2022

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülçin GÜLEŞEN




T.C

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# HEMŞİRELERİN KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE NEDENLERİNİN ANALİZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Gülçin GÜLEŞEN**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# HEMŞİRELERİN KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE NEDENLERİNİN ANALİZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Gülçin GÜLEŞEN**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2022

**T.C.**
**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# HEMŞİRELERİN KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE NEDENLERİNİN ANALİZİ

Gülçin GÜLEŞEN

Yüksek Lisans Tezi

08.06.2022

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hilal TÜZER

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Hilal TÜZER
Doç. Dr. Bahar İNKAYA
Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

08-06-2022

Gülçin GÜLEŞEN

## TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğimin en başında karar verdiğim bu büyük amacımın en önemli aşamasından biri olan yüksek lisans eğitimimde ve bilimsel çalışmam süresince bana destek olan, ışığı ile yolumu aydınlatan, her zorlandığımda en büyük dayanağım olan ve örnek aldığım değerli tez danışmanım sayın Doç. Dr. Hilal TÜZER'e,

Yüksek lisans eğitimim de katkı sağlayan Hemşirelik bölümü hocalarıma ve özellikle Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı hocalarıma,

Kurumlarında araştırma yapılmasına izin vererek çalışmama katkı sağlayan Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi yöneticilerine ve değerli katkılarından dolayı hemşire meslektaşlarıma,

Çalışma sürecimde beni destekleyen ve yanımda olan meslektaşlarım Serpil BOZKURT, Münire KARAMAN, Fatma ÇAKIR, Ümran ÇELİK BARMAKÇI, Özlem TAN, Gözde ÖZYER ve Ayşe ALTAY'a,

Yüksek lisans eğitimi sürecinde tanıştığım ve daima destek olan arkadaşım sayın Çiğdem KARDAŞ'a,

Bana her zaman güvenen, beni her daim motive ederek, sevgi ve desteğini esirgemeyen kahramanım sevgili eşim Yunus GÜLEŞEN'e, çocuklarım Eyyüp ve Elif Buse GÜLEŞEN'e

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

**İÇİNDEKİLER**

**ÖZET ……..……iii**

**ABSTRACT ..... iv**

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... v**

**ŞEKİLLER DİZİNİ ..... vi**

**TABLOLAR DİZİNİ ..... vii**

**1. GİRİŞ ..... 1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ..... 1

1.2. Araştırmanın Amacı ..... 4

1.3. Araştırmanın Soruları ..... 4

**2. GENEL BİLGİLER ..... 5**

2.1. Bakım Kavramı ve Tanımları ..... 5

2.2. Hemşirelik Bakımı Kavramı ..... 7

2.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Kavramı ..... 9

2.4. Bakımda Hemşirenin Rolü ..... 11

2.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İle İlgili Araştırma Sonuçları ..... 12

2.5.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerine Yönelik Yapılan Araştırmalar ..... 13

2.5.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve İlişkili Olduğu Faktörlerin İncelendiği Araştırmalar ..... 18

**3. MATERYAL VE YÖNTEM ..... 26**

3.1. Araştırmanın Şekli ..... 26

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... 26

3.2.1. Araştırmanın Evreni ..... 26

3.2.2. Araştırmanın Örneklemi ..... 26

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 27

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması ..... 28
3.4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu ..... 28
3.4.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği ..... 28
3.5. Araştırmanın Uygulanması ..... 29
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu ..... 30
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 30
3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi ..... 30
**4. BULGULAR ..... 32**
**5. TARTIŞMA ..... 51**
**6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 62**
6.1. Sonuçlar ..... 62
6.2. Öneriler ..... 64
**7. KAYNAKLAR ..... 66**
**8. EKLER ..... 78**
Ek-1: Demografik Veri Toplama Formu ..... 78
Ek-2: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği ..... 79
Ek-3: Etik Kurul Proje Onay Belgesi ..... 81
Ek-4: Çalışma İzni Onayları ..... 82
Ek-5: Ölçek İzni ..... 85
Ek-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu ..... 86
Ek-7: Özgeçmiş ..... 87

# ÖZET

## Hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Analizi

Bu araştırma hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini 633 hemşire oluşturmuştur. Veriler "Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu" ve "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği" ile 01/12/2020 – 30//06/2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanı (1.22±0.54) ortalamanın altında, karşılanamayan bakımların nedenleri puanı (3.20±0.79) ise ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Karşılanamayan bakımlarda en yüksek puanı; "hastaya ve/veya yakınlarına duygusal destek verilmesi", "taburculuk hakkında hastaya eğitim verme", "ağız bakımı" ve "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" almıştır. KHB nedenleri olarak "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk", "yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği" ve "çalışan personel sayısının yetersizliği" maddeleri en yüksek puanı almıştır. KHB gereksinimleri puanı ile hemşirelerin yaşı, medeni durumu, hastanesi, birimi, görevi, eğitim düzeyi, gece ve gündüz bakılan hasta sayısı, çalışma süresi, çalışma şekli, hasta bakım yöntemi ve KHB konusunda eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımlarının eğitim araştırma hastanesinde daha yüksek olduğu, hastalar için önemli olan hemşirelik bakımlarının düşük düzeyde karşılanamadığı; personel yetersizliği, malzeme yetersizliği ve iletişim sorunlarının karşılanamayan bakımların nedeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



**Anahtar Kelimeler:** Bakım, Hasta, Hasta Bakımı, Hemşirelik, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

## ABSTRACT

### Analysis of Nurses' Missed Nursing Care Needs and Causes

This research was conducted in descriptive and cross-sectional manner in order to determine the missed nursing care needs and causes by nurses.

