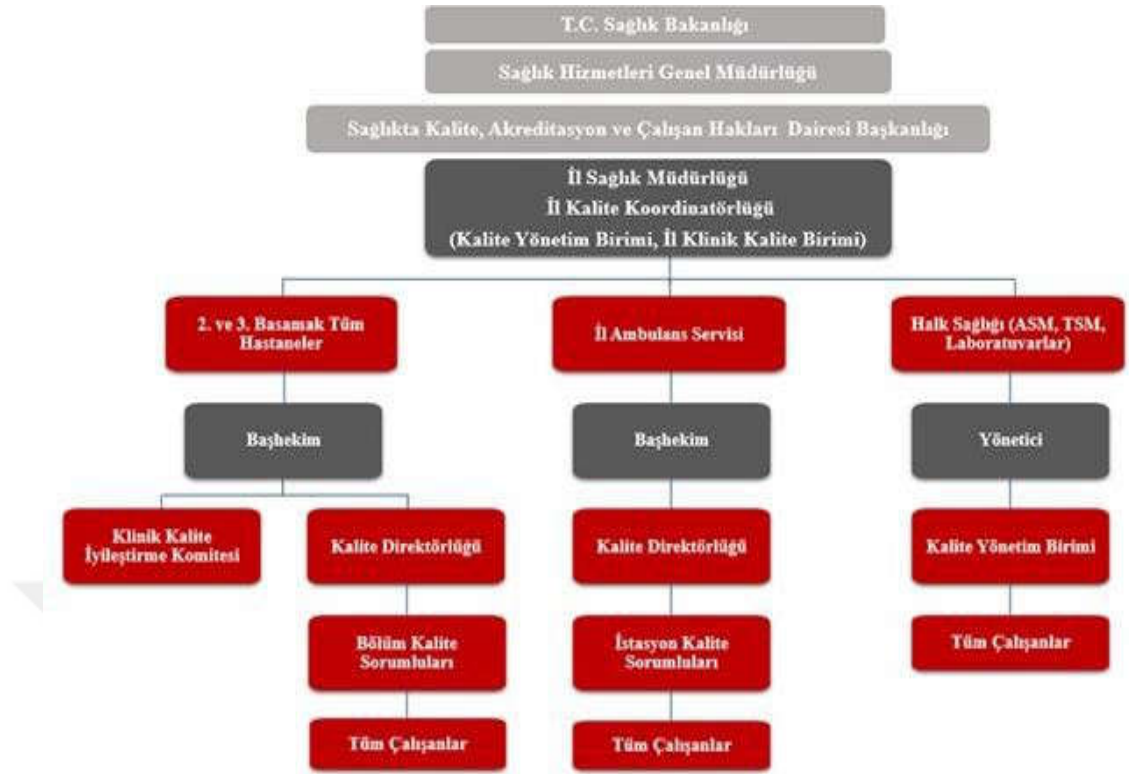
Türkiye’de sağlıkta kalite sisteminin temel amacı, “*Türkiye’de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmaktır.*” Sistem 1.,2.,3., basamak kamu ve özel kurumları kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Sistem, çalışmalarını 1 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355. Maddesinin h bendinde “Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulanmasını sağlamak” görevi gereğince ve 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik kapsamında gerçekleştirilmektedir. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi’nin üç temel bileşeni olan bir yapıya sahiptir (Şekil 3).



Şekil 3. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları

Kurumsal Yapı, Sağlık Hizmet Kalitesi, Klinik Kalite bu sistemi oluşturan üç temel bileşendir.

Kurumsal Yapı: Sağlık Bakanlığı’nın merkez teşkilatı ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm kuruluş ve çalışanları kapsayan sağlıkta kalite sisteminin kurumsal yapısı aşağıdaki şekilde belirtilmektedir (Şekil 4).



Şekil 4. Sağlıkta Kalite Sisteminin Kurumsal Yapısı

Sağlık Hizmet Kalitesi: Sağlıkta Kalite Standartları, SKS Göstergeleri, Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri sağlık hizmet kalitesinin üç ayrı koludur. Sağlıkta Kalite Standartları, sağlık hizmeti sunulan alanlarda olması istenen kurallar bütünüdür, kaynağını bilimsel gerçeklik ve Sağlık Bakanlığı'nın politikalarından alır. SKS Göstergeleri, kalite faaliyetlerinin mevcut durumunu tespit etmek, uygunsuzlukları iyileştirebilmek için ölçüm yapmayı amaçlar. Hizmet çıktısının öncesi ile sonrasını rasyonel bir tarzda yönetebilme fırsatını sunar. Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, uygulanması istenilen standartların sahadaki karşılanma düzeylerine bakar, değerlendirmeler sayesinde daha iyi olan uygulama örnekleri bir diğer kurumlar ile paylaşma imkanı sağlar.

Klinik Kalite: Ülkemiz için önemli olan ve sık görülen sağlık olgularına daha detaylı bakabilmeyi sağlar. Klinik kalite programı kapsamında klinik süreçler ve sonuçlar incelenerek, bu olgular ile ilgili politikaları nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi hedeflenmektedir (27).

2.3.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

2003 yılında yayınlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlıkta kalite standartlarına ait çalışmaların çıkış noktası olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı hedeflerinin içinde “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” ilkesi yer almaktadır. Bu hedefe ulaşmak için Sağlıkta Kalite Standartlarının gelişim sürecini 6 döneme ayırılır.

1. Dönem: 2003 yılında başlayan ve farkındalığın olduğu ilk dönem “Politik Kararlılık Dönemi” olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde sağlık hizmeti sunarken kalitenin sürekli olarak artırılması ve gelişiminin sağlanması, belirlenen hedefler doğrultusunda sağlık kurumlarının hizmet parametrelerinin oluşturulması, hizmet kullanıcılarının tatminini artırılması ilkeleri çalışmaların yönünü belirlenmiştir.
2. Dönem: Sağlıkta Kalite Standartlarının ilk oluşmaya başladığı dönem olarak değerlendirilir. 2005 yılında 100 kriterden oluşan soru seti hazırlanmıştır.
3. Dönem: 2007 ile 2009 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır. 2.dönemde 100 kriterden oluşan soru seti 3.dönemde daha zenginleştirilerek 150 standarttan oluşan bir set haline getirilmiştir.
4. Dönem: Sağlıkta Kalite Standartların hazırlanma ve geliştirilme noktasında çok ciddi bir ivmenin yaşandığı bir dönem olarak ifade edilmektedir.2008 yılında 354 standart yayınlamış ve 2009 yılında 388 standartlık bir set ile bugünkü setlerin temeli oluşturulmuştur.
5. Dönem: 2011 yılında standartlar için milat sayılan bu dönemde kamu kurumları ayrımı yapılmadan tüm hastaneleri kapsayan Hastane Seti yayımlanmıştır. Hastane Hizmet Kalite Standartları setinde standart sayısı 621’e çıkarılmıştır (25). 2015 yılında yayımlanan SKS Hastane Seti Sürüm 5’de ise standart sayısı 557 olarak yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca set 2016 yılı Mart ayında revizyon geçirmiştir (28).
6. Dönem: 2020 yılı Haziran ayında Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm hastanelerinde geçerli olan SKS Hastane Sürüm 6 yayımlanmıştır. SKS Hastane Sürüm 6’da 523 standart yer almaktadır. Eklenen yeni bölümler ile kapsamı genişletilmiş olan set yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır. Hastane setlerinin yanında Sağlıkta Kalite Standartları ADSM, Sağlıkta Kalite Standartları Diyaliz, Sağlıkta Kalite Standartları 112 setleri de oluşturulmuştur (Tablo 3), (29).

Sağlıkta kalite standartlarının oluşum sürecini gösteren tablo aşağıda belirtilmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlıkta Kalite Standartları Oluşum Aşamaları

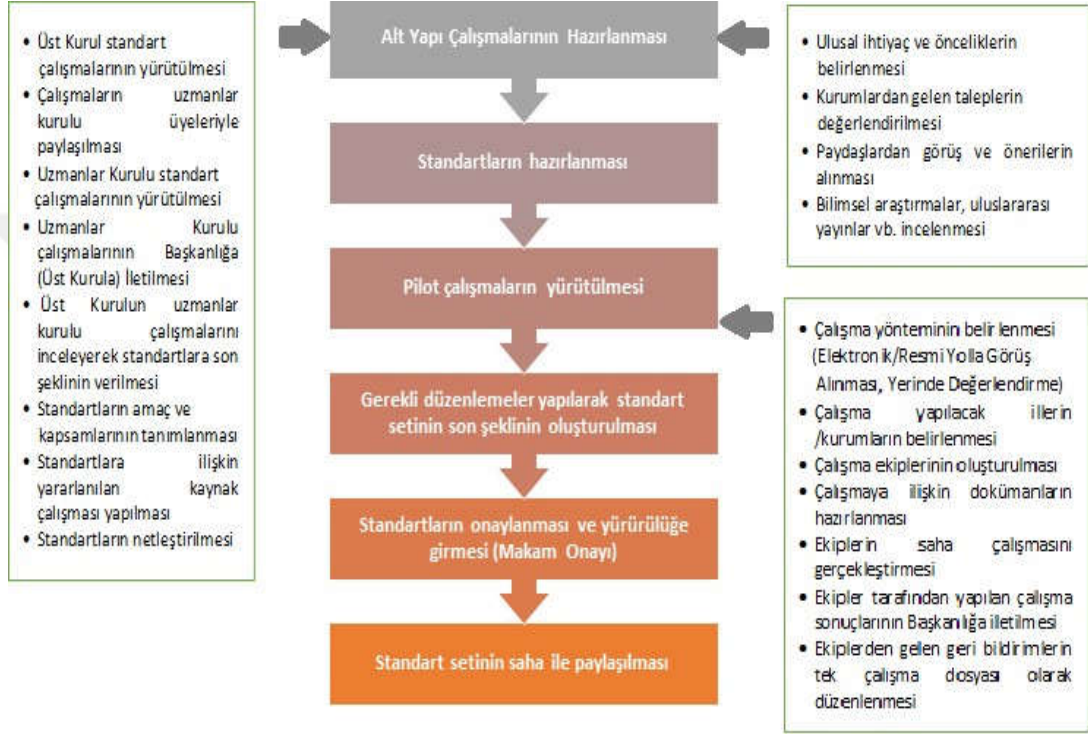
YIL	2003	2005	2007	2008	2009	2011	2015-2016	2020
Adı	-	Versiyon 1	Versiyon 2	Hizmet Kalite Standartları Versiyon 3	Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları Versiyon 3. Özel	Hastane Hizmet Kalite Standartları Versiyon 4	Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon 5 Revizyon 1	Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6
Standart Sayısı	-	100 Kriter	150 Kriter	354 Standart	388 Standart	621 Standart	557 Standart	523 Standart
Değerlendirme Ökütü	-	-	-	900	1450	1631	1100	1599
Boyut sayısı	-			-		1 Kurumsal Hizmet Yönetimi 2.Sağlık Hizmeti Yönetimi 3.Destek Hizmeti Yönetimi 4.İndikatör Yönetimi	1 Kurumsal Hizmetler 2.Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler 3.Sağlık Hizmetleri 4.Destek Hizmetleri 5.Gösterge Yönetimi	1 Kurumsal Hizmetler 2.Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler 3.Sağlık Hizmetleri 4.Destek Hizmetleri 5.Gösterge Yönetimi
Bölüm Sayısı	-	-	-	21 Bölüm	11 Bölüm	33 Bölüm	39 Bölüm	46 Bölüm
Açıklama	Polinik Kararlılık Dönemi, teorik olarak zemin oluşturma	Kamu Hastaneleri İçin	Revizyon	Revizyon	Sadece özel hastaneler ve vakıf üniversite hastaneler	Tüm sağlık kurumları	Tüm sağlık kurumları Revizyon Tarihi 21.03.2016	Tüm sağlık kurumları

Kaynak: (25,28,29)

Soru setleri hazırlanırken ve geliştirilirken, Sağlık Bakanlığın hedefleri, sahada yapılan değerlendirmeler sonucunda paydaşlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda, sağlık hizmet sunumundaki ulusal öncelikler gözetilerek, bilimsel çalışmalar, literatürdeki ulusal ve uluslararası yayınların incelenmesi sonucunda hazırlanmıştır. Sağlıkta Kalite Standartlarının oluşturulmasındaki amaç sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirirken kurumlardaki kalite kültürünü oluşturarak, kişilere bağlı

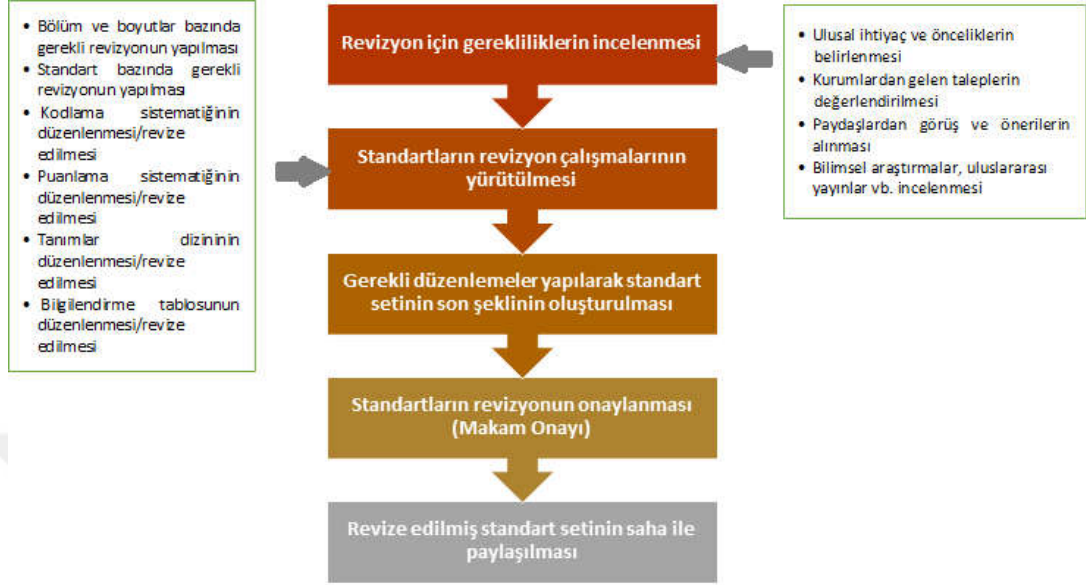
olmayan etkin ve nitelikli bir kalite sistemi oluşturmaktır. Standartların içeriğine bakıldığında ise bilimsel, uygulanabilir, ölçülebilir, anlaşılabilir, amacına uygun, değişen koşullara göre revize edilebilen yeniliklere daima açık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir (25).

İlk defa geliştirilecek standartlar için yapılan çalışmalar aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Şekil 5), (29).



Şekil 5. Standartların Geliştirilme Süreci

Hazırlanan standartların revize edilmesi gerektiğinde ise aşağıdaki şekilde belirtilen algoritma takip edilmektedir (Şekil 6), (30).



Şekil 6. Standartların Revize Süreci

2.3.2. Sağlıkta Kalite Standartları Hedefleri

Sağlıkta Kalite Standartları, sunulan sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirip, mevcut sistemin geliştirilmesini sağlayan, toplumun istenilen sağlık seviyesine ulaşması için bilimsel bilgilerin ışığında sağlık sisteminin sürekli iyileştirilmesini esas almaktadır (25). Hasta odaklı standartlar hasta bakımı esnasında hastayı değerlendirme, hasta güvenliğini ve hasta haklarını sağlama gibi çoklu faktörler üzerine kurulmuştur. Kurum odaklı standartlar ise kurumda kalite kültürünü oluşturmak, gerçekleştirilen kalite çalışmalarını ölçmek, somut ve ölçülebilir veriler ışığında izlemek, çalışan güvenliğini sağlarken haklarını koruma altına almak, çalışanın niteliğini arttırmak için genel ve bölüm uyum eğitimlerini gerçekleştirmek gibi aşamaları kapsar. Kurum ve hasta odaklı standartların hazırlanması ve geliştirilmesindeki temel amaç standartların ve bilimsel verilerin ışığında hastaya sağlık hizmet sunarken çalışanın motivasyonunu sağlayacak konforu oluşturarak hasta ve çalışan güvenliğini de sağlamaktır (31).

Bu eksen de bakıldığında standartların oluşturulmasında yakalamak istenilen; hasta ve çalışan güvenliği sağlarken, belirli periyotlarla geri bildirimler alarak memnuniyet düzeylerini yükseltmek ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatmaktır. Sağlık hizmetleri sunulurken hizmetin kaliteli olarak değerlendirilmesi

için belirlenmiş hedeflere ulaşmış olması gerekmektedir. Hedeflerin bir bütün olarak ele alınması uygulamaların değerlendirilmesi ve hedeflerin ölçülmesi açısından önemlidir. Hedefleri uygulamaya koyarken birbirinden önce ya da sonra gerçekleştirilmesi önemli değildir, önemli olan bütün hedeflerin aynı anda olmasıdır. Bu nedenle SKS hedeflerine ilişkin kavramları açıklamak, hedeflerin özelliklerini anlamak için önemlidir.

Etkililik: Hedefler planlanırken hedeflere ulaşılmasının değerlendirilmesidir.

Etkinlik: Kalite faaliyetlerinin gerçekleştirilirken faaliyetlerin doğru ve eksiksiz yapılabilme yeteneğidir.

Verimlilik: Üretilen hizmet çıktısı ile yararlanılan kaynakların arasındaki bağlantıdır. Hizmet üretimindeki değer ortaya çıktığında bu en az kaynak kullanımı ile gerçekleşmiş olması beklenmektedir.

Sağlıklı Çalışma Yaşamı: Sağlık çalışanlarının konforlu, çalışan güvenliği sağlanmış bir ortam da hizmet vermesidir.

Hasta Güvenliği: Hizmetten faydalanan gruba sağlık hizmeti sunumunun tüm aşamalarında olası zarar ve risklere karşı koruyarak hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan tüm iyileştirme çalışmalarını ve alınan tedbirleri ifade etmektedir.

Hakkaniyet: Hiçbir ayırım ve farklılık gözetmeden hizmet alanlara kurumun eşit ve adil hizmet sunma çabasıdır.

Hasta Odaklılık: Hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif rol oynamasını sağlayarak ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır.

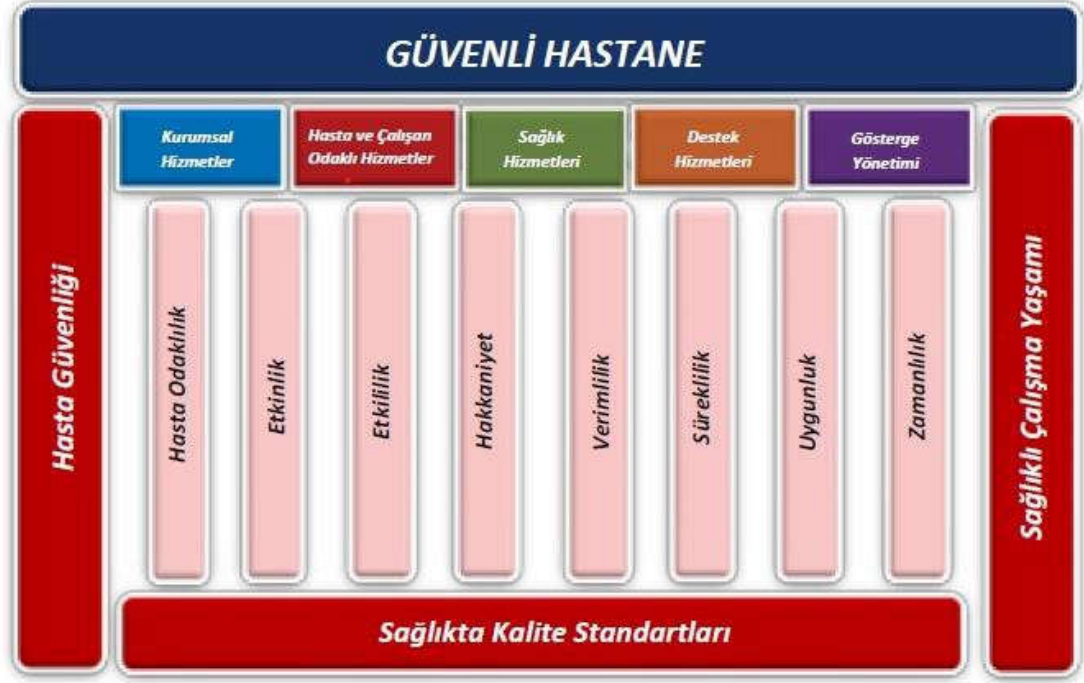
Uygunluk: Hastaya yapılan ya da yapılması planlanan bütün müdahalelerde doğru ve istenilen çıktının alınmasıdır.

Zamanlılık: Teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri verilirken olması gereken zaman diliminde hasta ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

Süreklilik: Hastanın ihtiyacı olduğu anda ve kesintiye uğramadan sağlık hizmetini almasıdır.

Aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi sağlıkta kalite standartlarının temel amacı kaliteli sağlık hizmet sunulurken güvenli bir hastane oluşturmaktır (Şekil 7). Güvenli hastane oluştururken hastaya değer katacak tüm faaliyetler hasta ve çalışan güvenliği kapsamında değerlendirilmelidir. Faaliyetlerdeki riskleri tespit edilen çalışmalar bu detaylara göre planlanmalıdır. Sağlık kurumlarını kişilere bağlı kalmadan olması

gereken kurallar ve standartlar doğrultusunda kalite faaliyetlerini düzenlenmelidir (29).