The sample of the study consisted of 633 nurses. Data were collected between 01/12/2020 – 30//06/2021 with the "Data Collection Form on Nurses' Demographic Characteristics" and "Missed Nursing Care Scale". Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests were used to evaluate the data.

Nurses's missed nursing care score (1.22±0.54) was below the average, but the reasons for missed nursing care score (3.20±0.79) was above the average. The most frequently missed cares are respectively; "Emotional support to patient and/or family", "Teach patient about after discharge", "Mouth care" and "Ambulation three times per day or as ordered". The reasons for the missed nursing care are "an unexpected increase in the number of patients and/or the density in the working unit", "insufficiency of the number of auxiliary and technical personnel", "insufficiency of the number of working personnel". A statistically significant relationship was found between the score of MNC and the nurses' age, marital status, hospital, unit, duty, education level, the number of patients cared for during day and night shifts, working time, working style, patient care method, and their education about missed nursing care.

In this study, the missed nursing care score was higher in the training and research hospital, and the nursing care that was important for patients could not be missed at a low level; It has been concluded that the lack of personel, lack of materials and communication problems are the reasons for the missed nursing care.



**Key Words:** Care, Patient, Patient care, Nursing, Missed nursing care

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

EAH : Eğitim ve Araştırma Hastanesi

IV : Intravenöz (damar içi)

KHB : Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

KHBA : Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Anketi

KHB-A : Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının A Bölümü

KHB-B : Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının B Bölümü

n : Sayı

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

p : p değeri

r : Pearson korelasyon katsayısı

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

SML : Sağlık Meslek Lisesi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstattistik Paket Programı)

$\overline{X}$ : Aritmetik ortalama

% : Yüzde

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 2.1.** Karşılanamayan hemşirelik bakımı modeli ..... 10

## TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı (n:633) ..... 32
**Tablo 4.2.** Hemşirelerin görevli olduğu servis özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (n:633) ..... 33
**Tablo 4.3.** Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımı (n:633) ..... 34
**Tablo 4.4.** Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenlerinin dağılımı (n:633)..... 36
**Tablo 4.5.** Hemşirelerin KHB gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n:633) ..... 37
**Tablo 4.6.** Hemşirelerin demografik özellikleri ile KHB gereksinimleri (KHB-A) ve nedenleri (KHB-B) puanlarının karşılaştırılması (n:633) ..... 38
**Tablo 4.7.** Hemşirelerin görevli olduğu servis özellikleri ile KHB-A ve KHB-B puanlarının karşılaştırılması (n:633) ..... 45
**Tablo 4.8.** Hemşirelerin ölçek puanlarının ilişkisinin incelenmesi (n:633) ..... 50

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanın varoluşu ile başlayan, en temel ihtiyacı olan bakım; içeriğinde birçok eylemi barındıran çok boyutlu bir kavramdır (1,2). Geniş anlamlı bir kavram olan ve net bir tanımı olmayan bakım kavramı hemşirelik dışında birçok alanda kullanılmaktadır (2-4). Bakım; bir şeyler için verilen emek, bir başkasının yaşamını devam ettirebilmesi için gereksinimlerini yerine getirmek ve destek olmak üzere saygılı ve özenli olarak yapılan tüm etkinlikleri kapsamaktadır (2).

Hemşirelik literatüründe yardım etmek, korumak, özen göstermek, sevgi ve empati duymak gibi eylemleri ifade eden bakım kavramı; bilgi, sabır, inanç, dürüstlük, saygı, değer verme, katılım, alçak gönüllülük, umut ve cesaret gibi kavramlarla da ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte bakım; bakımı veren ve bakımı alan arasında iletişimin de olduğu dinamik bir süreçtir. Bu nedenle bakım sürecinde bütüncül yaklaşım esas alınmalıdır (4,5). Günümüzde hızla gelişmeye devam eden sağlık alanında da oldukça önemli olan bakım, hemşirelik sürecinin temelinde yer almaktadır. Sağlığın devamlılığı sürecinde önemli bir yapı taşı olan bakım, hemşirelik mesleği için özgün bir kavram ve çoğunlukla hemşireler tarafından profesyonel olarak sürdürülen bir uğraştır (1,2,4).

Hemşirelikte bakım kavramı, hemşirelik mesleğinin odak noktasında yer alan, herkes için özel ancak hemşireliğe özgü bir kavramdır. Hemşirelik mesleğinin varoluşundan itibaren değişmeyen ve gelişmeye devam eden tek kavram bakımdır (2,6-9). Sağlık hizmetinin kaliteli ve güvenli bir şekilde sunularak, hasta memnuniyetinin sağlanmasında hemşirelik bakımının alanında profesyonel hemşireler tarafından verilmesi önemlidir (2,5,8,10,11). Sağlık alanında sağlanan değişim ve gelişimler, rekabet ve maliyet artışı gibi nedenler sağlık hizmetlerinde daha nitelikli ve kaliteli sağlık bakımının verilmesini zorunlu hale getirmiştir (6). Nitelikli ve yetkin bir hemşireden kaliteli bir hemşirelik bakımı almak her hastanın doğal hakkı olmasına karşın, sağlık kurumları arasında verilen hemşirelik bakımının kalitesi ve niteliği arasında farklılıklar görülebilmektedir. Bu nedenle yetersiz ve

gözden kaçırılan hemşirelik bakımı hasta ve çalışan güvenliğini tehdit etmekte, hemşirelerin kendisini yetersiz hissetmesine ve bununla birlikte hem hemşirelerin hem de hastaların memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir (8,12-15). Hemşirelik bakımının temel amacı; bireyin bakım gereksinimlerini saptamak ve bu gereksinimleri karşılayarak kişinin sağlığına kavuşabilmesi ve bağımsızlığını kazanabilmesidir. Ancak hemşirelik bakımının çeşitli nedenlerle verilememesi ve kalitesinin azalması hasta güvenliğini olumsuz olarak etkileyerek, bakım sürecindeki amaca ulaşılmasını engellemektedir (1,2,5,15,16).

Sağlık kurumlarında kaliteli ve nitelikli hizmet sunumunda hasta güvenliği kültürü en önemli bileşeni oluşturmaktadır. Günümüzde sağlık bakım kalitesinin artırılması ve tıbbi hataların önlenmesi sürecinde hasta güvenliği öncelikli bir hale gelmiştir (17-19). Hasta güvenliğinin tam olarak sağlanabilmesi için, hasta güvenliğini tehdit eden hataların belirlenmesi ve bunlara yönelik düzeltici-önleyici faaliyetlerin yapılması oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti sunumunda tıbbi hatalar ve ihmal hataları hasta güvenliğinin sağlanmasını engelleyen hatalardır. Ancak ülkemizde ve dünyada sağlık kurumlarında daha çok tıbbi hatalara odaklanılmakta; nitelikli ve kaliteli hasta bakımına büyük bir engel olan ihmal hataları gözden kaçırılmaktadır (13,14,20-22). İhmal hatalarını belirlemek tıbbi hataları belirlemekten daha güç olması nedeniyle hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir etmendir (11,13,20-22). Bu nedenle ihmal hatalarının sağlık hizmeti sunumunda önceden belirlenmesi ve önlenmesi özellikle yirmi dört saat kesintisiz hizmet veren hemşirelerin hizmetlerinin kaliteli ve nitelikli olması açısından önemlidir. Bu önemli amaca ulaşılması sürecinde öncelikli olarak hemşirelik hizmetlerinin sunumunda gözden kaçırılan ihmal hataları belirlenmedir.

Kalisch ihmal hataları ile ilgili yaptığı nitel bir çalışmada hemşirelerin hasta bakımını kaçırdığını ve bunu ifade etmekte zorlandıklarını ortaya çıkararak bu konuya 2006 yılında dikkat çekmiştir (13). Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB) kavramı, 2006 yılında Kalisch tarafından ortaya çıkarılan ve 2009 yılında Kalisch ve arkadaşları ile geliştirilerek "gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi" olarak tanımlanmış ve bir ihmal hatası olarak hasta güvenliği literatüründe kabul edilmiştir (8,11-13,15). KHB gereksinimi, hemşirelik

bakımının kalitesini geliştirmek ve hasta güvenliğine yönelik olumsuzlukları engellemek için kullanılmaktadır (10,11,13-15,20-22).

Yapılan çalışmalar KHB'nin hastalar, hemşireler ve sağlık kurumları üzerinde de olumsuz etkilerinin olduğuna dikkat çekmektedir (11,13,21,23-28). KHB ile basınç yaraları, üriner sistem enfeksiyonları, ilaç hataları, intravenöz infiltrasyon, kalp rahatsızlıkları, hasta düşmeleri, hastanede kalış süresinin artması, taburculuk sürecinin uzaması, mortalite artışı, yeniden yatış oranının artması ile hasta memnuniyetinin azalması gibi hastalar üzerinde olumsuz sonuçlara yol açtığı görülmektedir (23,24,29-34). Aynı zamanda hemşirelerin karşılanamayan bakımlar ile kendisini yetersiz ve suçlu hissettiği, bunun sonucunda da korku yaşayarak bu durumu ifade etmekte zorlandıklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (11,13,21,25-27). Bununla birlikte KHB'nin küresel bir sorun olduğu ve sağlık kurumlarına yönelik olarak maliyet artışı ve hasta güvenliğinin azalması gibi olumsuz sonuçlarının olduğu belirtilmektedir (13,21,25,28).

Literatür incelendiğinde KHB'nin ne miktarda olduğuna, KHB'ye neden olan faktörlere ve hemşireler ile hastalar üzerindeki etkilerine odaklanan çalışmaların olduğu görülmüştür (8,10,11,13-15,20,21,25,27,35-42). Çoğunlukla karşılanamayan bakımlar olarak; hastaların mobilizasyonu, ağız bakımları, gecikmiş ilaç uygulamaları, taburculuk sürecinde hastalara eğitim verilmesi olarak sıralanmaktadır. Karşılanamayan bakımların nedeni ise personel yetersizliği, malzeme eksikliği ve iletişim problemleri olarak belirtilmektedir (8,10,11,13-15,20,21,23-27,29-31,35-42).

Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda hasta bakımı çok önemli olmasına rağmen bilimsel çalışmalarda karşılanamayan bakımlar ve nedenleri ile ilgili son yıllarda uluslararası çalışmaların arttığı, ancak ülkemizde KHB ile ilgili kısıtlı sayıda çalışmaların bulunduğu görülmektedir (8,12,20,43,44). KHB gereksinimlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi ile bunlara yönelik önlemlerin alınması; hem hemşirelik bakım kalitesinin, hem de hasta/çalışan memnuniyetinin artmasına ve hasta güvenliğinin de korunmasına katkı sağlayacaktır. Ülkemizde üniversite hastanelerinde, üniversitelere bağlı üniversite hastaneleri düzeyinde hizmet veren eğitim araştırma hastanelerinde ve devlet hastanelerinde hasta bakım hizmeti verilmektedir. Bu çalışma eğitim araştırma ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek,

nedenlerini analiz etmek, eğitim araştırma hastanesi ile devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri boyutu arasındaki farkı belirlemek, karşılanamayan hemşirelik bakımları ve nedenleri hakkında hemşirelere ve sağlık yöneticilerine önerilerde bulanabilmek ve hemşirelik literatürüne konu ile ilgili katkı sağlamak için yapılmıştır.

### 1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmada hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

### 1.3. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri nelerdir?
2. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri nelerdir?
3. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ile demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?
4. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri ile demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?
5. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ile karşılanamayan bakım gereksinimlerinin nedenleri arasında ilişki var mıdır?

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Bakım Kavramı ve Tanımları

Bakım kavramı kelime olarak dilimize çok çabuk yerleşmesi ve yapılan birçok çalışmaya rağmen; çalışmalarda içeriğinin oldukça geniş olması nedeniyle hala tanımlanmasında belirsizliklerin olduğu belirtilmektedir (3,45-49).

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde bakım kelimesi *"bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi ve iyi durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstelenme ve sağlama işi "*olarak tanımlanmaktadır (50). Yapılan tanıma göre bakım kavramı var olan eksikliklerin tamamlanabilmesi ya da mevcut durumun daha iyi olabilmesi eylemlerini ve bu eylemlerini üstlenen için sorumluluğu da içinde barındıran bir kavramdır. İngilizce sözlükte ise *"care"* olarak geçen bakım kavramı "koruma, sakınma, dikkat, kaygı, endişe duymak, merak duymak, fiziksel gereksinimleri karşılamak ve yardım etmek" anlamlarında tanımlanmaktadır (1). Biyoetik Terimleri Sözlüğü'de bakım kavramını *"başka bir kişiyle kurulan ilişkide ortaya çıkan bir duyusal tutum, yaşanan moral bir duygu olan ilginin, tıp uygulaması bağlamında dile getirilmesidir. Hasta bakımı, hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ana uğraşısıdır"* şeklinde tanımladığı ve sağlık çalışanlarının esas görevi olarak belirttiği görülmektedir (51).

İnsanın doğumu ile başlayan bakım ihtiyacı, yaşamının her anında devam etmekte olan vazgeçilemeyen bir ihtiyaçtır (52). Hemşirelik kuramcıları tarafından bakım kavramının farklı boyutları değerlendirilerek ele alınmış ve hemşirelik mesleğinin temel çatısını oluşturan bir yapı olduğu ifade edilmiştir. Leninger'in ifadesinde (1984) "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" olarak belirtilen bakım kavramı hemşirelik mesleğinin odak noktasında yer almaktadır (1,53,54).

Transkültürel hemşirelik bakım kuramını oluşturan Leininger bakımın insanın hayatta kalması için temel bir ihtiyaç olduğunu, bakım kavramının zor ancak iyileşme için gerekli olduğunu ifade etmiştir. Kuramında kültürel bakım farklılığının olduğunu, insana iyi bir bakım verilebilmesi için farklı kültürlerinde anlaşılması ve bakımın kişiye göre düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır (4,54).

Felsefi bir bakışa göre bakım verilmesi gerektiğini belirten ve profesyonel bakım verilmesini üzerinde duran Roach ise bakımı içerisinde bilişsel, duygusal ve yönetsel becerilerin olduğu insan davranışları olarak tanımlamıştır. Bakımın özelliklerini ele alan belirlenmiş olduğu beş C maddesi ile bakımın farklı yönlerini vurgulamaktadır. Bu özellikleri "Şefkat-Merhamet (Compasssion), Yeterlilik (Competence), Güven (Confidence), Vicdan (Concsience) ve Sözleşme (Commitment)" olarak sıralamıştır (55).

Watson bakımı bilim ve sanat yönünü ele alarak tanımlamıştır. Oluşturduğu İnsan Bakım Teorisi'nde de hemşireliği tanımlarken bakım verme sanatı ve bilimi olarak ifade etmiştir. Bakım vermenin hemşirelik uygulamasının merkezi olduğunu, bakım verme sürecinde hasta ve hemşire arasında oluşan bağlantı ile karşılıklı fayda sağlandığını belirtmektedir (56,57).