Şekil 7. Güvenli Hastane

2.3.3 Sağlıkta Kalite Standartları 6.0'daki Boyut ve Bölümler

Sağlıkta Kalite Standartları; sonuç odaklı, süreç bazlı, hastanenin tüm bölümlerini kapsayarak sağlık çalışanlarına rehberlik yapması ve sağlık kurumlarında yönetim süreçlerine ışık tutması amacıyla hazırlanmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları 6.0'da 5 boyut, 46 bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır. Her bir değerlendirme ölçütü standartlar ile birlikte yer aldığı bölüme özgü olarak hazırlanmıştır. Standartlar, sağlıkta kalitenin hedefleri ve amaçları ile bir bütün olarak değerlendirilmeli ve uygulanmalıdır. Setin içeriğindeki rehberlik ifadeleri değerlendirme ölçütleri ve standartlara ışık tutarak bilgi eşitliği sağlanmayı amaçlamaktadır. SKS Hastane 6.0'a göre boyutlar;

Kurumsal Hizmetler Boyutu; kurumun kalite faaliyetleri gerçekleştirilirken belirlenmiş vizyon ve misyon ile çalışmaların sistemli bir şekilde yürütülmesinin şartlarını aktarır. Kurumsal hizmetler boyutunda kalite yönetim çalışmaları sırasında çalışanların gelişimini sağlayarak sağlık kurumlarında köklü ve kalıcı değişimlerin yaşanması için kurumlara yön vermeyi amaçlanmaktadır.

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu; hasta haklarını ve güvenliğini sağlarken aynı zamanda memnuniyetinin de artırılması için yapılması gereken işlem basamakları ile çalışanların konforlu ve güvenli bir iş ortamında memnuniyetini sağlamak ve motivasyonlarını artırmak amacıyla hazırlanmış olan boyut ve bölümlerden oluşmaktadır. Hasta ve çalışanların ortak bir paydada yer alarak sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasını ve bu sayede hasta ve çalışan güvenliğini sağlamayı amaçlar.

Sağlık Hizmetler Boyutu; sağlık kurumlarındaki tıbbi süreçlerde uygulamalarının nasıl olması gerektiği aktarılır. Boyut ve bölümlerin içeriğini bilimsel ve güncel bilgiler ışığında hazırlanmış olan standartlar oluşturmaktadır. SKS 5.1'e göre, SKS 6.0' da bölümler geliştirilmiş ve daha kapsamlı hale getirilmiştir. Daha fazla bölüm eklenmesindeki amaç sağlıkta kalitenin sağlık kurumlarındaki bütün süreçleri kapsamalarını sağlamaktır.

Destek Hizmetleri Boyutu; tüm tıbbi süreçlerin sürekliliğini ve güvenliğini temin etmek için gerekli alt yapının sağlanmasına yönelik bölümlerden oluşmaktadır.

Gösterge Yönetimi Boyutu; sağlık hizmet sunumunu daha verimli ve nitelikli hale getirerek, takip edilmesi ile sağlık kurumlarının performansını artırması amacı ile hazırlanmış bölümler bulunmaktadır. Bu boyutta belirlenmiş olan göstergelerin takip edilmesi, verilerin toplanması ve analiz edilirken izlenmesi gereken yollar aktarılmaktadır (29).

2.3.4. Hasta Eğitimi ve Bilgilendirmeleri Kapsayan Veri Toplama Aracının SKS Hastane 6.0'da Yer Alan Bölüm ve Standartları

Yatarak tedavi hizmeti alan hastaların servise kabul edildiği esnadan taburcu olana kadar geçen zaman dilimi içinde özellikli bir tanı almamış ya da işlem yapılması gerekmeyen hasta profiline verilmesi gereken eğitim ve bilgilendirilmelerin Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti Sürüm 6.0'ın içeriğinde belirtilen bölümler ve standartlar aşağıdaki tabloda belirtildiği gibidir (Tablo 4).

Tablo 4. Veri Toplama Aracında SKS 6.0'a Göre Eğitim ve Bilgilendirmelerin Belirtildiği Bölüm ve Standartlar

SIRA NO	SERVİS/BÖLÜME KABUL ESNASINDA	İLGİLİ BÖLÜM	STANDART MADDESİ
1	Teşhis, tedavi süreci, hastanın genel durumu, bakım uygulamalarının seyri ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA DENEYİMİ	HD01.02
2	Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA DENEYİMİ	HD01.02
3	Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
4	Hemşire çağrı sistemi kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
		OTELCİLİK HİZMETLERİ	OH02.03
5	Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
6	Tuvalet-banyo kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
7	Bölüm çalışanlarına nasıl erişim sağlayacağım konusunda bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
8	Ziyaret saatleri, refakatçi kuralları ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
9	Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
10	Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB25.01
SIRA NO	TEDAVİ ESNASINDA	İLGİLİ BÖLÜM	STANDART MADDESİ
11	Hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirildim.	EĞİTİM YÖNETİMİ	EY06.02

Tablo 4. (Devam) Veri Toplama Aracında SKS 6.0'a Göre Eğitim ve Bilgilendirmelerin Belirtildiği Bölüm ve Standartlar

12	Test sonuç verme süreleri ile ilgili bilgilendirildim.	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL11.02
		MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML12.02
		PATOLOJİ LABORATUVARI	PL11.02
13	Hasta kimlik doğrulamasının gerekliliği ve kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapıldığı ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA BAKIMI	HB15.02
14	Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirildim.	EĞİTİM YÖNETİMİ	EY06.02
15	El hijyeni ile ilgili bilgilendirildim.	EĞİTİM YÖNETİMİ	EY06.02
16	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında bilgilendirildim.	ENFEKSİYONLA RIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	EN11.04
17	Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar ile ilgili bilgilendirildim.	EĞİTİM YÖNETİMİ	EY06.02
18	Hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebileceğim konusunda bilgilendirildim.	HASTA DENEYİMİ	HD04.02
19	Görüş, öneri ve şikayetleri, ne şekilde, kimler tarafından, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabileceği gibi konular ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA DENEYİMİ	HD04.02

Tablo 4. (Devam) Veri Toplama Aracında SKS 6.0'a Göre Eğitim ve Bilgilendirmelerin Belirtildiği Bölüm ve Standartlar

20	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple kendime ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda mahremiyetime özen gösterilmesi gerektiği ve rızam alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildim.	HASTA DENEYİMİ	HD09
SIRA NO	TABURCULUK ESNASINDA	İLGİLİ BÖLÜM	STANDART MADDESİ
21	Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar (İlacın sıklığı, zamanı, özellikli ilaçların kullanımı, aç-tok, ilaç ve besin etkileşimi saklanma koşulları, komplikasyonları, yan etkileri...) ile ilgili bilgilendirildim.	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	TA05.01
22	Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi ile ilgili bilgilendirildim.	EĞİTİM YÖNETİMİ	EY06.02
		TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	TA05.01
23	Taburculuk sonrası bakım ve hastanın dikkat edeceği hususlar ile ilgili bilgilendirildim.	EĞİTİM YÖNETİMİ	EY06.02
		TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	TA05.01
24	Gerektiğinde iletişime geçebileceğim numara ile ilgili bilgilendirildim.	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	TA05.01

Kaynak: (29)

2.4. Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme S¼reci

2.4.1. Eğitim, Öğretim ve Sağlık Eğitimi Kavramı

Eđitim, bireyin tutum ve davranışlarını değiştirme ve gelişimine katkıda bulunmak amacıyla yaşam boyu süren planlı etkiler b¼t¼n¼d¼r (31). Eđitim; insanın hayata olan bakış açısını değiştirerek hayatı daha iyi anlamasına, kişinin daha geniş bir bakış açısı ile irdelemesine ve düşünmesine fırsat tanır. Eđitim ve öğrenme yaşam boyu hayatımızda önemli yer tutan sağlığımızı, güvenliğimizi, başarıımızı, ilişkilerimizi etkileyen çok önemli sonuçlar doğuran bir olgudur (33). Eđitim, bireylere ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlarken becerilerini geliştirmeyi, sorun çözme kapasitesini arttırmayı onu hayata ve geleceğe hazırlamayı amaçlar. Eđitim sayesinde kişi bilgi ve becerilerini geliştirirken öğrenilen kavramları olumlu ve istenilen davranışlara dön¼št¼r¼r (34). Eđitim, öğretme ve öğrenme süreçlerini içine alarak kapsamlı bir yapıya sahiptir. Eđitim üç temel yapı taşı üzerine kurulmuştur; amaç, öğrenme-öğretme etkinlikleri yani öğretim ve değerlendirmedir (35).

Öğretim ise eğitimin planlı ve programlı olarak yür¼t¼lmesi için yapılması istenen faaliyetlerdir. Öğretim, öğrenmenin gerçekleşmesi için bireyde farklılık yaratması istenilen davranışların gelişmesi adına uygulanan süreçlerin tamamıdır. Başka bir deyişle öğretim, eğitim çalışmalarını disiplinli, planlı, amacına uygun, belirli bir program çerçevesinde öğretme ve öğrenme faaliyetlerini içerir (36).

Dünya Sağlık Örg¼t¼'ne göre sağlık eğitimi, bireylere sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için gereken önlemlerin bilinmesine ve uygulanmasının gerekliliğine inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetinin doğru kullanabilme alışkanlığı elde edebilmelerini sağlamaktır. Bireylerin sağlık durumlarını ve çevrelerini daha iyi yönlendirebilmek amacıyla en uygun ve doğru karara yönlendirmektir. Amaç, bireyin ve toplumun gereksinimlerini doğrultusunda koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak; olumlu anlamda davranış değişikliğine neden olabilmektir (37). Sağlık eğitimi öğrenmeyi içine alan bilinçli ve farkında olarak yapılan fırsatlardan meydana gelir. Sağlık eğitimi, bilinç düzeyinin artmasını sağlayarak toplum sağlığına etki edecek yaşam becerilerini geliştirir. Sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için organize edilen ortak dili yani iletişim şeklini içerir. Sağlık eğitimi toplum sağlığını etkileyecek olan temel, sosyal, ekonomik, çevre koşullarına, risk oluşt¼rabilecek davranışlara, sağlık sisteminin kullanımında fayda sağlayacak verilerin toplanmasına ilişkin bilgilerin paylaşılmamasını içerir. Böylece

sağlığı belirleyen sosyal, ekonomik, çevresel faktörlerin ele alınma şekilleri politik kararlılığa, sağlık kurumlarının gelişimine de katkı sağlayacak tavır, tutum ve davranışlara yönelir. Sağlık eğitimi, sosyal mobilizasyon ve desteği içeren daha geniş bir tanımla bakıldığında sağlığın geliştirilmesine ve teşvik edilmesine de katkı sağlar (38).

2.4.2. Hasta Eğitimi Kavramı ve Özellikleri

Hasta Eğitimi, hastalar ile sağlık çalışanları arasında hasta ve hasta yakınlarının bilgi, algı, tutum ve becerilerini davranış değişikliği oluşturmak amacıyla hastaların bakım ve tedavi süresi boyunca uyum sağlayabilmesi ve sağlığının gelişmesine katkıda bulunması sürecidir. Hasta ve yakınları verilen eğitimler neticesinde bilgilenmiş bir şekilde karar almaları sağlanarak öz bakım becerileri artar (39).

Hastalara sağlıklı bir yaşam için kuralları öğretebilme, sağlığını koruma alışkanlığı kazandırma ve sağlık sorunlarıyla başa çıkma becerisi ile ilgili tüm süreçler hasta eğitiminin çıkış noktasını olmuştur. Hastaların sağlıkları ile ilgili davranış değişikliği kazandırmak ve sağlıklı bir yaşama sahip olabilme düşüncesi hasta ve yakınlarına verilen eğitimler sayesinde mümkündür (40). Hasta eğitiminin özellikleri şu şekilde sıralanabilir.

- Hasta eğitimi; hastayı, ailesini, diğer yakınlarını yani çevresini kapsamaktadır.
- Hasta eğitimi, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin destekleyicisi olmakla birlikte; hasta bakımının da tamamlayıcı bölümüdür. Hasta eğitimlerinin sunulan sağlık hizmetleri ile entegre olması ve sistemli bir şekilde yürütülmesi önem arz etmektedir.
- Hasta eğitimi, hasta odaklı bir öğrenme sürecidir. Hastaya özgü farklılıklara sahiptir ve hastanın kendine özgü dinamikleriyle bütünleşmiştir. Hastanın yaşam biçimine ve hastalığına uyumlu olmalıdır.
- Hasta eğitimi, eğitim ve öğrenmenin değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve iyileştirme faaliyetlerini kapsar.
- Hasta eğitimleri, farklı disiplinlerin katkısına ihtiyaç duyan, multiprofesyonel bir ekip işidir. İlgili eğitimi almış sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilir (39,41).

Hasta eğitiminin amacı, tavır ve davranışlarda değişiklik yaratmaktır bu nedenle basitçe bilgiyi kanalizetmek yerine dinamik bir süreç oluşturulması hedeflenir. Hasta

eğitimi; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme, belgeleri kayıt etme gibi beş farklı basamağa sahiptir (42,43).

Veri Toplama: Bu aşamada bireyin eğitim gereksinimini, yaşını, motivasyonunu ve oğrenme kaynağı hakkında veriler toplanarak eğitim kaynakları analiz edilip değerlendirilmelidir Eğitim gereksinimleri belirlenirken bireyin hastalığı, alışkanlıkları, yonelttiği sorular göz önünde bulundurulur. Gereksinimlerde nihai amaç bireyin ihtiyaçlarını karşılamaya yonelikdir. Gereksinimler hasta ve yakının kapsayacak şekilde hastanın servise kabul edildiği esnadan taburculuk sonrası evde geçireceği süreyi kapsamalıdır. Bu sebeple hastanın geçirdiği süreç içerisinde gereksinimleri de değişecek ve verilmesi gereken eğitimler farklılaşacaktır (41, 44). Veri toplama aşamasında hastanın ve ailenin eğitim isteğine, sosyokültürel durumuna, geçmişte yaşanılan hastalık deneyimlerine, ruhsal ve fiziksel durumuna, hastalığı ile ilgili bilinç düzeyine, sağlık okuryazarlığına, hastanın hastalığı ile ilgili adaptasyonuna ait veriler hastanın kendisi ya da aile üyeleri aracılığı ile ekip üyeleri tarafından birlikte toplanır. Bu aşamada eğitim vericinin hastanın kendisi mi yoksa yakını mı olduğu oldukça önemlidir. Pediatrik ve geriatri hastaların bakımını aile üyeleri gerçekteşireceği için eğitim hasta yakınlarına verilebilir (43).

Tanılama: Derlenen veriler ile birlikte hastanın ihtiyaçının neler olduğuna karar verilip problemin saptandığı aşamadır. Saptanan problemlerin ışığında hastanın eğitim gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Eğitim gereksinimi, hastanın bildikleri ile oğrenmesi gereken kazanımlar arasındaki farktır. Bilgi eksikliği olarak tanımlanan bu fark ile sağlığını tekrar kazanması için gerekli bilişsel, davranışsal ya da duyuşsal oğrenme alanları kapsamındaki tutum davranış ve beceri eksikliğidir (43,45).

Planlama: Gereksinimler belirlendikten ve sorun detayları ile tespit edildikten sonra bireyin ihtiyaçına göre eğitim planının hazırlandığı aşamadır. Planlama, hasta eğitiminin başarılı olabilmesi için kırılma noktasını oluşturur. Hedefler belirlenip amaçlar doğrultusunda yapılan planlama çalışmaları aynı zamanda sonuca ulaştıracak yolu da belirler. Bu doğrultuda hedefler, ulaşılması istenilen sonuç için doğru yöntem ve materyallerin seçilmesi ile atılması gereken adımlar konusunda rehberlik edecektir (46). Oğretim programı uygulanırken çalışmaların önceliğine, zamanına, gerçekteştirilme ve değerlendirme usulüne dikkat edilerek eğitim planı hazırlanmalıdır.

- Öğrenme amaç ve hedeflerinin belirlenmesi: Eğitim planının hazırlanırken ilk basamak, öğrenme üzerine hedeflerin belirlenmesi ve hedefe ulaşmak için kazanılması istenilen davranışın tespit edilmesidir. Hedefler; eğitim sonunda var olması istenilen bilgi, tutum ve tavırlardır.
- Eğitim önceliklerinin belirlenmesi: Verilecek eğitimin önceliği sağlık sorununun çözümünü sağlayacak hedefler doğrultusunda yapılmalıdır.
- Uygun zaman ve sürenin belirlenmesi: etkin ve verimli bir eğitim için uygun sürenin tespit edilmesi oldukça önemlidir.
- İçeriğinin düzenlenmesi ve konunun organizasyonu: Belirlenen hedefler doğrultusunda hangi başlıkların yer alacağına karar verilmelidir. Hedeflenen davranışın kazanılmasını sağlayan çalışmaların düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- Etkin katılım sağlanması: Aktif katılım sağlanabilmesi için uygun koşullar ve ortam hazırlanmalıdır. Bu nedenle bireyin soru sorabileceği, eleştirebileceği, öneriler geliştirebileceği ortam sağlanmalıdır.
- Uygun öğretim yöntem ve tekniklerinin, araç gereçlerinin belirlenmesi: Planlama kısmının önemli aşamalarından biridir. İstenilen davranışın kazanılmasında uygun materyalin sağlanması oldukça önemlidir. Uygun araç gereç yoluyla hedeflenen davranışa ulaşım kolaylaşır.
- Değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesi: Planlama aşamasında eğitimin nasıl değerlendirileceği tespit edilmelidir. Ona göre eğitimi gerçekleştiren birey hangi aşamalarda nasıl değerlendirmeler yapacağını tasarlar ve ona göre çalışmalarını düzenler.
- Öğretim planının yazılı hale getirilmesi: Hasta eğitimlerinin yazılı hale getirilmesi ile eğitimin devamlılığı sağlanır, tekrarların önüne geçilir, plana diğer ekip üyelerinin katılımı kolaylıkla sağlanır (43).

Uygulama: Planlanan etkinliğin hasta ve hasta yakınının öğrenmesini destekleyecek şekilde ve tüm basamakları ile birlikte eğitimin verildiği aşamadır. Uygulanan eğitimin başarısı için hasta ve hasta yakınının algılamaya, öğrenmeye hazır olduğu zamanlama seçilmelidir. Uygulamadaki eğitim başarısını etkileyecek hususlar ise şöyle belirtilebilir.

- Uygulama sırasında eğitimin süresi önem arz etmektedir. Uzun süren eğitimler hasta ve hasta yakınında bıkkınlık oluşturularak dikkatini dağıtacaktır. Dinleyen bireyin konsantrasyonu dağılmadan eğitimin tamamlanması gerekmektedir.

- Hastanın fiziksel ve ruhsal açıdan kendini iyi hissettiği bir zaman dilimi seçilmelidir. Hastanın ağrısının olduğu ya da kaygılı olduğu bir zamanda verilen eğitim için verimlilik söz konusu olmayacaktır.
- Eğitim için doğru bir ortam hazırlanmalı, uygun materyal ve kaynak ile hastanın aktif katılımı sağlanmalıdır. Hasta ve yakınının dahil olmasıyla eğitimin etkinliği artacaktır. Materyal seçiminde hastanın yaşı, eğitim durumu ve eğitime gereksinim duyduğu konular bilinmelidir.
- Eğitim sırasında seçilen kelimeler anlaşılır olmalı, eğitim dinleyenin anladığından emin olunarak devam edilmeli ve konunun önemli olan kısımlarında geri bildirimler yapılarak pekiştirilmelidir.
- Konunun içeriği paylaşılrken gerekli tekrarlar yapılmalıdır.
- Hasta ve yakınına yapılan geri bildirimler yapıcı ve olumlu olmalıdır
- Çocuk hastalarda uygun yaklaşım tercih edilmelidir. Etkin ve verimli bir eğitim için pedagojik yaklaşım uygulamalıdır (43).

Değerlendirme: Hasta ve yakını için hedeflenen davranış değişikliklerinin ne derece gerçekleştiği ve eğitim planına uyulma durumu tüm süreçleriyle değerlendirildiği aşamadır. Hasta eğitiminde değerlendirme olmadan hedeflenen sonuca ulaşıp ulaşılmadığı bilinemez bu nedenle etkin bir değerlendirme safhası eğitimin verimliliği ile ilgili ışık tutacaktır. Değerlendirme sonrasında sorunlar ve aksayan yönler analiz edilerek iyileştirmeler yapılmalıdır. Yapılan analiz detaylı olarak eğitimin verildiği hasta ve yakını, sağlık çalışanlarını, kurumu ve eğitimin bütün aşamalarını kapsayacak şekilde yapılmalıdır. İyileştirmeler sonucunda hatalı ya da yanlış bilgilerin yerine hedeflenen davranışın yer alması sağlanmalıdır. Değerlendirme; gözlem, görüşme, yazılı veya sözlü test olarak yapılabilmektedir. Seçilen yöntem eğitim etkinliğinin bütün aşamalarını değerlendirebilecek nitelikte olmalıdır.

Belgelendirme / Kayıt Etme: Hasta eğitiminin öğrenme ve öğretme sürecinde yapılan her aşama ekip üyeleri tarafından açık, anlaşılır, eksiksiz bir şekilde kaydedilmelidir. Belgelendirme kültürünün kurumda yer bulması, eğitim yönetimine bir bütün olarak değerlendirilmesini sağlar. Belgelendirme ile sağlık kurumu eğitim yönetimi ile ilgili politikalarının gerçekleştirme ve belirlenen hedeflere ulaşılma durumu hakkında bilgi sahibi olur. Kayıt altına alınan bilgiler eğitim yönetiminin alt yapısını oluşturur ve kuruma rehberlik eder (45,47).

2.4.3. Bilgilendirme Kavramı

Bilgilendirme kavramı, hedef kitlelere bilgiyi iletme süreçlerinin tamamıdır (48). Sağlık hizmet sunumu esnasında yapılması gereken bilgilendirme ise hastaya hastalığının durumu, tedavisinin avantajları ve riskleri gibi konuları kapsar. Kısacası hastanın hastaneye girişinden taburculuk sonrası süreçte dahil olmak üzere gerekli olan tüm bilgilerin aktarılmasıdır.

2.4.4. Hasta Eğitimi ile Bilgilendirmenin Amacı ve Önemi

Bireylerde sağlıklı yaşam biçimi oluşturma, sağlıkları hakkında karar almalarını sağlama, hastalığı ile ilgili sorunlarla başa çıkma ve hastalığın seyrine ve sonuçlarına uyum gösterebilmesi amacıyla eğitime ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta eğitiminin ve bilgilendirmenin temel amaçları aşağıda belirtilmiştir.

Sağlığın değerini topluma aktarmak: Bireylerin hastalanmadan önce sağlıklarına değer vermeleri ve sağlıklarını kaybetmemek için çaba sarf etmeleri sonucunda hastalanma oranlarında azalma yaşanacaktır. Böylelikle koruyucu sağlık hizmetini gerçekleştirmek için önemli bir adım atılmış olacaktır. Hasta eğitimi sayesinde bilinçlenen bireyler, herhangi bir hastalanma hali olmadan önce sağlıklarını tehlikeye düşürecek davranışlardan kaçınacaklardır. Kalıcı iyileşme ve gelişme sağlığın değerine inanan toplumun davranış değişikliği göstermesi ile mümkündür.

Sağlık sorunlarının üstesinden gelmeye yardımcı olmak: Bireylerin sağlıkları ile ilgili istenmeyen bir durumla karşılaştıklarında sağlık kurumuna başvurmadan önce izlemesi gereken davranışlar vardır. Bu davranışları bireye öğretmek ve davranış değişikliği oluşturmak hasta eğitiminin amacıdır. Bireylerin mevcut sağlık sorunlarıyla yaşamlarını en az etkileyerek üstesinden gelmelerini sağlamanın yolu hasta eğitimlerini verimli ve etkili hasta eğitimi kültürünün oluşturulmasından geçer. Nüfus popülasyonunda daha sık karşılaşılan sağlık sorunları ile ilgili verilecek olan eğitimler sayesinde o hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesi artacaktır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanmaya alıştırmak: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliği değerlendirilirken bireylerin optimal düzeyde faydalanması da göz önünde bulundurulmalıdır. Sunulan hizmet nitelikli olsa da bireylerin onu algılamaları, kullanımına alışmaları, faydasının yaygınlaşması gereklidir. Bireyler tarafından yararlanılmayan, kullanılmayan sağlık hizmeti anlamını yitirir ve hizmetin

niteliği azalır. Ayrıca bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru karar almalarını sağlamak, sunulan sağlık hizmetinin anlaşılması ve kullanılmasının yaygınlaşmasıyla ilgilidir. Bireylerin ve toplumların sunulan sağlık hizmetinden en uygun şekilde yararlanmaları için eğitilmeleri gerekmektedir.

Sağlık haklarını savunmasını sağlamak: Sağlık hakkı ret edilemez ve vazgeçilemez bir haktır. Sağlığın gelişmesi için bireylerin haklarını bilmeleri ve savunuculuğu yapmaları şarttır. Sağlık hakkının toplumsal olarak istenilen düzeyde olması, bireylerin fayda sağlayabilmesi için hasta eğitimleri ile sağlığı savunma duyarlılığı geliştirilmelidir. Sağlık hakkı kavramı gücünü yasalar ve yönetmeliklerden almaktadır (40,41,49). Ülkemizde 01.08.1998 tarihinde yayımlanan, 2014,2016 ve 2019 yıllarında değişiklikler yapılan Hasta Hakları Yönetmeliği 3. Bölümde hastaların bilgilendirilme usul ve esaslarına, bilgilendirmenin kapsamına detaylarıyla değinmiş ve sağlık profesyonellerine önemli sorumlulukları yüklemiştir. Yönetmeliğin *“Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı”* bölümü 15. Maddesinde; *“hastaya; hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği; tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, süresi; diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler, sağlık üzerindeki muhtemel etkileri; muhtemel komplikasyonlar; reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler; kullanılacak ilaçların önemli özellikleri; sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri; gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği konularında bilgi verilir”* ifadesiyle bilgilendirmenin boyutları, alt başlıkları belirtilerek, hasta eğitiminin hukuki boyutları belirtilmiştir (50, 51). Hasta Hakları Yönetmeliği’nde de belirtildiği gibi bireyler sağlıkları ile ilgili bilgi sahibi olmak ve ona göre karar vermek zorundadır, bu durum sağlıklı olmanın temel bir şartı olarak görülmüştür.

Hastaların yaşam kalitesinin artmasını sağlamak: Nitelikli, kaliteli ve sağlıklı yaşam biçimini oluşturacak davranışları geliştirmek ve desteklemek yaşam kalitesinin artmasının önemli bir sonucudur. Hasta eğitimlerinin bir diğer amacı da hasta bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru kararı almalarını sağlamak ve yaşam kalitelerini arttırmaktır.

Hastanelerde kalış sürelerinin kısalması: Hasta eğitimleri bireyleri daha bilinçli hale getirerek bireylerin iyileşmesine olumlu anlamda katkı sağlar. Böylelikle hastanelerde kalınan gün sürelerinde azalma da yaşanacaktır.

Hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumu arttırmak: Hastalara verilen eğitimler sonucu sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin artmasıyla hastaların tedaviye olan uyumu artacaktır. Eğitim sayesinde hasta bireylerin tedaviye uyumu arttığında memnuniyet düzeylerinde olumlu olarak artış yaşanır (43).

Hastanelere aynı şikayetle tekrarlayan dönüşlerin azaltılması: İyi anlaşılmayan, etkin olmayan eğitimler nedeniyle hasta ve yakını özellikle kronik rahatsızlığa sahip bireylerin hastaneye bakım veya tedavileri ile ilgili başvurularında artışlar yaşanır. Sağlıkları ile ilgili bilgilenmiş bir toplum sayesinde sağlık kurumuna geri dönüşler azalacak ve israfın da önüne geçilmiş olacaktır (52).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırmanın tipi tanımlayıcıdır. Toplam 24 sorudan oluşan anket araştırmasıdır. (Anket EK -1' de sunulmuştur).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi taburcu olan hastaların yakınlarına yapılmıştır. Veri toplama çalışması 1 Eylül 2020 – 30 Kasım 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Anketlerin analiz edilmesi ve yüksek lisans tezinin yazımı Ocak 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın örnekleme tespit edilebilmesi için Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bir ay içinde ilk yatış ile tedavi gören hasta sayısı incelenmiştir. Yapılan tespit neticesinde mevsimsel değişikliklere göre farklılık gösterse de yaklaşık 663 civarında hasta olduğu görülmüştür. Halk Sağlığı için Açık Kaynak Epidemiyolojik İstatistikler “Openepi.com” göre sıklığı bilinmeyen durumlar da alınan % 50 sıklık, % 5 en kötü kabul edilen hata payı ile % 95 güven düzeyinde en az 244 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Gönüllülere Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde taburcu oldukları süreçte ulaşılmıştır. 1 Eylül 2020-30 Kasım 2020 tarihleri arasında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde ilk yatış ile tedavi gören 244 hastanın yakınına anket uygulanmıştır.

Dahil Olma Kriterleri

- Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yatarak tedavi hizmeti alan hasta yakınları

Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya katılım sağlamak istemeyen hastaların yakınları,
- Yoğun Bakım hastalarının yakınları,
- Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği’nde Covid-19 tanısı ile tedavi alan hasta yakınları,

- İlk yatışı yapıldıktan sonra farklı bir kliniğe transferi gerçekleştirilen hastaların yakınları (bilgilendirmelerin tekrar yapılacağı düşünüldüğü için) çalışmaya alınmamıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmaya dışlama kriterleri dışında kalan Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi hizmeti alan 244 hastanın yakınları dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkinini hasta bakım kalitesiyle ilgili standartlara ilişkin katılımcıların bilgi düzeyi oluşturmaktadır. Değerlendirmede 5'li Likert yöntemi kullanılmış ve şu şekilde derecelendirilmiştir:

1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle katılıyorum.

Bağımlı değişkeni tanımlayan 24 soru aşağıda belirtilmiştir.

- Teşhis, tedavi süreci, hastanın genel durumu, bakım uygulamalarının seyri ile ilgili bilgilendirildim.
- Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili bilgilendirildim.
- Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.
- Hemşire çağrı sistemi kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.
- Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri ile ilgili bilgilendirildim.
- Tuvalet-banyo kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.
- Bölüm çalışanlarına nasıl erişim sağlayacağım konusunda bilgilendirildim.
- Ziyaret saatleri, refakatçi kuralları ile ilgili bilgilendirildim.
- Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ile ilgili bilgilendirildim.
- Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar ile ilgili bilgilendirildim.
- Hastalığın seyri ilgili bilgilendirildim.
- Test sonuç verme süreleri ile ilgili bilgilendirildim.
- Hasta kimlik doğrulamasının gerekliliği ve kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapıldığı ile ilgili bilgilendirildim.

- Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirildim.
- El hijyeni ile ilgili bilgilendirildim.
- İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında bilgilendirildim.
- Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.
- Hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri iletebileceğim ile ilgili bilgilendirildim.
- Görüş, öneri ve şikayetleri, ne şekilde, kimler tarafından, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabileceği gibi konular ile ilgili bilgilendirildim.
- Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple kendime ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda mahremiyetime özen gösterilmesi gerektiği ve rızam alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildim.
- Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar (ilacın sıklığı, zamanı, özellikli ilaçların kullanımı, aç-tok, ilaç ve besin etkileşimi saklanma koşulları, komplikasyonları, yan etkileri...) ile ilgili bilgilendirildim.
- Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı ile ilgili bilgilendirildim.
- Taburculuk sonrası bakım ile ilgili bilgilendirildim
- Gerektiğinde iletişime geçebileceğim numaralar ile ilgili bilgilendirildim.

3.5.2. Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yatış süresi, hastanedeki yatış sıklığı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek durumu olarak tanımlanmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerinin tanımlaması:

- Yatış Süresi: “0-5 gün”, “6-10 gün”, “10 günün üzerinde” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Hastanedeki yatış sıklığı: “İlk defa”, “ikinci defa”, “üç ve/veya daha fazla”
- Cinsiyet: “kadın”, “erkek”
- Yaş: “20’nin altında”, “20-29”, “30-39”, “40-49”, “50-59”, “60 ve üstü”
- Eğitim Durumu: “Okuryazar değil”, “Okuryazar”, “İlkokul”, “Lise”, “Üniversite”, “Yüksek lisans”, “Doktora”
- Meslek Durumu: “İşçi”, “Memur”, “Ev hanımı”, “Esnaf”, “Emekli”, “Diğer”

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri anket yolu ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Kaynak olarak Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan SKS-Hastane Seti Sürüm 6.0 ile Anket Uygulama Rehberi Sürüm 2.0 kullanılmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından SKS Hastane Seti Sürüm-6.0'daki hasta eğitim ve bilgilendirmeleri içeren standartlarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Likert anket ölçeği göz önüne alınarak "kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "kararsızım", "katılmıyorum", "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde belirtilen 5'li dereceleme ölçeğinde düzenlenmiştir. Araştırmanın verileri, katılımcıların onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma da katılımcıların demografik özelliklerini içeren ve hasta bakım kalitesine ilişkin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Çalışmanın zaman çizelgesi belirtilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

YIL	2020							2021		
AYLAR	5	6	7	8	9-10	11	12	1	2-6	7
Konu Seçimi										
Kaynak İnceleme				18/08/2020 *	28/09/2020 **	23.11.2020 ***	21/12/2020 ***			
Veri Toplama										
Veri Girişi										
Çözümleme										
Yazım										
Tez Sınavı										

* Başhekimlik izni

** Etik Kurul İzni

*** Danışman Değişikliği Nedeniyle Alınan Etik Kurul İzni

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler

Anket yoluyla toplanan veriler SPSS for Windows 25.0 ve AMOS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi”, “madde toplam puan korelasyonu”, yapı geçerliliği test etmek için SPSS ile “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)”, ve AMOS programı kullanılarak “Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)” yapılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu araştırılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (53). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (54). Aykırı değerler, hata varyansının değerini arttırdığından istatistiksel testlerin güçleri üzerinde de etkili olmaktadır. Bu nedenle istatistiksel testlerden önce aykırı değerlerin incelenen veri setlerinde mevcut olup olmadığına bakılmıştır.

Normal dağılıma sahip veriler için istatistik değerlendirmelerde parametrik testler, normal dağılıma sahip olmadığı durumda ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip verilerde de niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, normal dağılıma sahip olmadığı durumda ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin ve Boyutlarının Normallik Analizi Sonuçları

	Çarpıklık		Basıklık		Durum
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata	
Taburculuk Esnasında	-1.797	0.156	3.581	0.310	Normal Değil
Servis/Bölüme Kabul Esnasında	-0.388	0.156	-0.875	0.310	Normal
Tedavi Esnasında	1.004	0.156	0.910	0.310	Normal Değil
Toplam	-0.247	0.156	-0.288	0.310	Normal

3.8.2. Ölçek Geliştirme Çalışmasında Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler

Pilot Çalışma İçin Güvenilirlik Çalışması

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket soruları pilot çalışma grubuna uygulanmış olup pilot çalışma sonucunda güvenilirlik analizi sonuçları belirtilmiştir. Pilot çalışma 20 kişiye uygulanmış ve toplam güvenilirlik 0.780 olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Pilot Çalışma Sonucunda Güvenirlik Analizleri

	Cronbach's Alpha
Servis/Bölüme Kabul Esnasında	0.735
Tedavi Esnasında	0.640
Taburculuk Esnasında	-
Toplam	0.780

Geçerlilik- Güvenilirlik Çalışması

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi”, “madde toplam puan korelasyonu”, yapı geçerliliği test etmek için SPSS ile “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)”, ve AMOS programı kullanılarak “Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)” yapılmıştır. Hazırlanan ölçek örneklem grubuna uygulanarak açıklayıcı faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 8). Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0.871 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KMO değeri olarak 0.5-1.0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0.5’in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığının göstergesidir (55). Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür $\chi^2(276) = 4941.881$; $p < 0,05$).

Tablo 8. Kullanılan Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktörler			
İfadeler	F1: Taburculuk Esnasında	F2: Servis/Bölüme Kabul Esnasında	F3: Tedavi Esnasında	Toplam Madde Korelasyonu
S2	0.845			0.744
S1	0.843			0.743
S13	0.798			0.734
S26	0.739			0.674
S27	0.734			0.653
S14	0.625			0.591
S28	0.621			0.629
S16	0.611			0.642
S22	0.535			0.599
S9	0.414			0.491
S5		0.894		0.850
S6		0.889		0.819
S8		0.871		0.837
S7		0.737		0.701
S11		0.677		0.665
S10		0.675		0.681
S23			0.872	0.724
S24			0.869	0.726
S25			0.711	0.583
S12			0.649	0.619
S19			0.576	0.538
S29			0.529	0.474
S18			0.520	0.582
S15			0.466	0.486
Güvenirlilik	0.896	0.914	0.838	0.925
Açıklanan Varyans (%)	22.071	19.011	17.298	58.380
Öz Değer (λ)	9.001	2.847	2.163	
KMO =0.871; $\chi^2(276) =4941.881$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0.000				

Kullanılan ölçeğin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme olarak da dik döndürme yöntemlerinden varimax seçilmiştir. Ölçeğin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, 29 maddelik ölçekten belirtilen 5 madde faktör yüklerinin düşük olması ve binişik olması nedeniyle (S3) ‘‘Hekim vizit saatleri ile ilgili bilgilendirildim.’’, (S4) ‘‘Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirildim.’’, (S17) ‘‘Düşme riski ve düşmelerin önlenmesi ile ilgili bilgilendirildim.’’, (S20) ‘‘Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı ile ilgili

bilgilendirildim.”, (S21) “Beslenme, diyet, mobilizasyon ve egzersizler ile ilgili bilgilendirildim.” ifadeleri anketten kaldırılmıştır. Geriye kalan 24 madde ile ölçeğin 3 alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Bu faktörler toplam varyansın %58.380’nini açıklamaktadır. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %40’ın üzerinde olması yeterli olarak kabul edilir (56,57).

Bu çerçevede, tanımlanan bir faktörün, toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere birinci faktör olan “F1: Taburculuk Esnasında” toplam varyansın %22.071’ini, ikinci faktör “F2: Servis/Bölüme Kabul Esnasında” %19.011’ini ve üçüncü faktör “F3: Tedavi Esnasında” %17.298’ini açıklamaktadır.

Kullanılan ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlikleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, güvenilirlik katsayıları birinci boyut için (0.896), ikinci boyut için (0.914), üçüncü boyut için (0.838) ve ölçeğin geneli için (0.925) iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Cronbach Alfa değerlerinin 0.60’tan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçüm modelinin güvenilirliği, her bir faktörün ayrı ayrı ortalama açıklanan varyans (AVE) ve bileşik güvenilirlik (CR) değerlerine bakılarak sınanmıştır. Ölçüm modelindeki örtük değişkenlerin bileşik güvenilirlik değerinin 0.70 değerinden, ortalama açıklanan varyans değerinin ise 0.40 değerinden yüksek olması gerekmektedir. Tablo da görüldüğü üzere CR değerleri eşik değer olan 0.70 değerinin üzerinde olmakla birlikte, AVE değeri eşik değer olan 0.50 değerinin üzerindedir. Değişkenler arası korelasyonlar incelendiğinde maddelerin faktör yüklerinin 0.30’un üzerinde olduğu ve tüm korelasyon ilişkilerinin anlamlı olduğu görülmektedir. (Tablo 9).

Tablo 9. Ölçüm Modeline İlişkin Sonuçlar

Faktörler	İfadeler	Faktör Yükleri	Standart Hata	t Değerleri	p Değerleri	AVE	CR
F1: Taburculuk Esnasında	S2	0.993	-	-	-	0.42	0.86
	S1	0.985	0.015	64.058	***		
	S13	0.790	0.040	19.624	***		
	S26	0.489	0.051	8.676	***		
	S27	0.493	0.042	8.754	***		
	S14	0.527	0.062	9.581	***		
	S28	0.430	0.065	7.368	***		
	S16	0.481	0.060	8.483	***		
	S22	0.456	0.069	7.826	***		
	S9	0.310	0.069	5.064	***		
F2: Servis/Bölüme Kabul Esnasında	S5	0.985	-	-	-	0.62	0.90
	S6	0.946	0.025	38.076	***		
	S8	0.933	0.027	35.033	***		
	S7	0.632	0.050	12.414	***		
	S11	0.526	0.049	9.457	***		
	S10	0.535	0.046	9.686	***		
F3: Tedavi Esnasında	S23	0.990	-	-	-	0.41	0.82
	S24	0.992	0.016	64.799	***		
	S25	0.554	0.032	10.270	***		
	S12	0.476	0.061	8.365	***		
	S19	0.379	0.063	6.353	***		
	S29	0.453	0.076	7.859	***		
	S18	0.460	0.080	8.006	***		
	S15	0.372	0.082	6.206	***		

***p<0.05

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 24 madde ve üç alt boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryansı oluşturulmuştur.

Tablo 10. Yapısal Modelin Uyum İyiliği Değerleri

	Yapısal Modeli Değerleri	Tavsiye Edilen Değerler
χ^2/df	3.264	≤ 5
RMSEA	0.077	≤ 0.08
CFI	0.887	≥ 0.80
NFI	0.846	≥ 0.80
IFI	0.888	≥ 0.80
SRMR	0.089	≤ 0.10
$\chi^2: 789.873, df: 242, p: 0.000$		

Sonrasında yenilenen uyum indisi hesaplamalarında uyum indisleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı değerle aşağıda belirtilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin ve Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma
Taburculuk Esnasında	12.00	50.00	46.00	43.17	7.62
Servis/Bölüme Kabul Esnasında	6.00	30.00	24.00	22.29	6.38
Tedavi Esnasında	8.00	40.00	19.00	20.93	6.30
Toplam	44.00	120.00	88.00	86.40	16.68

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Sağlıkta Kalite Standartları Sürüm 6.0 Hastane Seti'nin 2020 yılının haziran ayında yayımlanması ve çalışmanın aynı yılın eylül ayında başlaması araştırmanın kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır. Ayrıca Sağlıkta Kalite Standartları Sürüm 6.0 Hastane Seti ile ilgili araştırma yapılmadığı görülmüştür. Araştırmanın çocuk hastalıkları ve cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmış olması araştırmanın genellenebilirliğini zorlaştırmıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmaya DEÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21.12.2020 tarih ve 5764-GOA protokol numaralı 2020/30-35 karar numarası ile onay verilmiştir. Etik kurul onay belgesi ve Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik izni EK-2 ve EK-3'te sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde 1 Eylül 2020-30 Kasım 2020 tarihleri arasında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ilk yatış ile tedavi gören 244 hasta yakını çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların Sağlıkta Kalite Standartları Sürüm 6.0'ya göre hasta bakım kalitesiyle ilgili bilgi düzeylerini belirlerken araştırmanın hipotezlerini yorumlamak amacıyla çeşitli istatistiki analiz yöntemleri kullanılarak bilgi verilecektir.

Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında katılımcıların 244 (%100) kadın olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 12. Cinsiyete Göre Dağılım

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	244	100.0
	Erkek	0	0.0
Toplam		244	100

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı incelendiğinde, % 1,2'sinin 20'nin altında, %27,5 'inin 20-29 yaş aralığında, %52,5'inin 30-39 yaş aralığında, %16,8'inin 40-49 yaş aralığında, %2 'sinin 50-59 yaş aralığında olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 13. Yaşa Göre Dağılım

Değişken		n	%
Yaş	20'nin altında	3	1,2
	20-29	67	27,5
	30-39	128	52,5
	40-49	41	16,8
	50-59	5	2,0
Toplam		244	100,0

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde; %1,2'sinin okuryazar olamayan, %2,5'inin okuryazar olan, %26,2'sinin ilkokul mezunu, %20,5'inin

ortaokul mezunu, %32,8'inin lise mezunu, %14,8'inin üniversite mezunu, %2,0'inin lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Dağılım

Değişken		n	%
Eğitim	Okuryazar değil	3	1,2
	Okuryazar	6	2,5
	İlkokul	64	26,2
	Ortaokul	50	20,5
	Lise	80	32,8
	Üniversite	36	14,8
	Yüksek lisans	5	2,0
Toplam		244	100,0

Meslek durumu dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %5,7'sinin işçi, %12,3'ünün memur, %73,4'unun ev hanımı, %1,2'sinin esnaf, %1,6'sinin emekli, %5,7'sinin ise diğer meslek grubuna sahip olduğu görülmektedir (Tablo 15).

Tablo 15. Meslek Durumuna Göre Dağılım

Değişken		n	%
Meslek	İşçi	14	5,7
	Memur	30	12,3
	Ev Hanımı	179	73,4
	Esnaf	3	1,2
	Emekli	4	1,6
	Diğer	14	5,7
Toplam		244	100,0

Katılımcıların yatış süreleri dağılımı incelendiğinde; %64,8'inin 0-5 gün arasında, %22,1'inin 6-10 gün arasında ve %13,1'inin 10 günden fazla olduğu görülmektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Yatış Süresine Göre Dağılım

Değişkenler		n	%
Yatış Süresi	0-5 gün	158	64.8
	6-10 gün	54	22.1
	10 günden fazla	32	13.1
Toplam		244	100

Katılımcıların yatış sıklığının dağılımları incelendiğinde; %59.4'ünün ilk defa, %18.4'ünün 2 defa ve %22.2'sinin ise 3 ve daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 17).

Tablo 17. Yatış Sıklığına Göre Dağılım

Değişkenler		n	%
Yatış Sıklığı	İlk defa	145	59.4
	2 defa	45	18.4
	3 ve daha fazla	54	22.2
Toplam		244	100

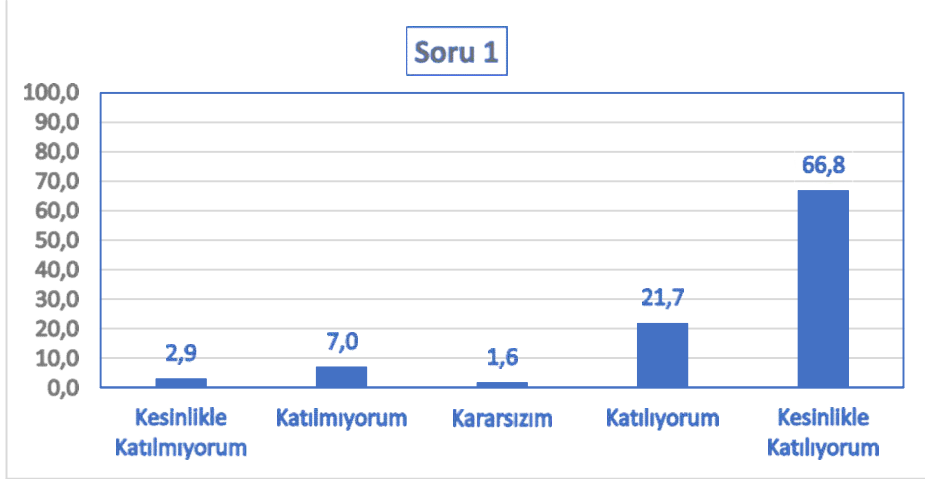
Aşağıda belirtilen tabloda anket sorularının sayıları, yüzdeleri, ortalama cevap ve standart sapma değerleri belirtilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Hasta Yakınlarının Anket Sorularına Verdiği Yanıtlar

ANKET NO	SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Kayıp Veri	Ort. cvp ve std sapma
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	Tehiş, tedavi süreci, hastanın genel durumu, bakım uygulamalarının seyri ile ilgili bilgilendirildim.	7 2,9	17 7,0	4 1,6	53 21,7	163 66,8	0 0	4,42±1,02
2	Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili bilgilendirildim.	7 2,9	18 7,4	4 1,6	53 21,7	162 66,4	0 0	4,41±1,03
3	Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	96 39,3	7 2,9	55 22,5	83 34,0	0 0	3,48±1,34
4	Hemşire çağrı sistemi kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	100 41,0	8 3,3	54 22,1	79 32,4	0 0	3,43±1,33
5	Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	80 32,8	9 3,7	64 26,2	88 36,1	0 0	3,63±1,30
6	Tuvalet-banyo kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	91 37,3	9 3,7	55 22,5	86 35,2	0 0	3,53±1,33
7	Bölüm çalışanlarına nasıl erişim sağlayacağım konusunda bilgilendirildim.	2 0,8	43 17,6	10 4,1	67 27,5	122 50,0	0 0	4,08±1,14
8	Ziyaret saatleri, refakatçi kuralları ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	42 17,2	4 1,6	74 30,3	121 49,6	0 0	4,09±1,14
9	Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	43 17,6	4 1,6	68 27,9	126 51,6	0 0	4,11±1,15
10	Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar ile ilgili bilgilendirildim.	9 3,7	185 75,8	12 4,9	4 1,6	34 13,9	0 0	2,46±1,09
11	Hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	25 10,2	6 2,5	38 15,6	172 70,5	0 0	4,43±1,03
12	Test sonuç verme süreleri ile ilgili bilgilendirildim.	5 2,0	36 14,8	10 4,1	54 22,1	126 51,6	13 5,3	4,12±1,18
13	Hasta kimlik doğrulamasının gerekliliği ve kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapıldığı ile ilgili bilgilendirildim.	21 8,6	117 48,0	9 3,7	40 16,4	57 23,4	0 0	2,97±1,38
14	Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirildim.	4 1,6	31 12,7	8 3,3	43 17,6	122 50,0	36 14,8	4,19±1,16
15	El hijyeni ile ilgili bilgilendirildim.	6 2,5	109 44,7	7 2,9	35 14,3	87 35,7	0 0	3,36±1,41

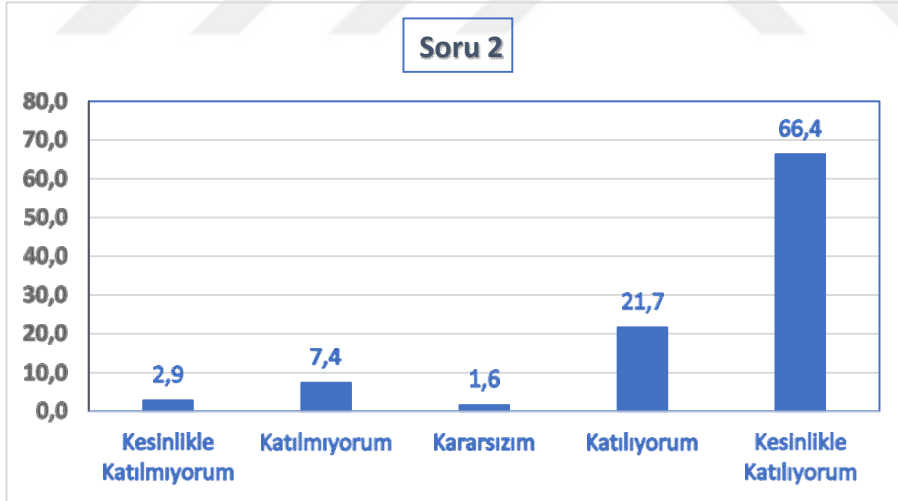
ANKET NO	SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Kayıp Veri	Ort. cvp ve std sapma
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
16	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında bilgilendirildim.	13 5,3	177 72,5	13 5,3	10 4,1	31 12,7	0 0	2,46±1,09
17	Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar ile ilgili bilgilendirildim.	3 1,2	57 23,4	6 2,5	65 26,6	110 45,1	3 1,2	3,92±1,24
18	Hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri iletebileceğim ile ilgili bilgilendirildim.	13 5,3	190 77,9	4 1,6	12 4,9	25 10,2	0 0	2,36±1,02
19	Görüş, öneri ve şikayetleri, ne şekilde, kimler tarafından, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabileceği gibi konular ile ilgili bilgilendirildim.	13 5,3	189 77,5	4 1,6	12 4,9	26 10,7	0 0	2,38±1,04
20	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple kendime ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda mahremiyetime özen gösterilmesi gerektiği ve rızam alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildim.	13 5,3	207 84,8	15 6,1	3 1,2	6 2,5	0 0	2,10±0,62
21	Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar (ilacın sıklığı, zamanı, özellikli ilaçların kullanımı, aç-tok, ilaç ve besin etkileşimi saklanma koşulları, komplikasyonları, yan etkileri...) ile ilgili bilgilendirildim.	4 1,6	17 7,0	1 0,4	39 16,0	169 69,3	14 5,7	4,53±0,95
22	Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi ile ilgili bilgilendirildim.	4 1,6	7 2,9	1 0,4	30 12,3	200 82,0	2 0,8	4,71±0,76
23	Taburculuk sonrası bakım ile ilgili bilgilendirildim.	4 1,6	35 14,3	3 1,2	31 12,7	167 68,4	4 1,6	4,37±1,15
24	Gerektiğinde iletişime geçebileceğim numaralar ile ilgili bilgilendirildim.	16 6,6	142 58,2	11 4,5	21 8,6	54 22,1	0 0	2,81±1,33

Katılımcıların anket sorularına vermiş olduğu yanıtlar değerlendirildiğinde ‘‘Teşhis, tedavi süreci, hastanın genel durumu, bakım uygulamalarının seyri ile ilgili bilgilendirildim.’’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 66,8’dir (Grafik 1).



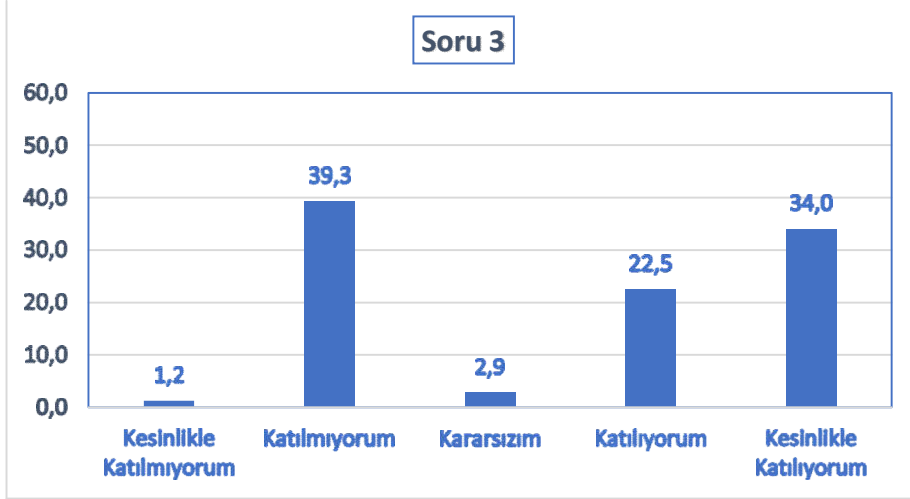
Grafik 1. Teşhis, Tedavi Süreci, Hastanın Genel Durumu, Bakım Uygulamalarının Seyri ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %66,4’dür (Grafik 2).



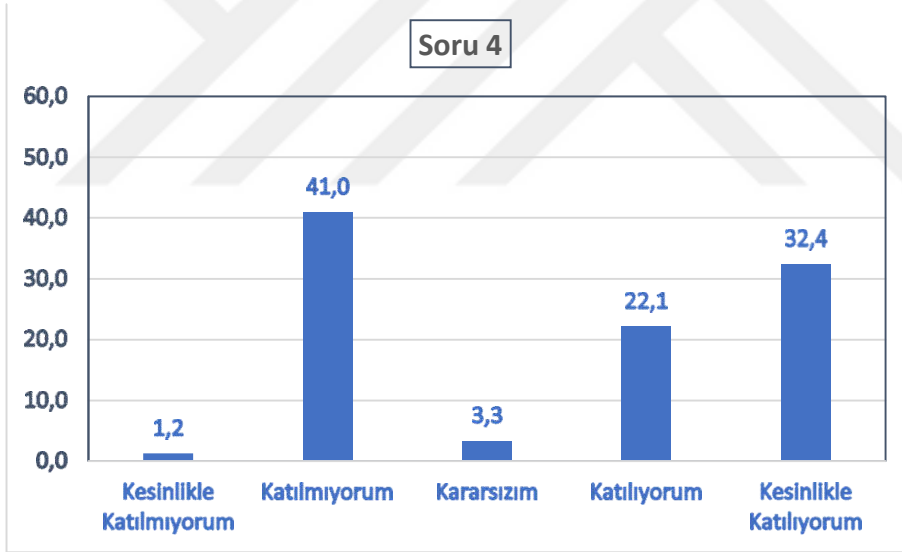
Grafik 2. Planlanan Tıbbi Müdahaleler ve Takip Süreci İle İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 39,3’tür (Grafik 3).



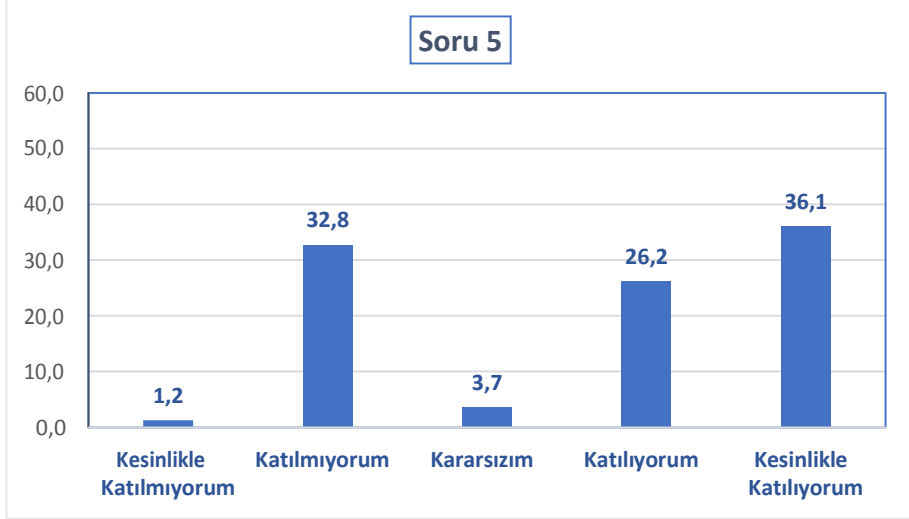
Grafik 3. Hasta Yatağı ve Eşyaların Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Hemşire çağrı sistemi kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 41,0’dır (Grafik 4).



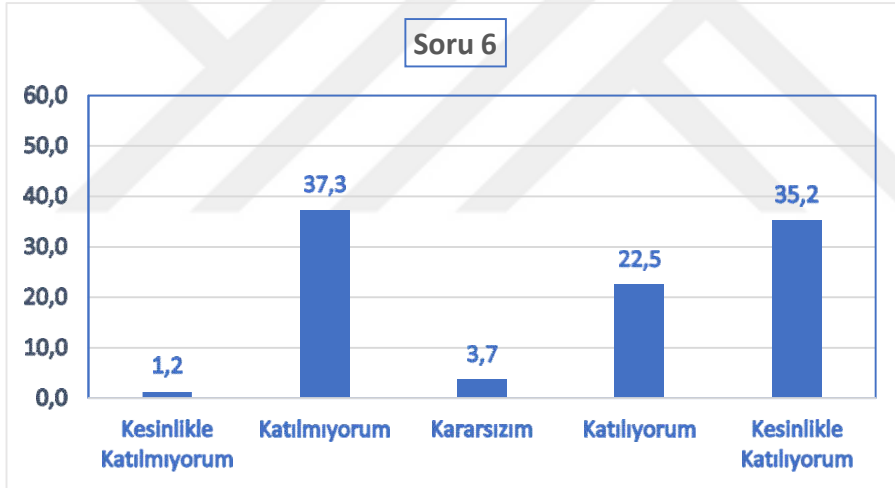
Grafik 4. Hemşire Çağrı Sistemi Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 36,1’dir (Grafik 5).



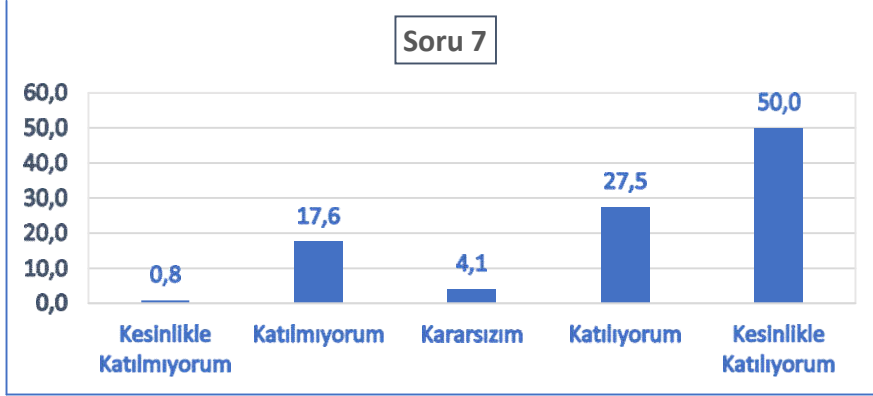
Grafik 5. Kahvaltı, Yemek ve Ara Öğün Saatleri ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Tuvalet-banyo kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 37,3’tür (Grafik 6).



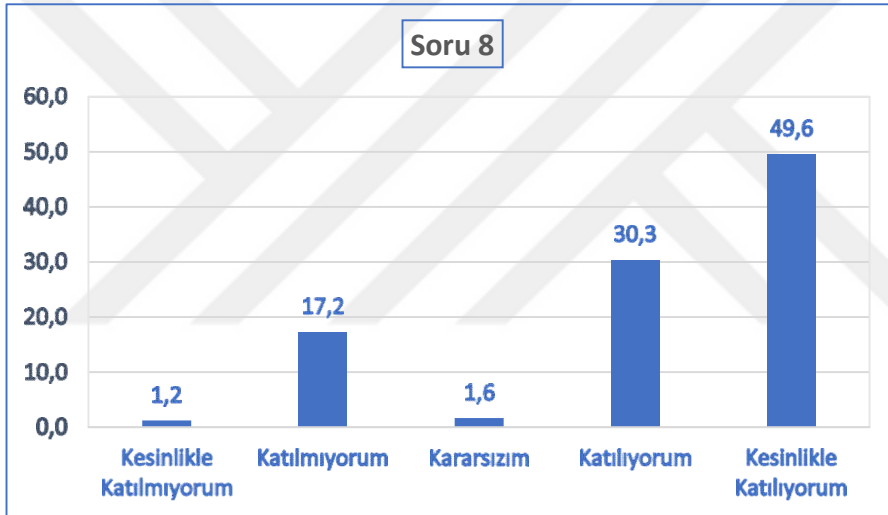
Grafik 6. Tuvalet-Banyo Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Bölüm çalışanlarına nasıl erişim sağlayacağım konusunda bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %50,0’dır (Grafik 7).



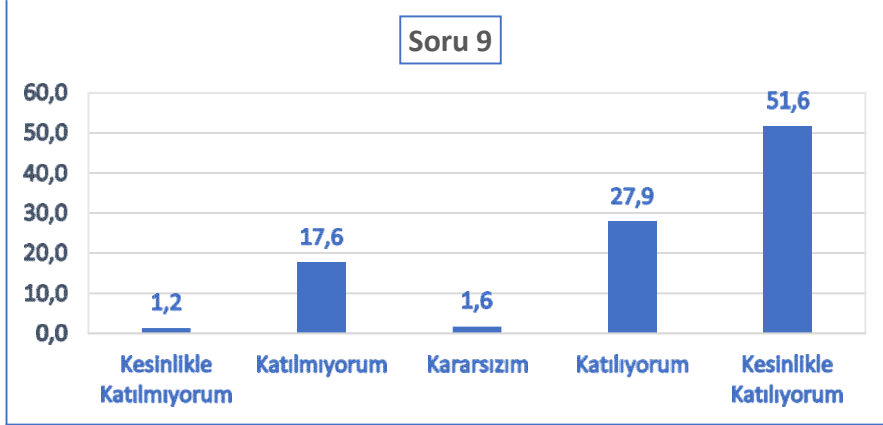
Grafik 7. Bölüm Çalışanlarına Erişim ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Ziyaret saatleri, refakatçi kuralları ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 49,6’dır (Grafik 8).



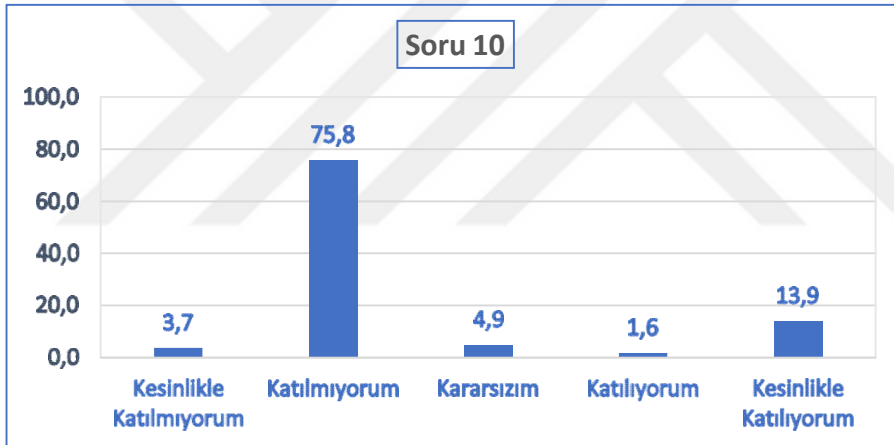
Grafik 8. Ziyaret Saatleri, Refakatçi Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 51,6’dır (Grafik 9).