Organizasyonlar içinde yer alan bakım üzerine odaklanan Ray, hemşirelik bakımının bağlamsal olduğunu ve hastanenin her bölümüne göre bakım kavramının anlamının farklılaştığını belirtmiştir. Örneğin bir onkoloji servisinde yatan hastanın bakım önceliği spiritüel bakım iken, yoğun bakım ünitesinde solunum desteği daha öncelikli bir bakımıdır (56,57).

Henderson belirlemiş olduğu 14 temel insan gereksinimi ile hemşirelerin bu gereksinimler doğrultusunda hastayı değerlendirerek bakımın planlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Ona göre hemşire hastanın bakımına yönelik planlama yapar ve profesyonel olarak yaptığı bakım ile hastaya bağımsızlığını kazandırır (56,57).

Hall Bakım- Öz Tedavi Kuramında bakım kavramını farklı bir bakış açısı ile değerlendirmiş ve bakımı, bireyin eğitim ve öğrenme aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımının profesyonel olması gerektiğini ve hemşirenin hastanın günlük ihtiyaçlarının karşılanmasına yardım etmesi ile bakım verme sürecinde yardım edici ilişki üzerinde durmuştur (57).

Travelbee bakım gereksinimini; "profesyonel hemşire tarafından karşılanabilecek olan ve hemşirelik uygulamalarının yasal tanım alanı içinde yer alan hasta kişinin (veya ailenin) her türlü gereksinimidir" şeklinde tanımlamıştır. Hasta ile

hemşire etkileşiminin profesyonel bakımda çok önemli olduğunu ve hemşireliğin değişim ve başkalarına yardıma yönelik kişiler arası bir süreç olduğunu, bakım sürecinde iletişim ve etkileşimin vurgulamıştır. Gerçekte hasta olmadığını, sadece başkalarının yardım ve bakımına gereksinim duyan insanın olduğu görüşüyle bakımın önceliğine dikkat çekmektedir (57).

Öz bakım kuramında Orem yaşamın sürekliliği için öz-bakımın gerekliliğini açıklarken, öz bakımın hem tedavi hem de uygulama sürecine yönelik yaklaşımları içeren pozitif bir eylem olduğunu ifade etmektedir. Öz bakımın insan, kültür, çevre ve değerler gibi pek çok kavram ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Kuramında ayrıca öz bakımını kendisi gerçekleştiremeyen hastaların bu ihtiyaçlarının hemşirelik bakımı ile karşıladığını belirtmektedir (56,57).

Eğitim ve uygulama alanında sıklıkla kullanılan yaşam aktiviteleri modelinde Roper, Logen ve Tirney ise hemşirenin bakım sağlama rolünü bağımsız bir şekilde yerine getirebileceğini, hemşireliği hem sağlıklı hem de hasta bireylere sağlıklarını sürdürebilmeleri için yardım etme süreci olarak tanımlamaktadır. Belirlemiş oldukları yaşam aktivitelerindeki herhangi bir bakım eksikliğinin hemşireler tarafından saptanarak giderileceğini, bakımın hemşirelerin sorumluluğu olduğunu ifade etmiştir (56,57).

Kuramcıların yapmış olduğu tanımlarda da görüldüğü gibi bakım kavramı hemşirelik mesleğinin merkezinde yer alan, herkes için özel ancak hemşireliğe özgü bir kavramdır. Hemşireliğin var oluşu ile bakım kavramı daha profesyonel bir eylem olarak değerlendirilmektedir. Sağlık kurumlarında yirmidört saat kesintisiz hizmet sürecinde bakımın sunucu olan hemşirelerin profesyonel bakım yaklaşımı ile hastanın gereksinimlerinin karşılanması önemlidir (2,3,58).

### 2.2. Hemşirelik Bakımı Kavramı

Bakım kavramının birçok farklı eylemi içerdiği ve farklı etmenlerle ilişkili olduğu, birileri tarafından ihtiyacı olan başka birilerine verilmesi gereken bir yardım işi olduğu, ancak bu yardımın profesyonel bir grup tarafından verilmesi gerektiği görülmektedir. İşte bakım işini mesleki bir sorumluluk olarak gören profesyonel grup

hemşirelik mesleğidir. Hemşirelik ile özel bir nitelik kazanan bakıma hemşirelik bakımı denir (9,52,58,59).

Hemşirelik bakımı bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık sürecinde iyileştirilmesi için gerekli olan girişimlerdir. Hemşirelik bakımı mesleki bilgi, uygulama becerisi, ahlaki değerler, duygular, iletişim, kültür gibi birçok ögeyi içerisinde barındırmaktadır. Sağlık sistemindeki gelişim ve değişimler ile hemşirelerin bakım rollerinin de karmaşık ve zor bir hale geldiği görülmektedir (2,5,9,58).

Fry hemşirelik bakımının ahlaki bir yükümlülük olduğunu, hasta bakımını; insanın onurunu korumak ve sağlığını yükseltmek olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımı sürecinde hemşirelerin merhamet, dürüstlük, vefalılık, yetkinlik, planlama, uygulama ve bilimsel bilgi gibi kavramaları da benimsemesi gerektiğini dile getirmiştir (2,58).