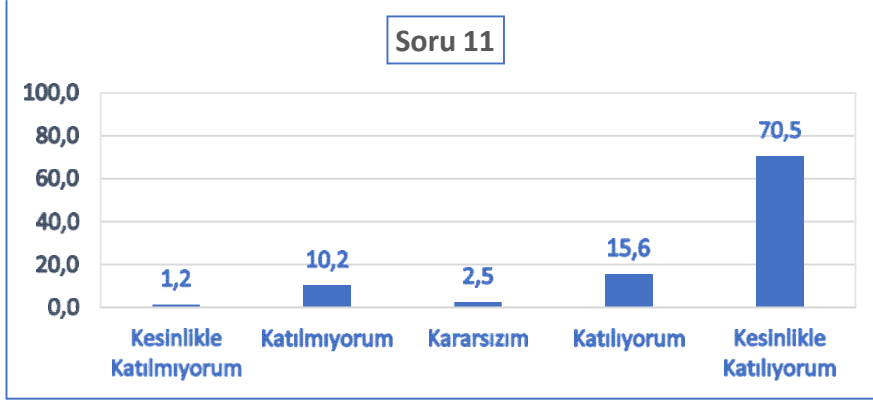
Grafik 9. Hasta ve Yakınının Uyması Gereken Kurallar ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 75,8’dir (Grafik 10).



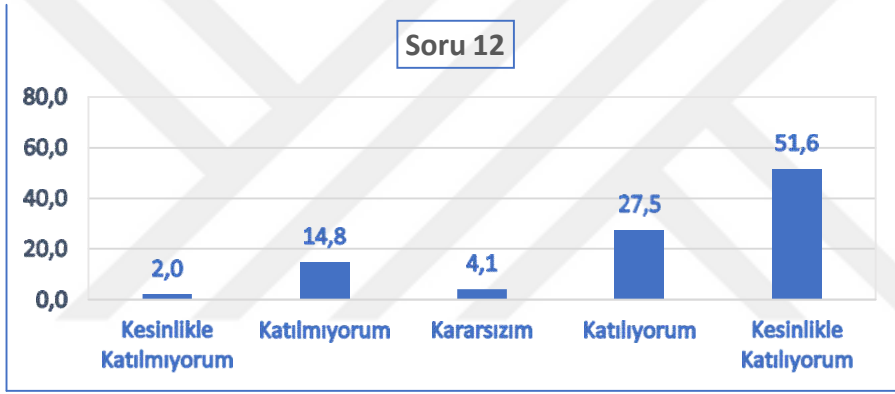
Grafik 10. Acil Çıkışlar ve Acil Durumda Yapılacaklar ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 70,5’dir (Grafik 11)



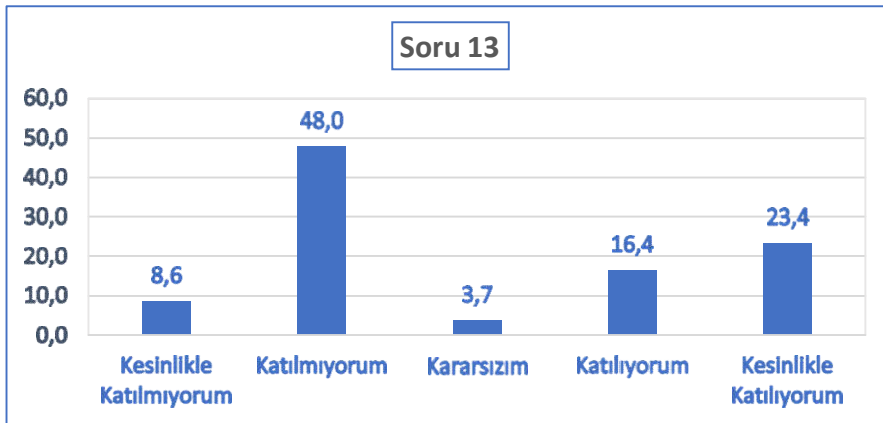
Grafik 11. Hastalığın Seyri ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Test sonuç verme süreleri ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 51,6’dır (Grafik 12).



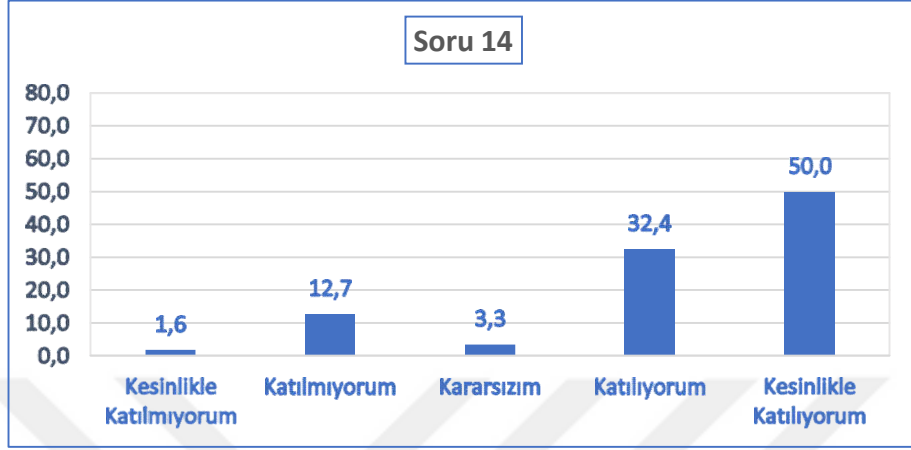
Grafik 12. Test Sonuç Verme Süreleri ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Hasta kimlik doğrulamasının gerekliliği ve kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapıldığı ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %48,0’dır (Grafik 13).



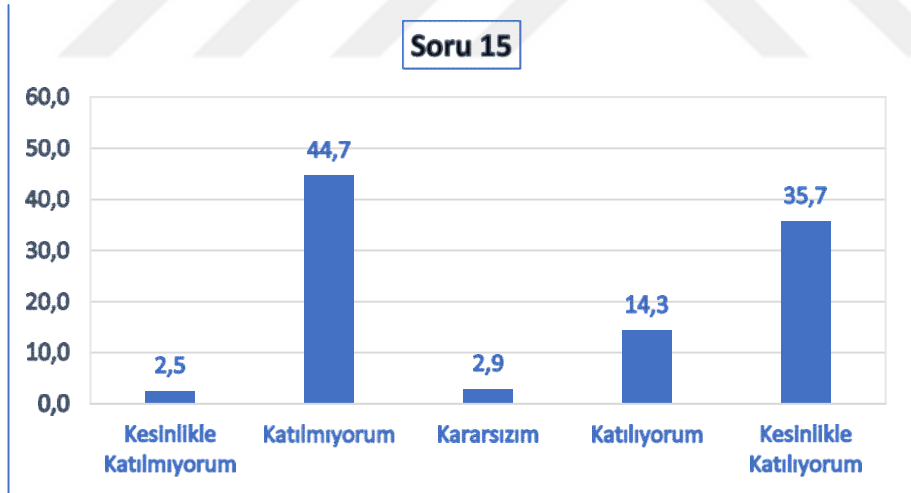
Grafik 13. Hasta Kimlik Doğrulaması ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %50,0’dir (Grafik 14).



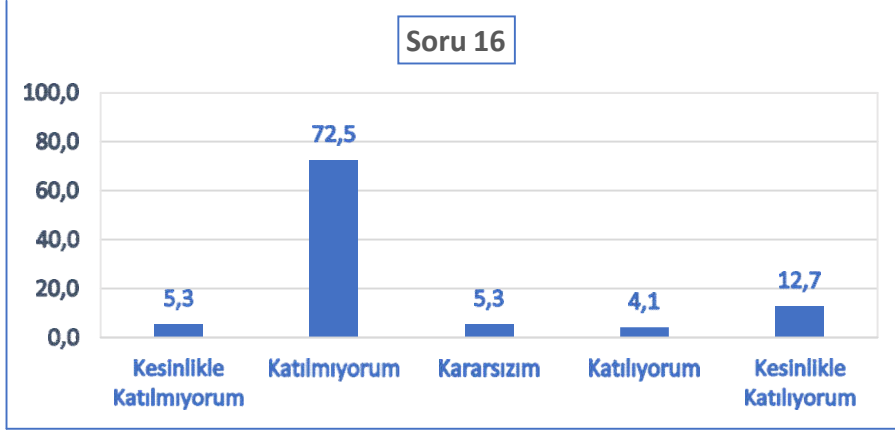
Grafik. 14 Kullanılacak İlaçlar ve Kullanım Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘El hijyeni ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 44,7’dir (Grafik 15).



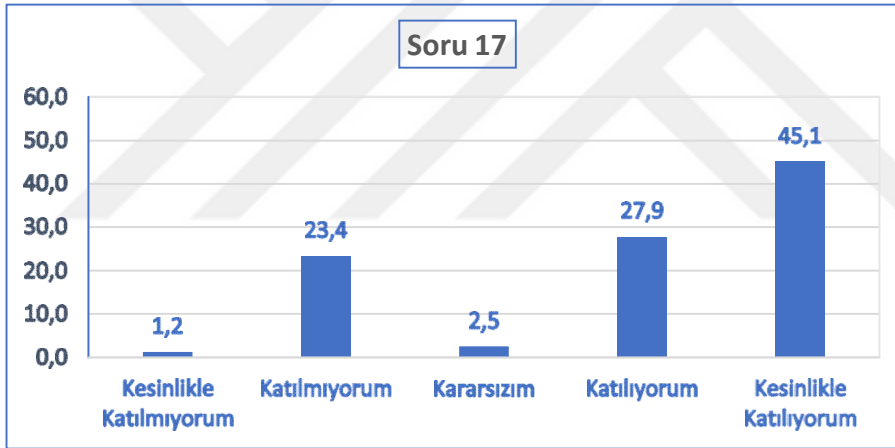
Grafik 15. El Hijyeni ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %72,5’dir (Grafik 16).



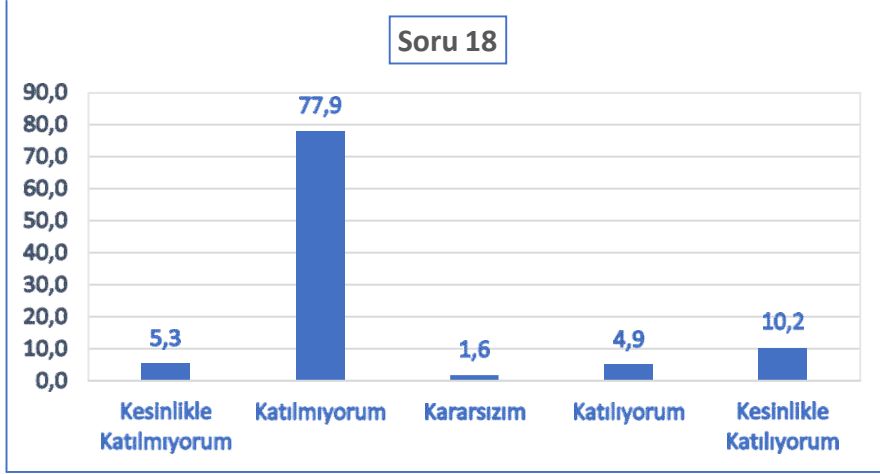
Grafik 16. İzolasyon Tanımlayıcısı ve Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %45,1’dir (Grafik 17).



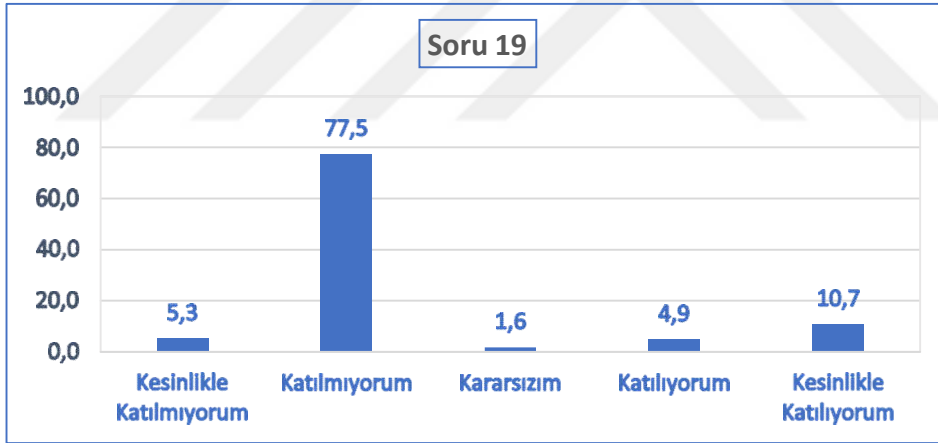
Grafik 17. Bakıma İlişkin Dikkat Edilecek Hususlar ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri iletebileceğim ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %77,9’dir (Grafik 18).



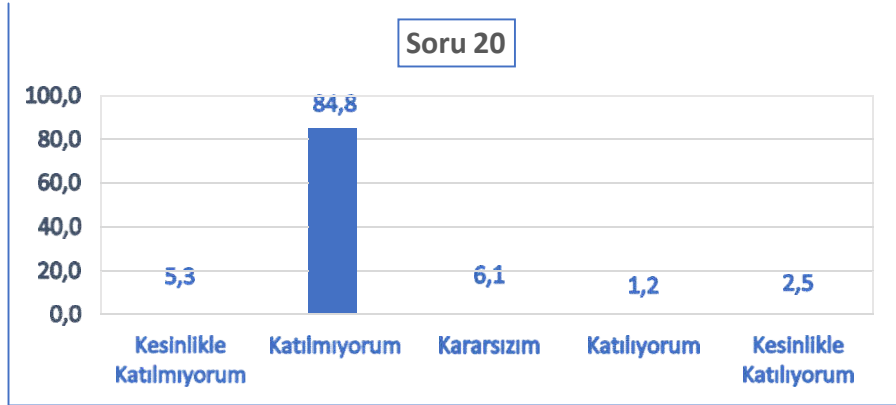
Grafik 18. Görüş, Öneri ve Şikayetleri İletebileceği ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Görüş, öneri ve şikayetleri, ne şekilde, kimler tarafından, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabileceği gibi konular ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 77,5’dir (Grafik 19).



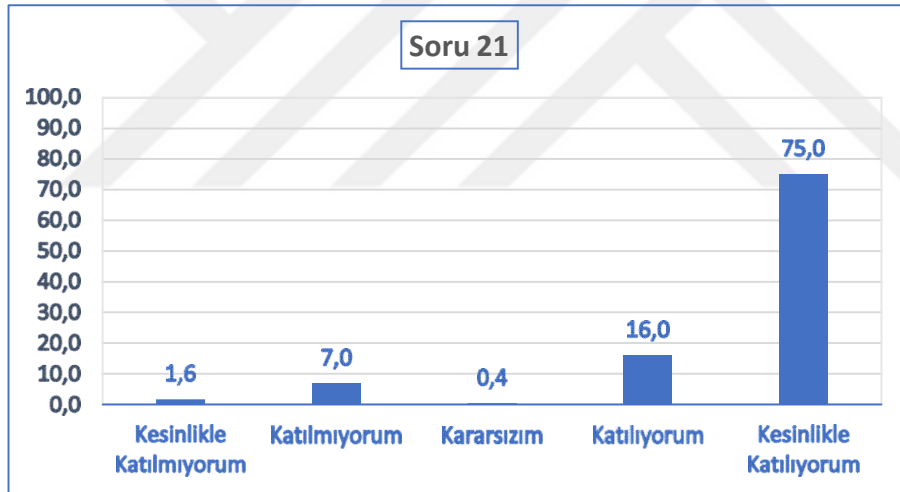
Grafik 19. Görüş, Öneri ve Şikayetleri İletibilme Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple kendime ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda mahremiyetime özen gösterilmesi gerektiği ve rızam alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran % 84,8’dir (Grafik 20).



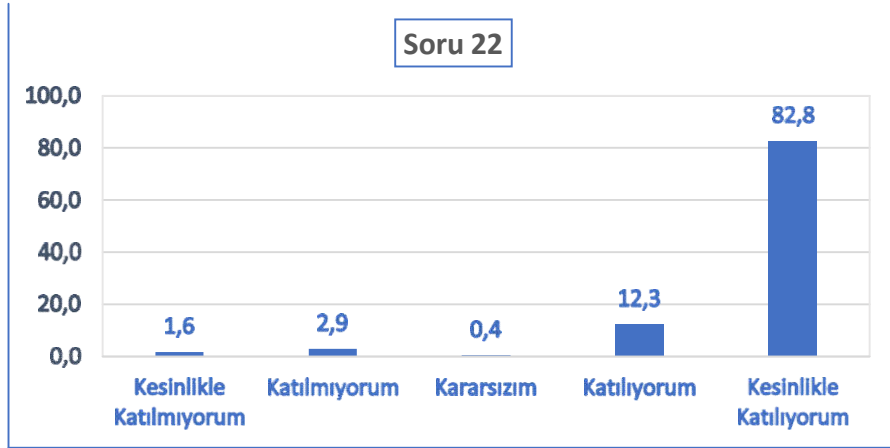
Grafik 20. Araştırma ve Deneysel Çalışmalara Katılım Gereklilikleri ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar (İlacın sıklığı, zamanı, özellikli ilaçların kullanımı, aç-tok, ilaç ve besin etkileşimi saklanma koşulları, komplikasyonları, yan etkileri...) ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %75,0’dır (Grafik 21).



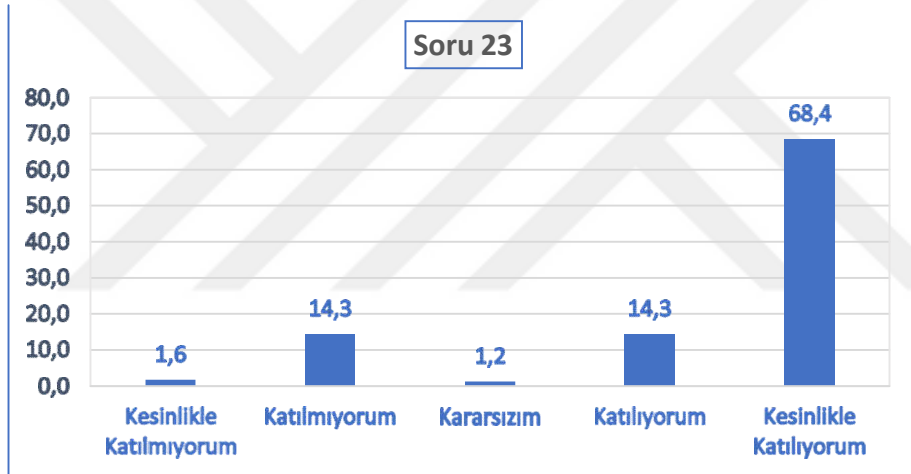
Grafik 21. Taburculuk Sonrası Kullanacağı İlaçlar ve Kullanım Kuralları ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %82,5’dır (Grafik 22).



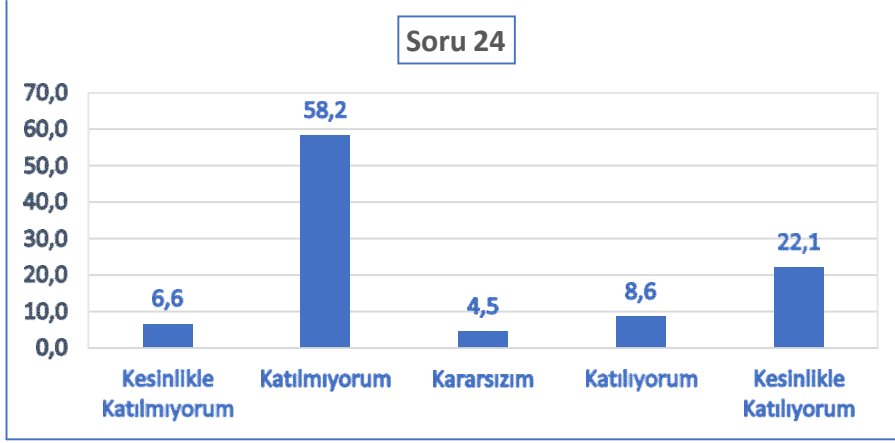
Grafik 22. Taburculuk Sonrası Kontrol Randevusu ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Taburculuk sonrası bakım ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %68,4’tür (Grafik 23).



Grafik 23. Taburculuk Sonrası Bakım ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların ‘Gerektiğinde iletişime geçebileceğim numaralar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘katılmıyorum’ yanıtı ile en yüksek oran %58,2’dir. (Grafik 24).