Göçmen Baykara ise hemşirelik bakımını; "*hemşirenin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönde mevcut ya da olası sağlık problemine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya, değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik kurduğu yardım edici ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğudur*" şeklinde tanımlamaktadır (58). Tanımdan anlaşıldığı gibi hemşirelik bakımının birçok kavramı içinde barındırdığı profesyonel bir iş olduğu görülmektedir.

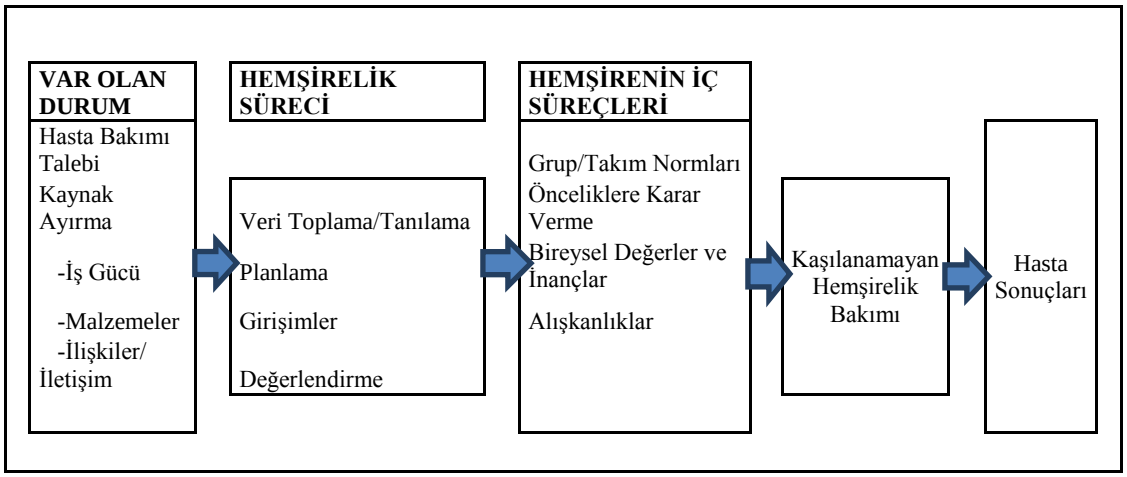
Hemşirelik bakımı; hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri, eğitim düzeyi, mesleğe bağlılığı ve motivasyon düzeyi, mesleki sorumluluk bilinci, hemşirelerin istihdam pozisyonları, toplumsal ve sosyal değişimler, hastaların dini ve kültürel uygulamaları ile sosyoekonomik durumları, toplumsal cinsiyet bakış açısı, ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık kuruluşlarının yönetim biçimi gibi bir çok faktörden etkilenmektedir (6,7,58,61).

Hemşirelik mesleğinin vazgeçilmez bir meslek olması sürecinde insan hayatının sürekliliği için yaşamın her anında bakım ihtiyacının olması ve bu ihtiyacın hemşireliğe özgü olmasından kaynaklanmaktadır (58). Ancak hemşirelik bakımının çeşitli nedenlerle ihmal edilmesi ya da verilmemesi hastalar, çalışanlar ve sağlık

kurumları için ciddi sorunlara neden olmaktadır. Hemşirelik bakımı ile ilgili eksiklikler bildirimlerin çeşitli nedenlerle yapılmaması nedeniyle belirlenememektedir. Kalisch bu eksikliklerin ve nedenlerinin belirlenmesine yönelik olarak karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramını tanımlamış ve bu konuda çeşitli araştırmalar yaparak bu konuya dikkat çekilmesine öncülük etmiştir (11,13,15,20,21,62).

### 2.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Kavramı

Karşılanamayan hemşirelik bakımı çeşitli nedenlerle hemşire tarafından planlanmış bakımın verilememesi ya da ertelenmesi nedeniyle ortaya çıkan ve hasta güvenliğini tehdit eden bir ihmal hatasıdır (15,21,31). Kalisch yapmış olduğu literatür taraması sonucunda hemşirelik bakımı ile ölüm oranları, enfeksiyon oranları, basınç ülserleri, hasta düşmeleri, hastanede kalış süresi, istenmeyen yan etkiler, cerrahi sonrası komplikasyonlar ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları inceleyerek, 2006 yılında hemşirelerden oluşturduğu odak grup görüşmelerini içeren nitel bir çalışma yaparak düzenli olarak verilemeyen/karşılanamayan hemşirelik bakımlarını ve nedenlerini belirlemiştir (13,63-66). Bu çalışması sonucunda belirlemiş olduğu karşılanamayan bakımlar; *ambulasyon, pozisyon verme, ertelenmiş ya da unutulmuş besleme, hasta eğitimi, taburculuk planlaması, duygusal destek, hijyen, aldığı çıkardığı kaydı ve gözlem* olarak dokuz başlık altında; karşılanamayan bakımların nedenlerini ise *personel eksikliği, mevcut personel kaynağının uygunsuz kullanımı, hemşirelik girişimleri için gereken zaman, "bu benim işim değil" sendromu, uygun olmayan yetkilendirme, görevlendirme alışkanlıkları ve inkar*olarak yedi başlık altında sıralamıştır (13). Karşılanamayan hemşirelik bakımı *"gerekli olan hasta bakımının tamamının veya bir kısmının verilememesi, geciktirilmesi ya da ihmal edilmesi"* olarak 2009 yılında Kalisch ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (21). Kalisch'in yapmış olduğu odak grup görüşmelerindeki hemşirelerin ifadelerini dikkate alarak, Kalisch ve arkadaşları tarafından geliştirilen Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli Şekil-1'de gösterilmiştir.