Grafik 24. Gerektiğinde İletişime Geçebileceğim Numaralar ile İlgili Bilgi Düzeyi

Tablo 19’da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanları değerlendirilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yatış sürelerine göre servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış süresi 10 günden fazla olan katılımcıların servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanlarının yatış süresi 0-5 gün arasında olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yatış sıklığına göre servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış sıklığı 3 ve daha fazla olan servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanlarının yatış sıklığı ilk defa olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşa, eğitim durumuna ve mesleğe göre servis/bölüme kabul esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmemektedir. ($p>0.05$)

Tablo 19. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Servis/Bölüme Kabul Esnasında Boyutunun Puanlarının Karşılaştırılması

	Değişkenler	Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	29 ve altı	12.00	30.00	24.00	22.72	5.92	0.654**	0.521	
	30-39	6.00	30.00	23.50	21.85	6.63			
	40 ve üstü	12.00	30.00	24.00	22.86	6.38			
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	6.00	30.00	24.00	22.20	6.48	1.385**	0.248	
	Ortaokul	12.00	30.00	24.00	23.44	5.62			
	Lise	6.00	30.00	24.00	22.46	6.27			
	Üniversite ve üstü	12.00	30.00	19.00	20.73	7.16			
Meslek	İşçi	12.00	30.00	21.50	20.64	6.87	0.363**	0.780	
	Memur	12.00	30.00	24.00	22.66	7.63			
	Ev Hanımı	6.00	30.00	24.00	22.32	6.13			
	Diğer	12.00	30.00	24.00	22.61	6.56			
Yatış Süresi	0-5 gün (1)	6.00	30.00	21.00	21.40	6.37	5.078**	0.007*	3>1
	6-10 gün (2)	6.00	30.00	24.00	23.37	6.57			
	10 günden fazla (3)	12.00	30.00	24.00	24.87	5.19			
Yatış Sıklığı	İlk defa (1)	6.00	30.00	24.00	21.67	6.56	4.246**	0.015*	3>1
	2 defa (2)	12.00	30.00	23.00	21.64	6.32			
	3 ve daha fazla (3)	6.00	30.00	24.00	24.50	5.49			

*p<0.05, **Tek yönlü varyans analiz

Tablo 20’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tedavi esnasında boyutunun puanları değerlendirilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tedavi esnasında boyutunun puanlarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların mesleklerine göre tedavi esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Mesleği memur olan katılımcıların tedavi esnasında boyutunun puanlarının mesleği işçi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yatış sürelerine göre tedavi esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış süresi 10 günden fazla olan katılımcıların tedavi esnasında boyutunun puanlarının yatış süresi 6-10 gün arasında olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yatış sıklığına göre tedavi esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış sıklığı 3 ve daha fazla olan tedavi esnasında boyutunun puanlarının yatış sıklığı ilk defa ve 2 defa olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşa ve eğitim durumuna göre tedavi esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 20. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tedavi Esnasında Boyutunun Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	29 ve altı	8.00	40.00	19.00	20.60	6.84	4.164**	0.125	
	30-39	9.00	40.00	19.00	20.42	5.61			
	40 ve üstü	11.00	37.00	20.00	22.89	7.03			
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	9.00	40.00	20.00	21.10	6.84	2.805**	0.423	
	Ortaokul	10.00	37.00	20.50	21.34	6.34			
	Lise	8.00	40.00	19.00	19.77	5.29			
	Üniversite ve üstü	15.00	39.00	20.00	22.41	6.91			
Meslek	İşçi (1)	11.00	39.00	16.00	18.71	8.73	8.742**	0.033*	2>1
	Memur (2)	15.00	37.00	21.50	22.43	6.15			
	Ev Hanımı (3)	9.00	40.00	19.00	20.78	6.12			
	Diğer (4)	8.00	37.00	20.00	21.61	6.15			
Yatış Süresi	0-5 gün (1)	11.00	37.00	19.00	20.86	5.82	8.743**	0.013*	3>2
	6-10 gün (2)	8.00	40.00	19.00	19.57	6.70			
	10 günden fazla (3)	10.00	40.00	22.00	23.62	7.27			
Yatış Sıklığı	İlk defa (1)	8.00	39.00	19.00	20.27	6.07	14.058**	0.001*	3>1, 3>2
	2 defa (2)	15.00	35.00	19.00	19.66	4.59			
	3 ve daha fazla (3)	10.00	40.00	24.00	23.77	7.34			

*p<0.05, **Kruskal Wallis

Tablo 21’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre taburculuk esnasında boyutunun puanları değerlendirilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre taburculuk esnasında boyutunun puanlarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yatış sürelerine göre taburculuk esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış süresi 10 günden fazla olan katılımcıların taburculuk esnasında boyutunun puanlarının yatış süresi 0-5 gün ve 6-10 gün arasında olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yatış sıklığına göre taburculuk esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış sıklığı 3 ve daha fazla olan katılımcıların taburculuk esnasında boyutunun puanlarının yatış sıklığı ilk defa ve 2 defa olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşa, eğitim durumuna ve mesleğe göre tedavi esnasında boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 21. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Taburculuk Esnasında Boyutunun Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	29 ve altı	12.00	50.00	45.00	42.04	9.39	3.661**	0.160	
	30-39	20.00	50.00	46.00	43.41	6.50			
	40 ve üstü	20.00	50.00	47.00	44.23	7.50			
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	17.00	50.00	45.00	42.78	7.62	2.961**	0.398	
	Ortaokul	20.00	50.00	46.00	44.22	6.05			
	Lise	12.00	50.00	45.00	42.13	9.03			
	Üniversite ve üstü	28.00	50.00	46.00	44.63	6.07			
Meslek	İşçi	12.00	50.00	42.00	36.28	13.61	7.587**	0.055	
	Memur	34.00	50.00	47.00	45.63	4.95			
	Ev Hanımı	12.00	50.00	46.00	43.39	6.65			
	Diğer	14.00	50.00	47.00	42.38	10.66			
Yatış Süresi	0-5 gün (1)	17.00	50.00	44.50	42.79	7.32	10.924**	0.004*	3>1, 3>2
	6-10 gün (2)	12.00	50.00	46.00	42.59	8.90			
	10 günden fazla (3)	26.00	50.00	49.00	46.03	6.29			
Yatış Sıklığı	İlk defa (1)	12.00	50.00	45.00	42.51	7.98	13.122**	0.001*	3>1, 3>2
	2 defa (2)	20.00	50.00	44.00	42.37	7.19			
	3 ve daha fazla (3)	20.00	50.00	48.00	45.62	6.53			

*p<0.05, **Kruskal Wallis

Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin bilgi düzeyi ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri karşılaştırılırken tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tablo 22'de karşılaştırmalar belirtilmiştir.

Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin bilgi düzeyi ile hasta yakınlarının yaş ve eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin bilgi düzeyi ile hasta yakınlarının meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Mesleği memur olan katılımcıların bilgi düzeyinin mesleği işçi olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin bilgi düzeyi ile yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış süresi 10 günden fazla olan katılımcıların bilgi düzeyinin yatış süresi 0-5 gün ve 6-10 gün arasında olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin bilgi düzeyi ile yatış sıklığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yatış sıklığı 3 ve daha fazla olan katılımcıların bilgi düzeyinin yatış sıklığı ilk defa ve 2 defa olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 22. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile SKS 6.0'da Verilmesi Gereken Eğitim ve Bilgilendirmelere İlişkin Bilgi Düzeyi

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	29 ve altı	44.00	119.00	84.50	85.37	17.96	1.324**	0.268	
	30-39	48.00	120.00	88.00	85.68	15.55			
	40 ve üstü	55.00	117.00	92.50	90.00	17.60			
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	44.00	120.00	85.00	86.09	17.51	0.898**	0.443	
	Ortaokul	48.00	117.00	88.00	89.00	14.34			
	Lise	44.00	119.00	88.50	84.37	16.86			
	Üniversite ve üstü	59.00	119.00	85.00	87.78	17.51			
Meslek	İşçi (1)	44.00	119.00	77.00	75.64	24.12	2.671**	0.048*	2>1
	Memur (2)	61.00	117.00	92.00	90.73	16.88			
	Ev Hanımı (3)	47.00	120.00	88.00	86.50	15.40			
	Diğer (4)	48.00	117.00	88.00	86.61	19.23			
Yatış Süresi	0-5 gün (1)	44.00	117.00	86.00	85.06	16.53	4.504**	0.012*	3>1, 3>2
	6-10 gün (2)	47.00	120.00	86.00	85.53	17.07			
	10 günden fazla (3)	68.00	119.00	93.00	94.53	14.87			
Yatış Sıklığı	İlk defa (1)	44.00	119.00	85.00	84.46	16.48	7.407**	0.001*	3>1, 3>2
	2 defa (2)	48.00	112.00	88.00	83.68	15.88			
	3 ve daha fazla (3)	48.00	120.00	94.00	93.90	15.95			

*p<0.05, **Tek yönlü varyans analiz

Yapılan analizler neticesinde bu çalışma için belirlenmiş hipotezlerin kabul/ret durumları verilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Hipotezlerin Kabul/Ret Durumları

Hipotez No	Hipotezler	Analiz Yöntemi	Kabul/Ret
		Tek Yönlü Varyans Analizi	
H₁	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin yatış sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	4.504 p=0.012	Kabul
H₂	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0' da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin yatış sıklıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	7.407 p=0.001	Kabul
H₃	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	1.324 p=0.268	Ret
H₄	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	0.898 p=0.443	Ret
H₅	Hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0'da verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerine ilişkin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.	2.671 p=0.048	Ret

5. TARTIŞMA

Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Sürüm 6.0, 2020 yılının haziran ayında yayınlanması sebebiyle literatürde Hastane Seti Sürüm 6.0 ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Bu sürüm ışığında belirtilen, standartlar gereği verilmesi gereken eğitim ve bilgilendirmelerin hasta yakınları tarafından ne kadar anlaşılır olduğu, sağlık çalışanları arasında farkındalık oluşturup oluşturmadığı konusunda literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %100'unün kadın olduğu görülmüştür. Çalışmanın gerçekleştiği Dr. Behçet Uz Çocuk Cerrahisi ve Hastalıkları Hastanesi'nde refakat eden bireyin kadın olma ve refakat edebilmesi için öncelikle anne olma şartı bulunmaktadır. Bu nedenle katılımcıların %100'unün kadın olması anlamlı bulunmuştur. Karaarslan ve ark. (2020) çalışmasında hastanede çocuğuna refakat eden ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında %88,1'nin anne olduğu görülmüştür (58). Boztepe ve ark. (2019) çalışmasında ise araştırmaya katılan ebeveynlerin % 87.1'inin anne olduğu görülmüştür (59).

Çalışmamızda katılımcıların %52,5'inin 30-39 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Boztepe ve ark. (2019) çalışmasında ise katılımcıların %50,6'sinin 30-40 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir (59). Ulus'un (2004) çalışmasında ise katılımcıların %47.0'inin 20-30 yaş grubunda olduğu görülmüştür (60). Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi'nde sağlık hizmeti alanların çoğunlukla İzmir ili içinde ikamet etmektedir. Bizizmir 'İzmir'in Sayıları' nüfus piramidinde 35-39 arası kadın yaş grubunun en yoğun oran olduğu görülmektedir (61).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında en yüksek oranının %32,8 ile lise olduğu görülmektedir. Güdeloğlu ve ark. (2020) Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi'nde yaptıkları çalışmaya göre en yüksek oran %46,0 ile katılımcıların lise mezunu olduğu görülmüştür (62). Bu durum çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızdaki eğitim durumunda en fazla oranın lise olmasının bilgilendirme düzeyi ile ilgili olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların mesleğinin %73,4'unün ev hanımı olduğu görülmüştür. Ulus'un (2004) çalışmasında ise katılımcıların %63,8inin ev hanımı olduğu belirtilmiştir (60). Aydın ve Tunca'nın (2016) çalışmasında ise bu oranın %82,1 olduğu görülmüştür (63). TÜİK 2020 yılı verilerine göre kadınlarda işsizlik

oranı lise, meslek veya teknik lisesi mezunu toplam işsizlik oranının %45,5 ile en yüksek oran olduğu görülmektedir. Ayrıca TÜİK 2020 yılı iş gücüne dahil olmama nedenleri verilerine bakıldığında ise kadınlarda ‘ev işleriyle meşgul’ oldukları için çalışmama durumu %45,8 ile en yüksek oran olduğu tespit edilmiştir (64). Katılımcıların ev hanımı olması tedavi ve taburculuktan sonraki süreçte hastanın bakımını birincil olarak annenin üstleneceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda yatış süresi verilerine bakıldığında %64,8 ile en yüksek oranın 0-5 gün arası süreye ait olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2019 yılı “Sağlık İstatistikleri Yıllığı” çalışmasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gün süresinin 4,6 gün olduğu görülmektedir (65). Belirtilen gün süresi çalışmamız ile uyumludur.

Çalışmamızda yatış sıklığı verilerine bakıldığında hastaların %59,4’ünün ‘ilk defa’ yatış deneyimi olduğu görülmüştür. Ulus’un (2004) çalışmasında hastaların %61’inin ilk defa yatışları olduğunu belirtmiştir bu oran çalışmamızla uyumludur (60).

Çalışmamızda Sağlıkta Kalite Standartları gereği hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve eğitimlerinin gerçekleştirilmesi hasta güvenliğini oluşturmada önemli aşamalardan biri olduğu düşünülmektedir. Pediatri hastalarının yetişkinlere kıyasla farklı bakım ve tedavilere daha çok ihtiyacı olduğu araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (66). Yetişkinlerle kıyaslandığında fiziksel, duygusal, bilişsel ve anatomik olarak daha yetersiz olduklarından dolayı maruz kalacakları tıbbi hata ya da zararın sonuçları çok daha ciddi ve telafi edilemez olmaktadır (67). Bu nedenle pediatri kliniklerinde hasta güvenliği uygulamalarının etkinliği konusunda daha fazla özenli olunması ve çaba harcanması gerekmektedir (68). Aygül ve Ulupınar’ın (2012) çalışmasında “Hastaların tamamına yakını (%96,6), hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin çok gerekli olduğunu, bu bilgilendirmenin iyileşme sürecini hızlandırma (%74.3), yan etkileri önleme (%74.3), endişe ve korkuyu azaltma (%60.1) açısından yarar sağlayacağını” belirtmiştir (69). Hasta ve hasta yakınlarının sağlık sorunlarının üstesinden gelebilecek davranış değişikliği oluşturmak için eğitim, rehberlik ve desteğe ihtiyaçları vardır. Bu sebeple hasta, ailesi ile bir bütün olarak düşünülmeli ve eğitim sürecinin her aşamasında ailesi ile birlikte yer almalıdır (45). Bu ve bunun gibi nedenlerle hasta ve hasta yakını için gerekli olan eğitim ve

bilgilendirme sürecinin etkinliğini tespit etmek çalışmamızın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Bu kapsamda hasta ve hasta yakınlarının servise kabul edildikleri andan taburculuk sonrası süreçlerini kapsayan ve SKS çerçevesinde belirlenen eğitim ve bilgilendirmeler ile ilgili sorgulanan sorular hasta güvenliği çerçevesinde tartışılmıştır.

Çalışmamızın verilerine göre ‘Teşhis, tedavi süreci, hastanın genel durumu, bakım uygulamalarının seyri ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %66,8 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %21,7 bulunmuş olup toplamda katılımcıların %88,5’i bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Doktor tarafından tedavinin sürecinin, bakım uygulamalarının ve hastalığın genel durumunun aktarılması konusunda hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin yüksek olduğu görülmüştür. Taşdelen’in (2006) çalışmasında “Çocuğumun durumu hakkında kesin bilgiye sahip olmak” ifadesi, ebeveynlerin %86,9’u tarafından en önemli ifade yani ihtiyaç olarak seçilmiştir. Bu ifadeye göre ebeveynlerin çocuklarının yanlarında refakat ettikleri süre içinde karşılanmada en önemli ihtiyacı çocukları hakkında bilgi sahibi olmaktır, ebeveynlerin bu ifadesi ile bilgi alma gereksinimini tüm ihtiyaçlarının üzerinde tutulmuştur. Taşdelen’in (2006) çalışmasında tedaviler konusunda ebeveynlerin %50,4’ü yeterli düzeyde bilgilendiklerini söylemişlerdir (70). Tosun ve Tüfekçi’nin (2015) çalışmasında doktorun hastalığın tedavisi ile ilgili bilgi vermesini refakatçilerin %44,8’i mükemmel olarak ifade etmiştir (71). Topaçoğlu ve ark.’nın (2004) çalışmasında ise hastaların tanı, tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıklarında verilen tedaviye uyum gösteremedikleri sonucuna varılmıştır (72). Tedaviye uyum gösterilmediğinde ise bu durumun hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabileceği belirtilmiştir. SKS gereği ebeveynlerin çocuklarının bakımı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri ve ebeveynlerden çocuğa yapılacak işlemler konusunda aydınlatma onamının alınması gerekmektedir. “Hastanede Yatan Çocukların Hakları” ve “Avrupa Hastanede Yatan Çocukların Hakları” Bildirgelerinde belirtildiği üzere, tedavi süreci boyunca ebeveynlerin bilgilendirilerek bakıma ve tedaviye ilişkin kararlara katılmaları onların en temel hakları arasındadır (71).

‘Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %66,4 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %21,7 bulunmuş olup

katılımcıların %88,1'inin bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Aydemir'in (2017) çalışmasında ise hastaların %72,4'ü tıbbi müdahale ve uygulamalar ile ilgili bilgilendirildiğini belirtmiştir (73). Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili hasta ve hasta yakının bilgilendirilmesi uygulamaların seyri ve kararlara katılım açısından önem arz etmektedir. Bilgi paylaşımı olmadığında aileler çocukları için karar verme sürecine katılamaz ve bu durum sağlık çalışanları ile eşit bir ortaklık geliştiremezler (59).

'Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.' sorusunda 'kesinlikle katılıyorum' yanıtı %34,0 ve 'katılıyorum' yanıtı %22,5 bulunarak toplamda katılımcıların %56,5'inin bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. 'Hemşire çağrı sistemi kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.' sorusunda 'kesinlikle katılıyorum' yanıtı %32,4 ve 'katılıyorum' yanıtı %22,1 ile toplamda katılımcıların %54,5'inin bilgilendiği görülmüştür. Tosun (2015) çalışmasında hemşire çağırma cihazları ile ilgili ankete katılanların %95,3'ünün bilgilendiğini tespit etmiştir (74). Bu oran çalışmamızdaki bulguya göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni refakatçi annelerin çocukları ile ilgili sağlıklarındaki ani durum değişikliklerinde çok hızlı çözüm bulmak istedikleri için hemşire çağrı sistemini kullanmadan, kendilerinin direk sağlık personeline ulaşma yolunu seçtikleri düşünülmektedir.

'Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri ile ilgili bilgilendirildim.' sorusunda 'kesinlikle katılıyorum' yanıtı %36,1 ve 'katılıyorum' yanıtı % 26,2 bulunmuş olup katılımcıların %62,3'ü bilgilendiğini ifade etmiştir. 'Tuvalet, banyo kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.' sorusunda ise 'kesinlikle katılıyorum' yanıtı %35,2 ve 'katılıyorum' yanıtı % 22,5 ile toplamda katılımcıların %57,7'si bilgilendirildim ifadesine katılmıştır.

Bu dört soruda olumlu görüş bildiriminin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sorularda 'katılmıyorum' yanıtı verenlerin oranı ise %38-%42 arasında değişmektedir. Sağlıkta kalite standartları gereği hasta ve hasta yakınlarının bölüme uyum sağlayabilmesi için bölüme ilişkin kurallar hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu nedenle refakatçilere kalacakları odanın tanıtılması, kullanacakları cihaz ve eşyaların kullanım kurallarının anlatılması ile ilgili olarak personele genel ve bölüm uyum eğitimleri verilerek farkındalık sağlanmalıdır. Hasta odasının tanıtımının

gerekliliği yıllık eğitim planları içinde yer almalı ve belirli periyodlarla ilgili personele aktarılmalıdır.

‘Bölüm çalışanlarına nasıl erişim sağlayacağım konusunda bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %50,0 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %27,5 tespit edilmiş olup katılımcıların %77,5’i bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının bölüm çalışanlarına ihtiyaç duydukları anda ulaşabilmesi karşılaşılabilecekleri acil durumlarda daha kısa sürede ilgili personel tarafından müdahale edilebilmesi açısından önemlidir.

‘Ziyaret saatleri, refakatçi kuralları ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %49,6 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %30,3 ile toplamda katılımcıların %79,9’unun bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Aydemir’in (2017) çalışmasında hastane ve servis kuralları ile ilgili hastaların bilgilendirilme düzeyinin %71,4 olduğunu tespit etmiştir. Aygöl ve Ulupınar’ın (2012) çalışmasında ise hastaların ziyaret süreci ile ilgili %50,7’sinin bilgilendirildiğini belirtmiştir (69). Covid-19 küresel salgın nedeniyle Sağlık Bakanlığı’nın ‘‘Hasta Ziyaretleri Hakkında’’ ve ‘‘Covid-19 Normalleşme Süreci ve Alınacak Tedbirler’’ yazısına istinaden ‘‘..... hastanın yardıma ihtiyacı olduğu durumlar (pediatrik hastalar, özel gereksinimli bireyler, yaşlı hastalar vb.) hariç refakatçi kabul edilmemelidir.’’ ibaresi gereği ziyaretçi ve refakatçi yasağı getirilmiştir (75). Covid-19 küresel salgının hızlı yayılması ve sağlık kurumlarından hizmet alan bireylerin bağışıklık sisteminin diğer bireylere göre daha düşük olması nedeniyle hasta ve refakatçinin ziyaret kuralları ile ilgili net ve tam olarak bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir.

‘Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %51,6 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %27,9 ile toplamda katılımcıların %79,5 ile bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Aygöl ve Ulupınar’ın (2012) çalışmasında hastane kuralları ile ilgili hastaların %43,9’unun bilgilendirildiğini belirtmiştir (69). Tosun ve Tüfekçi’nin (2015) çalışmasında ise ‘yatış işlemi öncesi hastane kuralları hakkında bilgilendirme’ sorusuna ankete katılan refakatçilerin %60’ının bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir (71). Hasta hakları ile birlikte son dönemde hasta sorumlulukları kavramı da ortaya çıkmıştır. Hastaların genel sorumlulukları yanında hastane kurallarına uyma gibi sorumlulukları da mevcuttur (76). ‘Hastane hepimizindir’ düşüncesi ile hasta ve refakatçilerin kurallara uyması

sonucunda hastanede hastalar arasında bütünlük sağlanır ve sağlık çalışanlarının tedavi ve bakım hizmetlerine odaklanmaları daha kolay olur. Hastalara en iyi hizmeti verebilmek için hastane kurallarına tüm hasta ve hasta yakınlarının uyması gerekmektedir.