**Şekil 2.1.** Karşılanamayan hemşirelik bakımı modeli (21)

KHB modelinin oluşturulmasına rehberlik eden Donabedian'ın yapı, süreç ve sonuç çerçevesi modelidir (67). Şekil 1'de gösterilen Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli; hasta bakım talebi ve hemşirelik girişimlerini etkileyen kaynakları (iş gücü, malzeme, iletişim), hemşirelik sürecini (veri toplama/tanılama, planlama, girişimler, değerlendirme), hemşirelerin iç süreçlerini (grup/takım normları, önceliklere karar verme, bireysel değerler, inançlar ve alışkanlıklar) ve hasta üzerindeki sonuçlarını içeren kavramlardan oluşmaktadır. KHB modelinde; hemşirelik bakımı, hemşirelik girişimlerini etkileyen etmenler ve hasta sonuçları bir bütün olarak ele alınmıştır. Model; hemşirelik bakımının hasta, kaynaklar ve hemşirelerin içsel algı ve karar süreçleri nedeniyle verilememesi ya da ertelenmesi karşılanamayan hemşirelik bakımına neden olarak hasta üzerinde olumsuz sonuçlara yol açtığını ifade etmektedir (21).

Hastanın ihtiyacı olan bakımın birçok nedenlerden dolayı uygun nitelikte verilememesinden kaynaklı hem hastalar, hem çalışanlar hem de sağlık kurumlarını olumsuz etkileyen sonuçlar meydana gelmektedir. Bu olumsuz sonuçlardan dolayı hemşirelik bakımının kalitesi azalırken, hasta güvenliği tehlikeye girmektedir (12,13,40,66). Hemşirelik bakımının çeşitli nedenlerden dolayı ertelenmesi ya da verilememesi hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilenmektedir (11). Hastaların vücut bakımının ve pozisyon değişiminin ihmal edilmesi basınç yarası gelişmesini artırmaktadır (68). Başka bir çalışmada ise idrar yolu enfeksiyonlarının görülme oranı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (69). Hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada da hasta düşme oranı ile

karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (33).

Kaliteli hasta bakımı ve hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde tüm hastanelerin ortak amacıdır. Bu ortak amaca ulaşılması sürecinde en önemli insan kaynağını hemşireler oluşturmaktadır (70). Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar ve ihmal hataları oldukça önemli iken, özellikle ihmal hatalarının gözden kaçırıldığını ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (11,13,21). Yapılması gereken bir işin yapılmaması sonucu ortaya çıkan hatalar ihmal/atlama hataları olarak tanımlanmaktadır (71). Hemşirelik bakımında da karşılanamayan hemşirelik bakımı bir ihmal hatası olarak değerlendirilmektedir (21,31). Literatür incelendiğinde karşılanamayan hemşirelik bakımı "karşılanamayan bakım", "kaçırılmış bakım", "eksik bakım", "tamamlanmamış bakım", "ertelenmiş bakım" ve "ihmal edilmiş bakım" gibi farklı tanımlamalarla ifade edilmektedir. Bu araştırmada "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB)" tanımlaması kullanılmıştır.

### 2.4. Bakımda Hemşirenin Rolü

Modern hemşirelik rolleri olarak belirlenen on üç rol (Bakım verici, eğitici, araştırıcı, yönetici, kara verici, hasta savunucu, iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma ve danışman) içerisinde hemşirelerin bakım verici rolü en temel ve en eski hemşirelik rolü olarak tanımlanmış; diğer tüm rollerin bu rolden türeyerek oluştuğu belirtilmiştir (60).

Hemşirelikte bakım, hemşirelik mesleğinin odak noktasında yer alan ve profesyonel olarak hemşireler tarafından sürdürülen bir roldür. Hemşireler bakım verici rolünü kullanarak hastaların sağlığının yeniden kazanabilmesine yardımcı olmaktadır. Hemşireler bağımsız rollerini kullanarak, hastanın hastalığı süresince tek başına yerine getiremediği ihtiyaçlarını karşılayarak bakım görevlerini yerine getirmektedir (4,6-9).

Hemşireler hastanın bakım gereksinimlerini belirlemek için veri toplar, topladığı verileri analiz ederek gereksinimleri belirler, bu belirlediği gereksimlere uygun bakımı planlar, uygular ve değerlendirir. Bu süreçte bakım verici olan

hemşireler hastanın sağlık ve iyilik halinin desteklenmesi, sağlığını en üst düzeyde yeniden kazanabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesine yardımcı olmaktadır. Hemşirelik sürecinde profesyonel olarak hemşireler, hastanın hem fizyolojik, hem psikolojik, hemde sosyal ihtiyaçlarını değerlendirerek bakım verici rolünü en iyi şekilde yerine getirmeye çalışır (4-7,9,58). Bu yönüyle hemşireliğin hastaya bütüncül olarak bakım veren en önemli sağlık disiplini olduğu ifade edilebilir.