‘Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusuna ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtı %3,7 ve ‘katılmıyorum’ yanıtı %75,8 ile toplamda katılımcıların %79,5’i olumsuz görüş belirtmiş, bilgilendirilmediğini ifade etmiştir. Bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir. İzmir ilinin deprem bölgesi olması nedeniyle hasta ve hasta yakınlarının deprem durumunda yapılması gerekenler ile bilgi sahibi olmaları, ilgili eğitimleri almaları oldukça önemlidir. Afet ve acil durum yönetimine ilişkin görev yetki ve sorumlular tanımlanmalı, risk değerlendirmesi yapılarak gerekli çalışmalar başlatılmalıdır. Acil durum ve afet planı oluşturulmalı, çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilmelidir. Hastanede tüm çalışanlara acil durum ve afet planı doğrultusunda eğitimler verilmeli, tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır. Böylelikle ilgili eğitimlerle bilinçlenmiş olan sağlık çalışanları aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarının da bu konu ile ilgili farkındalığı arttırılmalıdır (29).

‘Hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %70,5 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %15,6 ile toplamda katılımcıların %86,1’inin bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Şahin ve ark. (2005) çalışmasında hasta yakınları tarafından hastalık hakkındaki verilen bilginin yeterli olduğunu ifade edenler %77,9’dur (77). Boztepe ve ark. (2019) çalışmasında ise ebeveynlerin çocuklarının hastalıklarını bilme durumu %78,5’tir (59). Çalışmamızın verileri diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

‘Test sonuç verme süreleri ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %51,6 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %22,1 ile toplamda katılımcıların %73,7’si bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %5,3 ise kendilerine herhangi bir test yapılmadığını belirtmiştir. Kuzubaş’ın (2014) çalışmasında ise ‘hasta yakınlarının tahliller süresince verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliği ile ilgili memnuniyet durumu %68,0’dır (78). Test sonuç verme süreleri ile ilgili hasta ve hasta yakınlarının yeterli bilgilendirilmesi durumunda hastalıkları hakkındaki kaygı ve endişelerinin azalacağı düşünülmektedir.

‘Hasta kimlik doğrulamasının gerekliliği ve kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapıldığı ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtı %8,6 ve ‘katılmıyorum’ yanıtı %48,0 ile toplamda katılımcıların %56,6’sinin bilgilendirmediği görülmüştür. Gürlek ve ark. (2015) çalışmasında ‘bileklik takılırken, kullanım amacının açıklanması’ sorusuna hastaların %37,3’ü kendilerine herhangi bir açıklama yapılmadığını belirtmiştir (79). Gürlek ve ark. (2015) çalışması ile çalışmamız kıyaslandığında, çalışmanın erişkin hastalarda yapılmış olması ve bilgilendirmenin hastanın kendisine anlatılması sebebiyle oranın yüksek çıktığı düşünülmektedir. Ancak toplam katılımcıların yarısından fazlasının bilgilendirmediğini ifade etmesi istenmeyen bir olgudur. Hastalarda kimlik bilgilerinin tanımlanmamasına, tedavi ve girişim öncesi doğrulanmamasına yönelik hatalara oldukça sık rastlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 İstatistik ve Analiz Raporu incelendiğinde en sık bildirimi yapılan hasta güvenliği hatasının üçüncü sırasında (%7,44) hastanın yanlış kimliklendirilmesi hatasının yer aldığı tespit edilmiştir (80). Aslan (2019) çalışmasında İstanbul Anadolu Yakası’nda yer alan bir üniversite hastanesinde bildirimi yapılan 1496 tıbbi hatayı Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması’ na göre değerlendirmiştir. Bildirimleri tıbbi hata/olay türüne göre sınıflandırdığında ‘klinik yönetim’ kategorisinde en fazla bildirimin hasta kimliklendirme ile ilgili olduğunu belirtmiştir (81). Taş ve Aldem’ in (2014) çalışmasında pediatri kliniğinden çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kapsamında uygulamalarını araştırdıklarında katılımcıların sadece %54,1’ine kol bandı verdiklerini tespit etmişlerdir (68). Hastaların doğru kimliklendirilmesi; hastaya ilaç verildiğinde, kan ve kan bileşeni uygulanmadan önce, kan ve diğer test örnekleri alınırken, hasta transferi sırasında, her türlü tedavi ve prosedürün uygulanmasında hastaya ait en az iki kimlik bilgisinin kullanılmasıdır (24). Hastanelerde hastalara tanı ve tedavi hizmeti verilirken, doğru hastaya doğru işlem ve tedavi hizmetinin verilmesi amacıyla yatarak tedavi hizmeti alan hastalarda, hasta kliniğe kabul edildiği andan itibaren hastanın kimliği doğrulanmalı ve hastane bilgi sistemindeki hastaya ait bilgilerle çapraz karşılaştırma yapılarak kimlik tanımlayıcı bileklik mutlaka takılmalıdır. Uygulanan politika ve kimlik doğrulamaya ilişkin yeterli açıklama, hasta ve yakınlarının uygulamaya ilişkin anlayışını, kabul edilebilirliğini ve uyumunu

artırması bakımında oldukça önemlidir. Kimlik tanımlayıcı bilekliğin neden takıldığı ile ilgili hastalara yapılması gereken açıklama, hasta güvenliğini arttırırken olası tıbbi hataları engellemek için atılan önemli bir adımdır. Hastaların kimlik tanımlayıcı prosedür ile ilgili bilgilendirilmesi sonucu farkındalık düzeyleri artarak önemli bir güvenlik tedbiri olan bileklik kullanımını destekleyeceği düşünülmektedir (79).

‘Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %50,0 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %17,6 ile toplamda katılımcıların %67,6’si bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %14,8’i ise kendileri tarafında hastaya kullanılması gereken herhangi bir ilaç olmadığını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ilaç hataları sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan olaylar arasında yer almaktadır (82). Pediatrik hasta grubu ve yetişkinler ilaç hatalarından kaynaklanabilecek zarar açısından karşılaştırıldıklarında pediatrik hasta grubunun daha fazla risk altında olduğu ve oluşabilecek hatalar karşısında daha ciddi sorunlar yaşayacağı bilinmektedir (83). *‘İlaç hatalarının nedenleri değerlendirildiğinde, hasta ile ilişkili faktörler arasında; hastanın eğitim seviyesi, kişiliği, dil bariyeri ve klinik vakaların karmaşıklığı yer almaktadır’* (81). İlaçların uygulanması sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır ancak hasta ve hasta yakınlarının ilaçların kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirilmesi akılcı ilaç kullanım süreci için oldukça önemlidir. Akılcı ilaç kullanım süreci, doğru teşhisin konulabilmesi, güvenli ve etkin tedavinin seçilmesi, ilaç kullanımı ile ilgili hastanın bilgilendirilmesi, tedavinin başlatılması, tedavi sonuçlarının izlenmesi ve problem çözüldüğünde ise tedavinin güvenli aşamalar ile sonlandırılmasını içerir (84).

‘El hijyeni ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %35,7 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %14,3 ile toplamda katılımcıların %50,0’ının bilgilendiği görülmüştür. Maraş ve ark. (2020) çalışmasında katılımcıların %28,6’sı hastanede bulundukları sürede el yıkama konusunda eğitim aldığını rapor etmiştir (85). Çalışmamızda katılımcıların %47,2’sinin ise bilgilendirilmediğini ifade etmektedir. Katılımcıların yarısına yakın bir kısmının bilgilendirilmediğini ifade etmesinin nedeni el yıkama konusunda eğitim almışsa da eğitimin içeriği, sunumu ve kalitesindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Enfeksiyon etkenlerinin bulaşmasındaki en yaygın neden doğrudan temastır. Doğrudan temasta ise eller en yaygın enfeksiyon taşıyıcısıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonları

önlemede en basit yolun uygun el hijyeninin sağlanması olduğu kabul edilmektedir (68). Öncelikli olarak el yıkama davranışının sorumluluğu sağlık çalışanlarına aittir. Bunun yanı sıra el yıkama konusunda hasta ve hasta yakınlarının farkındalığı arttığında sağlık personelinin el hijyenini yerine getirme durumunu sorgulaması ve takip etmesi el yıkama oranlarını arttıracakı düşünülmektedir (85). Hasta ve hasta yakınlarının el yıkama ile ilgili bilinç düzeyi artırıldığında hastanın taburculuk sonrası bakım kalitesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

‘İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtı %5,3 ve ‘katılmıyorum’ yanıtı %72,5 ile toplamda katılımcıların %77,8’inin bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir. Bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir. Ülkemizde izolasyon tanımlayıcısı ve kullanım kuralları hakkında hasta/hasta yakının bilgi düzeyini belirlemeye yönelik araştırma yürütülmediği görülmektedir. Sağlık çalışanları izolasyon önlemlerini ne kadar uygularsa uygulasin hasta ve hasta yakınları bu önlemleri uygulama da aynı çabayı göstermiyorsa enfeksiyon hızla yayılım gösterecektir. İzolasyon önlemlerine uyum göstermede hasta ve hasta yakınları sağlık çalışanları ile aynı yükümlülüğe sahiptir. Hastaya hastalığının nasıl bulaştığı ve uyması gereken enfeksiyon önleme kuralları anlatılmalı ve bu önlemlere uyup uymadığı mutlaka gözlemlenmelidir (86). Sağlıkta Kalite Standartları gereği ‘enfekte veya kolonize hastalarda, izolasyon önlemlerini uygulamaya yönelik izolasyon yöntemini göstermek için tanımlayıcı figürler kullanılmaktadır (29). Tanımlayıcı figürler, sağlık çalışanları arasında ülke genelinde standart bir uygulama ve dil birliği sağlamak amacıyla hazırlanmıştır (87). İzolasyon tanımlayıcıları ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi hasta güvenliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir.

‘Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %45,1 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %26,6 bulunmuş olup toplamda katılımcıların %71,7’si bilgilendiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %1,2’si ise kendileri tarafında hastaya uygulanması gereken herhangi bir bakım olmadığını belirtmiştir. Tosun ve Tüfekçi (2015) çalışmasında katılımcıların %82,5’i hemşirelerin çocuğun bakımına ilişkin bilgi verdiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada ise verilen bilginin %78,0’i anlaşılır bulunmuştur (71). Karaarslan ve ark. (2020) çalışmasında çalışmaya katılan bireylerin %56,9’ünün çocuğun bakımı hakkında

bilgilendirildiğini belirtmiştir (59). Diğer çalışmalardaki bilgilendirilme oranları çalışmamız ile uyumludur. Taşdelen'in (2006) çalışmasında ise 'çocuğumun bakımına katkıda bulunabilmek' ifadesi katılımcılar için %65,0 ile 'çok önemli', %30,1 ile de 'önemli' olarak ifade edilmiştir (70). Yapılan bir araştırmada ebeveynlerin, hemşireler ile birlikte çocuğun bakımına katıldıklarında kendilerini daha güçlü hissettikleri bulunmuştur (88). Bunun nedeni ailelerin taburcu olduklarında evde yapacakları bakım uygulamalarının doğruluğundan emin olmak istemesi ve öğrenilen doğru uygulamalar ışığında çocuklarına zarar vermek istememeleridir. Bakım konusunda ebeveynlerin bilgi eksikliğinin belirlenmesi, bilgilendirme ihtiyacının tanımlanması ve yapılacak olan bakım ile ilgili bilgilendirmelerin planlanması gerekmektedir. Bilgilendirme ebeveynlerdeki kaygıyı azaltarak, bakıma olan katılımı ve sağlık personeline duyulan güveni arttıracaktır (89). Çocuğun bakımına ilişkin bilgilerin ebeveynlerle paylaşılması açık iletişimi ile mümkündür. Uygun iletişim teknikleri kullanılarak çocuğun gereksinimine olan en uygun bakım uygulaması ebeveyne aktarılmalıdır. Ebeveynlerin çocuğunun durumu ve bakım uygulamaları ile ilgili sorularının olup olmadığının sorgulanması, daha rahat soru sormalarına imkân tanınması verilen eğitimin niteliğinin de artmasına yardımcı olur (71). İletişimin etkili bir şekilde gerçekleşmesi sonucu ebeveynin sağlık bakımından aldığı memnuniyet düzeyini, bakım sağlayabilmedeki güveni ve yeterliliğini de arttıracaktır (90).

'Hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri iletebileceğim ile ilgili bilgilendirildim.' sorusunda 'kesinlikle katılmıyorum' yanıtı %5,3 ve 'katılmıyorum' yanıtı %77,9 ile toplamda katılımcıların %83,2'si; 'Görüş, öneri ve şikayetleri, ne şekilde, kimler tarafından, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabileceği gibi konular ile ilgili bilgilendirildim.' sorusunda ise 'kesinlikle katılmıyorum' yanıtı %5,3 ve 'katılmıyorum' yanıtı %77,5 ile toplamda katılımcıların %82,8'inin bilgilendirmediği görülmüştür. Bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir. Hastaların hastane ve çalışanlar ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmeleri hasta hakları gereğidir. Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarının internet üzerinden ya da kutular aracılığı ile öneri, görüş ve şikayetlerini bildirme hakkının olduğu ile ilgili farkındalığın artması sağlanmalıdır. Hastalar hasta hakları birimine doğrudan, internet aracılığı, görüş, öneri ve şikâyet kutuları aracılığı ile başvuru yapabilmektedir. Hastaların kendilerine sunulan hizmetleri, hizmet süreçlerinde

karşılaştıkları sorunları ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı; düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Yapılan iyileştirme çalışmaları ve bildirimlerin sonuçları hasta ve hasta yakınına iletilmeli, geri bildirimde bulunulmalıdır (29).

‘Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple kendime ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda mahremiyetime özen gösterilmesi gerektiği ve rızam alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtı %5,3 ve ‘katılmıyorum’ yanıtı %84,8 ile toplamda katılımcıların %90,1’i bilgilendirmediğini ifade etmiştir. Hastaların tamamına yakınının bilgilendirilmediğini ifade etmesi istenmeyen bir durumdur. ‘Hasta Hakları Yönetmeliği Tıbbi Araştırmalarda Rıza’ başlığı içeriğinde tıbbi araştırmalar yürütülürken hasta hakları kapsamında uygulanması gereken usul ve esaslar belirtilmiştir (51). Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım ya da hastaya ait veri, bilgi ve materyal kullanımı ancak hastanın rızası ve mahremiyetini sağlamak koşulu ile gerçekleştirilebilir. Bu nedenle hastaların hasta hakları gereği bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

‘Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar (İlacın sıklığı, zamanı, özellikli ilaçların kullanımı, aç-tok, ilaç ve besin etkileşimi saklanma koşulları, komplikasyonları, yan etkileri...) ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %69,3 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %16,0 ile toplamda katılımcıların %85,3’si bilgilendiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %5,7’si ise taburculuk esnasında doktorun herhangi bir ilaç yazmadığını belirtmiştir. Aygül ve Ulupınar (2012) çalışmasında hastaların %62,8’inin taburculuk esnasında ilaç kullanımı ile ilgili bilgilendiğini tespit etmişlerdir. Ercüment (2020) çalışmasında ise ‘doktor (ya da hemşire) ilaçlarımı nasıl kullanacağımı anlattı.’ sorusunda hastaların %87,9’unun bilgilendiğini belirtmiştir (91). Çalışmamızın verileri diğer çalışmalar ile uyum göstermektedir. Dal ve ark. (2012) çalışmasında hastaların %92,3’ünün taburcu olduktan sonra ilaç kullanımına (yan etki, kullanım, bilgi eksikliği) ilişkin sorun yaşadığını tespit etmiştir (92). İlaç hataları, çocuk hastaların zarar görmesine, hastanede kalış sürelerinin uzamasına, hastaneye geri dönüşlerin yaşanmasına, maliyetlerin artmasına ve hatta sentinel olayların yaşanmasına neden olan önemli bir hasta güvenliği sorunudur (93). Bu ve bunun gibi nedenlerle hasta ve yakınlarının

taburcu oldukları süreçte ilaç kullanımı ile ilgili bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Hastaların hastanedeki tedavileri sona erdiğinde ilaç kullanımının düzenlenmesi, ilaç kullanımı ile ilgili eğitim verilmesi, tedavisini evde tek başına kendi sürdürebilecek duruma gelmesi için ilgili sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (84).

‘Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %82,0 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %12,3 bulunmuş olup toplamda katılımcıların %94,3’ü bilgilendiklerini ifade etmişlerdir. Aygöl ve Ulupınar (2012) çalışmasında taburculuk esnasında hastaların %70,3’ünün kontrol tarihi ile ilgili bilgilendiğini belirtmiştir (69). Ercüment (2020) çalışmasında ise ‘kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmem gerektiği konusunda bilgilendirildim’ sorusunda hastaların %87,1’i bu ifadeye katıldıklarını belirtmiştir (91). Dal ve ark. (2012) çalışmasında hastaların %87,7’sinin taburcu olduktan sonra kontrollere (kontrol zamanını ve sıklığını bilememe) ilişkin sorun yaşadığını tespit etmiştir (92). Hastaların taburcu edildikten sonra normal yaşamlarına güvenli bir şekilde dönebilmeleri için takibe ve kontrole ihtiyacı vardır. Doktorun bu kontroller ışığında elde ettiği bulguları ve hastanın durumundaki gelişmeleri izlemesi tedavinin bir sonraki aşamasını belirleyecektir. İyileşme süreci ve kullanılan ilaçların etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla kontrol sürecinin planlandığı gibi ilerlemesi gerekmektedir (94). Bu nedenle hasta ve hasta yakının kontrol zamanı ile ilgili bilgilendirilme düzeyinin yüksek olması istenilen ve olması gereken bir olgudur.

‘Taburculuk sonrası bakım ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı %68,4 ve ‘katılıyorum’ yanıtı %12,7 ile toplamda katılımcıların %81,1’i bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %1,6’si ise taburculuk sonrası uygulaması gereken bakımla ilgili bir uygulama olmadığını belirtmiştir. Tosun ve Tüfekçi (2015) çalışmasında annelerin %87,6’si evdeki bakım için bilgilendiğini ifade etmiştir (71). Aydemir’in (2017) çalışmasında ise hastaların %69,3’ünün taburcu olurken evde bakım ile ilgili bilgilendirildiğini tespit edilmiştir (73). Aksakal ve Bilgili (2008) çalışmasında hastaların eğitim almak istedikleri konuların başında taburculuk eğitiminin geldiği görülmüş olup, %48,7’si taburcu olduktan sonra evde bakımla ilgili bilgilenmek istediklerini belirtmiştir (95). İyi bir taburculuk planlaması ile bireylerin ve bakım verenlerin daha az sorunla karşılaşacağı, taburcu olduktan sonra evdeki

yaşamını daha güvenli sürdürebileceği, kendi bakımına katkı sağlayarak iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (92).

‘Gerektiğinde iletişime geçebileceğim numaralar ile ilgili bilgilendirildim.’ sorusunda ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtı %6,6 ve ‘katılmıyorum’ yanıtı %58,2 bulunmuş olup toplamda katılımcıların %64,8’i bu ifadeye katılmamıştır. Tosun (2015) çalışmasında ise hasta yakınlarının ‘taburculuktan sonra ihtiyaç olduğunda iletişim kurulabilecek telefon numarasının verilmesi’ ifadesine %54,3’ünün ‘mükemmel’, %42,9’ünün ise ‘çok iyi’ düzeyde katıldığını belirtmiştir. Tosun’un (2015) çalışma verisi ile kıyaslandığında çalışmamızın verisinin oldukça düşük olduğu görülmüştür (74). Çalışmanın yürütüldüğü hastanede epikrizlerin alt bölümünde yer alan iletişim numarası taburcu olurken hasta ve/veya hasta yakınlarına belirtilmesi durumunda ilgili sorunun çözümünde kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir. Hastanın sağlık durumunun bozulması, bakım ya da ilaç uygulamaları ile ilgili oluşabilecek sorunlarda hasta ve hasta yakınının zaman kaybetmeden ilgili sağlık çalışanına ulaşması önemli bir ihtiyaçtır. Taburcu olurken hasta ve hasta yakınına yapılacak olan bilgilendirme ile gerekli sağlık çalışanına ulaşmada kolaylık sağlanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular ile dışlama kriterleri dışında kalan yataklı servislerde hizmet alan hasta yakınlarına SKS 6.0'a göre verilmesi gereken eğitim ve bilgilendirmelerin düzeyini ortaya koymaktadır. Araştırmamızda yapılan istatistiksel analizler sonucunda hasta yakınlarının taburculuk esnasındaki bilgi düzeyinin; servise kabul ve tedavi esnasındaki bilgi düzeyine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak ise katılımcılar tarafından verilen puanların ortalamasının üstünde olduğu, katılımcıların bilgi düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda hasta ve yakınının bakımı, tedavisi, taburculuk sonrası ihtiyaç duyacağı konular ile ilgili bilgilendirilmesi; tedavisine olan uyumunu arttırmasına, hastalığın iyileşme sürecine olumlu anlamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca SKS gereği yapılması gereken bilgilendirmeler hasta ve yakınlarının hastaneye olan uyumunu ve memnuniyet düzeyini artacaktır. Bu bilgiler ışığında hasta ve yakınlarına verilen eğitim ve bilgilendirilmelerin kalitesinin geliştirilerek sürdürülebilmesi amacıyla;

- Hasta ve hasta yakınlarının bakım ve tedavi süreci ile ilgili bilgi sahibi olması, gerekli eğitimlerin aktarılması elde etmesi gereken en önemli haklardandır. Eğitim ve bilgilendirmelerin daha nitelikli ve anlaşılabilir düzeyde olması için düzenli aralıklarla ilgili personele genel ve bölüm uyum eğitimleri aracılığı ile aktarım sağlanmalıdır. Eğitim ve bilgilendirmelerin iyileşme sürecine, tedavinin seyrine olan katkısı konusunda ilgili sağlık personelleri için farkındalık oluşturulmalıdır.
- İncelenen literatür neticesinde eksik ve yetersiz iletişimden kaynaklanan hataların sadece hastane çalışanlarının arasında olmadığı hastalar ile de iletişim problemleri yaşandığı tespit edilmiştir. Bu hataların önüne geçebilmek, hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurabilmek için hastane çalışanları iletişim becerileri konusunda belirli periyotlarla hizmet içi eğitime tabi tutulmalıdır.
- Hastanın tedavisi ve genel durumu ile ilgili hasta ve yakının rahatlıkla soru sorabileceği hasta eğitim odaları oluşturulmalıdır. Bilgilendirmelerin daha anlaşılır seviyede olması, hasta ve yakının tedavi ve bakım sürecine aktif katılımını sağlanabilmesi için tıbbi terimler içermeyen, net ifadeler kullanılmalıdır.

- Uygulanan eğitim ve bilgilendirmelerin içeriği, niteliği düzenli aralıklarla standart bir form oluşturularak değerlendirilmelidir. Form sağlık çalışanlarını, hasta ve yakınlarını kapsayacak şekilde iki aşamalı hazırlanarak ölçüm mekanizması oluşturulmalıdır.
- SKS gereği hasta ve yakınlarına yapılması gereken eğitim ve bilgilendirmeler üst yönetim hedefleri içinde yer almalı, hedeflenen değere ulaşıp ulaşılmadığı üst yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
- Yatarak tedavi hizmeti alan hastalar içinden randomize yöntem ile kontrol grubu seçilerek taburcu olduktan sonraki süreçte telefon veya mail kanalıyla yapılan eğitim ve bilgilendirmelerin düzeyinin değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Hastalara sözlü anlatımın, yazılı materyallerin ve broşürlerin yanı sıra video gösterimi ve görsel materyaller aracılığı ile uygulama yaptırılmasının bilgilendirilmede kalıcılığı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Ülke genelini kapsayan ve daha geniş bir popülasyonu içine alacak örneklem grubuyla bu tür araştırmaların artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Constitution Of The World Health Organization [Internet]. [Erişim Tarihi: 17 Ekim 2020]
Erişim Adresi: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. Öztürk Y, Kıraç R. Scientific Developments: Chapter28, Ankara: Gece Akademi; 2019.
3. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Prof. Dr. Nusret Fişeğin Kitaplaşmamış Yazıları. [Internet]. 1997 [Erişim Tarihi: 17 Ekim 2020]
Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html
4. Çelik Y. Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2006; 9(1): 28.
5. Hupal A. Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algılarına Etkisi (Amasya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği) [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Esenyurt Üniversitesi; 2019
6. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayınevi;2011.
7. Yüksel F, Sadaklıoğlu H. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi; 01-03 Haziran 2007, Kıbrıs Lefkoşa;2007.p. 1100-1118
8. Kavuncubaşı ř, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Bölüm 1 Çevre. 4.Baskı. Ankara: Siyasal Kitapevi; 2015
9. Hayran, O. Bölüm 2 Sağlık Hizmetleri. Hayran O, Sur H Editörler. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayım; 1998. s.34
10. Yalkın S. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama [Yüksek Lisans tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010
11. Yazgan M. Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinden Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylöl Üniversitesi; 2009
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019/18 Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılması Genelgesi [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi: 25 Ocak 2021]
Erişim Adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/33684/0/saglik-hizmeti-sunucustyazi.pdf>
13. Ataklı A, Dikmetaş E. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Ankara: Türk Sağlık Eğitimi Vakfı;2001
14. Kavuncubaşı ř, Kısa A.Bölüm 4. Tokgöz N Editörler. Sağlık Kurumları Yönetimi. 5. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No 926; 2011. 65
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi şehir Hastaneleri A ve B Rolöl Hastaneler [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi: 2 Kasım 2020]

Erişim Adresi:

<https://khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/36503/0/verimlilik-yerinde-degerlendirme-sehir-a-ve-b-24122019-revizepdf.pdf>

16. Yerebakan M. Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Bölüm 2 Genel Bilgiler. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26; 2000

17. Bozkurt R, Odaman A. ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları 549; 1995.

18. Taşçı D. 1.Bölüm Kalite Kavramı. Taşçı D, Çabuk S, Editörler. Kalite Yönetim Sistemleri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2810; 2013. 4

19. Ayna E. Kalite Süreçlerinde PUKÖ Döngüsü [Internet]. [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2021]

Erişim Adresi: <http://kalite.bingol.edu.tr/media/10916/kalite-sureclerinde-puko-dongusu.pdf>

20. Kavrakoglu İ. Kalite Cep Kitabı.3. Baskı. Ankara: Kalder Yayınları; 1996

21. Konca G E, İlhan M N, Bumin M A. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Medical Journal. 2006; 17(3): 42.

22. Croxall Colleen L Croxall. 2001 Michigan Hospital CQI/TQM Study [Doktora tezi]. Detroit: Wayne State University; 2003

23. Stamatis D.H. Total Quality Managment in Healthcare. Inwin Proffesional Puplishing; 2000

24. Sarp N., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Aktan C, Saran U, Editörler. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi. Ankara: Aura Kitapları; 2007. 322

25. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1. 1. Baskı. Ankara; 2012

26. Kibar E. Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli SEKA Devlet Hastanesi Örneği [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2014.

27. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Aralık 2020]

Erişim Adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html>

28. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5; Revizyon 01. 2. Baskı. Ankara; 2016

29. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sürüm 6.0. 1. Baskı. Ankara; 2020

30. T.C. Sağlık Bakanlığı. Standart Geliştirme Algoritması [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Aralık 2020]

Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6403/0/standart-gelistirme-algoritmasi-1pdf.pdf>

31. Gülmez D, Hasçelik G. Sağlık Kurumlarında Kalite Güvencesi ve Akreditasyon: Mikrobiyoloji Laboratuvarları Örneği. Hacettepe Medical Journal. 2008; 39(1): 11-12
32. Arslan M, Ersözlü ZN, Aydoğan İ, İskender M, Helvacı MA, Turhan M. Eğitimle İlgili Temel Kavramlar. Arslan M Editörler. Eğitim Bilimine Giriş. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık;2009.11
33. Barutçugil İ, Eğitimcinin Eğitimi. İstanbul: Kariyer Yayıncılık; 2002
34. Kemertaş İ, Uygulamalı Genel Öğretim Yöntemleri, Öğretimde Planlama ve Değerlendirme. İstanbul: Birsan Yayınevi; 1999
35. Erden M, Fidan N. Eğitime Giriş. İstanbul: Alkım Yayınları; 1998
36. Şimşek A. Öğretim Tasarımı. 4. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık;2014
37. Gökkoca Z. Türk Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001; 10(10): s.371
38. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara; 2011. Sağlık Eğitimi; s.4
39. Lacroix A, Assal, JP. Therapeutic Education Of Patients. Paris; 2000
40. Özden M. Sağlık Eğitimi Ders Kitabı., Ankara: Pozitif Tasarım Yayıncılık; 2003
41. Taşocak G. Hasta Eğitimi, 4. Baskı. İstanbul; İstanbul Üniversitesi Yayın No:5243;2017
42. Bayat M. Öğretim Süreci ve Hemşirelik. Journal of Health Sciences.2005;14 (Ek Sayı Hemşirelik Özel Sayısı): s.66-72
43. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İÜFN Hem Dergisi. 2007 ;15(59): s.101-104
44. Ünal S, Ada S. Eğitim Bilimine Giriş. İstanbul: Nobel Yayıncılık; 2007
45. Kaya H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2009; 1(1): s.19-23
46. Hacialioğlu N. Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim, 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2019
47. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2011; 21(1): s.7-12
48. Açıkalın A. Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağının Yönetimi. Ankara :Pegem Yayınları. Yayın No.7; 1994
49. Avşar G. Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006
50. Tohumat G. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelerin Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme İşlevini Yapma Durumu [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2016
51. T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. Ankara: Başbakanlık Basımevi; 23420; 01.08.1998.
52. Özer C, Şahin M, Dağdeviren N, Aktürk Z, Birinci Basamakta Hasta Eğitimi, Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002; 11(1): s.11

53. Chan Y. H. Biostatistics 101: data presentation. Singapore medical journal, 2003, 44(6), p. 280-285.
54. Shao A. T., Marketing Research: An Aid to Decision Making, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning, 2002
55. Altunışık R, Coşkun R, Yıldırım E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı.6. Baskı, Sakarya: Sakarya Kitapevi;2010
56. Büyüköztürk Ş, Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 5. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık.; 2007
57. Tavşancıl, E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Basımevi; 2005
58. Karaarslan D, Celasin., Demirbağ S, Ergin D, Akut ve Kronik Hastalık Nedeniyle Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Sağlık Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.2020; 13(2): s.85.
59. Boztepe H, Kerimoğlu G, Çınar S, Ay A. Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(4): s. 751-752.
60. Ulus B. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nden Hizmet Alan Ebeveynlerin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.
61. İzmir Büyükşehir Belediyesi. Biz İzmir İzmir'in Rakamları. [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi: 16 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://www.bizizmir.com/YuklenenDosyalar/IzmirinRakamlari/tr/11.pdf>
62. Güdeloğlu E, Çelik T, Özdemir S, Harputluoğlu N. Üçüncü Basamak Bir Çocuk Hastanesi Palyatif Kliniğinde Bakım Sürecinde Verilen Hizmet Memnuniyetinin Hasta Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi.2020; 30(3): s. 267.
63. Aydın N, Tunca F. Yatan Hasta Yakınlarının Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2016; 42: s.78.
64. Türkiye İstatistik Kurumu. İşgücü İstatistikleri, Ekim 2020, Tablo 3-6. [Internet].2021 [Erişim Tarihi: 16 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0%C5%9Fg%C3%BCc%C3%BC-%C4%B0statistikleri-Ekim-2020-37485>
65. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı [Internet].2021 Erişim Tarihi: 16 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0>
66. Berchiolla P, Scaioli G, Passi S, Gianino MM. Adverse events in hospitalized paediatric patients: a systematic review and a meta-regression analysis. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2014; 20: p.551-558.
67. American Academy of Pediatrics. Patient Safety In The Pediatric Emergency Care Setting [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi: 16 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/6/1367.full.pdf>

68. Taş AF, Aldem M. Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Uygulamaları. TAF Prev Med Bull. 2014; 13(3): s. 209,210
69. Aygül, S, Ulupınar S. Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. Anadolu Hemşire Sağ Bil Derg. 2012; 15(1): s.1-9.
70. Taşdelen M. Hastaneye Yatan Çocukların Ebeveynlerinin İhtiyaçlarını Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans tezi]. Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi; 2006.
71. Tosun A, Tüfekçi FG. Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18(2): s.135
72. Topaçoğlu H, Karcıoğlu O, Özüçelik N, Özseraç M, Değerli V, Sarıkaya S ve ark. Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: a survey of 1019 patients. Advances in Therapy. 2004;21(6): s.380-388.
73. Aydemir L. Hastaların Hasta Haklarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi,2017, s.4, 8
74. Tosun H. Refakatçi Hasta Yakınlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeyi ve Hastalarına Yönelik Hizmetlerden Memnuniyeti (Çal Devlet Hastanesi Dâhiliye Servisi Hasta Yakınları Örneği) [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2015.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Ziyaretleri Hakkında [Internet].2021 Erişim Tarihi: 22 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/Eklenti/36836/0/hasta-ziyaretleri-hakkindapdf.pdf>
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları ve Sorumlulukları [Internet].2021 Erişim Tarihi: 22 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/haksorumluluk.htm>
77. Şahin T, Günel E, Dinçer Ş. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. Genel Tıp Derg. 2005;15(4): s.,139
78. Kuzubaş H. Hasta Yakınlarında Demografik Yapı-Memnuniyet İlişkileri (Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süt Çocuğu Servisi Örneği) [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2014.
79. Gürlek Ö, Kanber N, Khorshid L. Hastanelerde Kimlik Tanımlayıcı Bileklik Kullanımına İlişkin Uygulamaların ve Hasta Görüşlerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12 (3) s.199,201
80. T.C. Sağlık Bakanlığı. Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Türkiye İstatistikleri [Internet]. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/28439/0/grs2017-sonpdf.pdf>
81. Aslan Y. Bir Üniversite Hastanesinde Bildirimi Yapılan Tıbbi Hata / Olayların “Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması” na Göre Değerlendirilmesi [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019

82. WHO, Patient Safety Research a Guide for Developing Training Programmes [Internet]. Erişim Tarihi: 24 şubat 2021]. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75359/9789241503440_eng.pdf
83. Ghaleb MA, Barber N, Franklin BD, Wong IC. The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in paediatric inpatients. Arch Dis Child. 2010; 95: 113-118.
84. Çobanoğlu A, Alkanat H. Hastanede Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 22(1): s.33-34
85. Maraş G, Köse ř, Kocaçal E. Hasta ve Hasta Yakınlarının El Yıkama Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020;12(4): s.512,514
86. Demir Z. Çocuklarla Çalışan Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyumunun Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2014
87. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tanımlayıcı Figürler. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın Çalışması [Internet].2021 [Erişim Tarihi: 22 şubat 2021]. Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6410/0/tanimlayici-figurlerpdf.pdf>
88. Graves C., Hayes V., Do Nurses and Parents of Children with Conditions Agree on parental needs?.Journal of Pediatric Nursing. 1996; 11 (5): 288-299
89. Jeanette M., Conner, Nelson, Eugene C., Neonatal Intensive Care: Satisfaction Measured from a Parent's Perspective, Pediatrics. 1999; 103 (1) : s.336-349
90. Peterson M, Cohen J, Parsons V. Family Centered Care: Do We Practice What Wep Reach ? Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. 2004;33(4): s.421-427.
91. Ercüment ř. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hasta Eğitimi Alma Durumları ve Aldıkları Eğitimin Hastalıkları Üzerine Etkisi [Uzmanlık tezi]. Antalya; Akdeniz Üniversitesi; 2020.
92. Dal Ü, Bulut H, Demir S. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi. 2012; 8(1): s.37.
93. Gök D, Sarı Y.H. Pediatriye İlaç Hataları ve Hata Bildirimi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2016; 6(3): s.171.
94. Grup Florence Nightingale Hastaneleri. Taburculuk Sonrası Evde Yaşam [Internet].2021 [Erişim Tarihi: 01 Mart 2021]. Erişim Adresi: <https://www.florence.com.tr/taburculuk-sonrasi-evde-yasam>
95. Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. Erciyes Tıp Dergisi .2008;30(4): s.24.
96. Eker T. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Görev Alan Eczane Çalışanlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Kapsamına Göre İlaç Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2018

97. T.C. Resmi Gazete. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası. Ankara: Başbakanlık Basımevi; 2709; 07.11.1982



8. EKLER

8.1. EK-1 SKS 6.0'a Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlgili Hasta – Hasta Yakını Bilgi Düzeyi Belirleme Ölçeği

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi hizmeti alan hasta yakınlarının “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon 6.0'ya göre verilmesi gereken hasta eğitimleri ve bilgilendirmelerin hasta yakını tarafından algılanma düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla katınıza ihtiyaç duyuyoruz. Aşağıda yer alan sorulara eksiksiz ve gerçekçi cevaplar vermeniz çalışmanın amacına ulaşabilmesi açısından oldukça önemlidir. Anket formuna lütfen kişisel bilgilerinizi yazamayınız. Ankette bulunan tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Göstermiş olduğunuz ilgi ve katkılardan dolayı teşekkür eder, sağlıklı günler dileriz.

Zeynep AKIN (Yüksek Lisans Öğrencisi)
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

A. Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek

B. Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.

() 20'nin altında () 20-29 () 30-39
() 40-49 () 50-59 () 60 ve üstü

C. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Yüksek Lisans
()Ortaokul () Lise ()Üniversite ()Doktora

D. Meslek Durumu

() İşçi () Memur () Ev Hanım () Esnaf () Emekli () Diğer

E. Hastanedeki Yatış Süresi: () 0-5 gün

() 6-10 gün () 10 günün üzerinde

F. Hastanedeki yatış sıklığınız

() İlk defa () 2. Defa () 3 ve/veya daha fazla

		KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
SIRA NO	SERVİS/BÖLÜME KABUL ESNASINDA					
1	Teşhis, tedavi süreci, hastanın genel durumu, bakım uygulamalarının seyri ile ilgili bilgilendirildim.					
2	Planlanan tıbbi müdahaleler ve takip süreci ile ilgili bilgilendirildim.					
3	Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.					
4	Hemşire çağrı sistemi kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.					
5	Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri ile ilgili bilgilendirildim.					
6	Tuvalet-banyo kullanımı ile ilgili bilgilendirildim.					
7	Bölüm çalışanlarına nasıl erişim sağlayacağım konusunda bilgilendirildim.					
8	Ziyaret saatleri, refakatçi kuralları ile ilgili bilgilendirildim.					
9	Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ile ilgili bilgilendirildim.					
10	Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar ile ilgili bilgilendirildim.					
TEDAVİ ESNASINDA						
11	Hastalığım seyri ilgili bilgilendirildim.					
12	Test sonuç verme süreleri ile ilgili bilgilendirildim.					
13	Hasta kimlik doğrulamasının gerekliliği ve kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapıldığı ile ilgili bilgilendirildim.					
14	Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları ile ilgili bilgilendirildim.					
15	El hijyeni ile ilgili bilgilendirildim.					
16	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında bilgilendirildim.					
17	Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar ile ilgili bilgilendirildim.					

18	Hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri iletebileceğim ile ilgili bilgilendirildim.					
19	Görüş, öneri ve şikayetleri, ne şekilde, kimler tarafından, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabileceği gibi konular ile ilgili bilgilendirildim.					
20	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple kendime ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda mahremiyetime özen gösterilmesi gerektiği ve rızam alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildim.					
TABURCULUK ESNASINDA						
21	Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar (İlacın sıklığı, zamanı, özellikli ilaçların kullanımı, aç-tok, ilaç ve besin etkileşimi saklanma koşulları, komplikasyonları, yan etkileri...) ile ilgili bilgilendirildim.					
22	Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi ile ilgili bilgilendirildim.					
23	Taburculuk sonrası bakım ile ilgili bilgilendirildim.					
24	Gerektiğinde iletişime geçebileceğim numaralar ile ilgili bilgilendirildim.					

8.2. EK-2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Mete Edizer
Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5764-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Mete Edizer Anatomi A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/23-06	Tarih:28.09.2020			
	Prof.Dr. Mete Edizer'in sorumlusu olduğu "Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

8.2. EK-2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni (Danışman Değişikliği Nedeniyle)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Mete Edizer
Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5764-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Mete Edizer Anatomi A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı dilekçesi	11.11.2020		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/28-37	Tarih:23.11.2020
	Prof.Dr. Mete Edizer'in sorumlusu olduğu "Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.9'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)" isimli klinik araştırmaya ait 11.11.2020 tarihli sorumlu araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Sorumlu araştırmacı görevinin Prof.Dr. A. Hüseyin Baskın'a devredilmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGÖN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Avv. Zeynep FORTİNA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mahmut Erhan ÇOKGÜL	Sağlık memuru olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

Yukarıdaki Üyelerden Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

8.2. EK-2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni (Danışman Değişikliği Nedeniyle)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr.A. Hüseyin Baskın
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5764-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.A. Hüseyin Baskın SBE
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı dilekçesi	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/30-35	Tarih:21.12.2020			
	Prof.Dr.A. Hüseyin Baskın'ın sorumlusu olduğu "Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Sorumlu araştırmacı görevinin Dr.Öğr.Üyesi Esra Duğral'a devredilmesi.ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

8.3. EK-3 S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Formu



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 13399118-799
Konu : Çalışma Başvurusu

Sayın Zeynep AKIN

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu 20.08.2020 tarihinde toplanmıştır. Başvuruda bulunduğunuz "Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6 'ya göre hasta bakım kalitesiyle ilişkili standartlarında hasta yakınlarının bilgi düzeylerinin belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği)" konulu çalışmanıza ön izin verilmiştir.

Çalışmanıza ait etik kurul kararının bir örneğini ve çalışmanızın sonucunun Eğitimi Ar-Ge birimine teslim etmeniz hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Behzat ÖZKAN
Başhekim

Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. ve Cerr.Hast.

Telefon: Faks No:

e-Posta: emine.akturk2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: emine.akturk2@saglik.gov.tr

Elektronik elektronik imzalı suretini <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0066775-8a2a-039b-ac65-406e4ac62f0 kodu ile alabilirsiniz.

Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emine AKTÜRK

HEMŞİRE

Telefon No: (0 232) 411 39 10

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

07 Eylül 2016 - Şu Anda (4 yıl 10 ay)
Ön Lisans, Açıköğretim, ANADOLU ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ, TIBBİ DÖKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PR.
(AÇIKÖĞRETİM)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 1.19 / 4.0

19 Ocak 2009 - 02 Temmuz 2012 (3 yıl 6 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, MARMARA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, SAĞLIK YÖNETİMİ PR.
Diploma Numarası: 1550.2011.0050
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 87.75 / 100.0

01 Eylül 2008 - 01 Temmuz 2012 (3 yıl 11 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, MARMARA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ

24 Ekim 2005 - 11 Haziran 2007 (1 yıl 8 ay)
Ön Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
YENİPAZAR MESLEK YÜKSEKOKULU, SİGORTACILIK PR.
Diploma Numarası: 2007/1381-13366
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 75.86 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ağustos 2016 - Şu Anda (4 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
MEMUR, YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU
HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU
HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK
HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İdari Görev: DiğER

01 Ağustos 2014 - 01 Temmuz 2016 (2 yıl) (Tam Zamanlı)
MEMUR, YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU
HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI VAN TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ VAN ÖZALP DEVLET HASTANESİ
İdari Görev: DiğER

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0