Hemşireliğin temelinde yer alan ve çok boyutlu bir kavram olan hemşirelik bakımı, hemşirelerin özerkliğini en üst seviyede kullanıldığı bir roldür. Hastanın bağımsızlığını kazanabilmesi sürecinde hemşireler bilimsel bilgi ve becerilerini kullanarak bakım verici rolünü en iyi şekilde yerine getirmeye çalışmaktadır. Kaliteli, nitelikli, güvenli ve etkin hemşirelik bakımı ile hastaların yatış süresi azalmakta, taburculuk süreci hızlanmakta ve komplikasyonların önlenmesi sağlanabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin bu rollerini benimsemesi oldukça önemlidir (4-9,58,60).

### 2.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İle İlgili Araştırma Sonuçları

Literatür taraması sonucunda Kalisch ve arkadaşları tarafından geliştirilen KHB modeli sonrasında bu konu ile ilgili çalışmaların son yıllarda arttığı; KHB nedeni ile tıbbi hataların oluştuğu, ölüm oranlarının arttığı, hasta güvenliğinin ihmal edildiği, hemşirelerin iş doyumunun azaldığı, hemşirelerin ve hastaların memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir. Yapılan bu çalışmalarda KHB sıklığı ve nedenlerinin (8,42,43,72-83); ülkelere göre KHB gereksinimleri ve nedenlerinin (20,34,84,85); hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre KHB sıklığı ve nedenlerinin (37,40,86,87), hastaların algıladığı KHB'larının (32,88-90), çalışılan hastane, çalışılan birim, ekip çalışması, iş memnuniyeti, düşme oranı, hemşire istihdam sayısı, ölüm oranı, yeniden yatış oranı, bakım süresi, hasta bağımlılık düzeyi, hasta güvenliği kültürü ve iş yükü ile KHB arasındaki ilişkinin (29,33,41,91-110) incelendiği görülmektedir.

### 2.5.1. KHB Gereksinimleri ve Nedenlerine Yönelik Yapılan Araştırmalar

Kalisch ve arkadaşlarının 2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) üç hastanede çalışan toplam 459 hemşire ile yaptıkları çalışmada %44 oranında karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu, eğitim seviyesi düşük olan hemşirelerde daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya katılanlar tarafından KHB'ye neden olan etmenler; İş gücü kaynakları %85, maddi kaynaklar %56, iletişim %38 olarak ifade edilmiştir. Hemşireler bakımı tam yerine getiremediğinde kendilerini sıkıntılı ve memnuniyetsiz hissettiğini ifade etmiştir. En sık karşılanamayan bakımlar ambulasyon, ilaç etkisinin değerlendirilmesi, pozisyon, ağız bakımı, hasta eğitimi ve ilaçların zamanında uygulanması; en az karşılanamayan bakımlar kan şekeri kontrolü ve her şiftte hastanın değerlendirilmesi olarak sıralanmıştır (15).

On akut bakım hastanesinde doğrudan hasta bakımı sağlayan 4086 hemşire ile ABD'de yapılmış bir çalışmada farklı yapıdaki hastanelerde KHB sıklığı ve nedenleri incelenmiştir. KHB puanı ortalaması düşük olarak bulunmuştur. Tüm hastanelerde KHB'nin nedenleri (iş gücü, maddi kaynaklar, iletişim) ile en az ve en çok karşılanamayan bakımlar benzer olarak bulunmuştur. En sık karşılanamayan bakımlar ambulasyon, bakım ile ilgili konferanslara katılma, pozisyon verilmesi, zamanında ilaç uygulanması ve ağız bakımı bulunurken; en az karşılanamayan bakımlar hastanın her şiftte değerlendirilmesi, kan şekeri takibi ve yaşamsal belirtilerin takibi olarak bulunmuştur. Gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin KHB puan ortalaması gece vardiyasında çalışan hemşirelerden daha yüksek olarak bulunmuştur. İşe devamsızlığı fazla olan, daha fazla sayıda hastaya bakım veren, iş deneyimi fazla ve çalışan yetersizliği algısı daha yüksek olan hemşireler KHB puanı ortalamasının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (42).

Avustalya'da 289 hemşire ve ebe ile yapılan bir çalışmada KHB nedenlerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada hemşirelik bakımının neden karşılanamadığını belirten 17 değişkenden oluşan varsayımsal bir model oluşturularak, bu değişkenler test edilmiştir. Bu modeldeki değişkenlerden çalışma(vardiya) şekli, iletişim, iş yükü yoğunluğu, iş yükü öngörülebilirliği, iş gücü kaynakları, hemşirelerin mevcut işlerinden memnuniyeti ve işten ayrılma niyetinin KHB nedenlerini doğrudan etkilediği bulunmuştur (72).

İtalya'da 12 faklı hastanede çalışan 314 hemşire ve hemşire yardımcısı ile yapılmış bir çalışmada KHB'nin boyutu, nedenleri ve etkileyen risk faktörleri incelenmiştir. Çalışmada en sık karşılanamayan bakımlar ambulasyon, hastaya her iki saatte bir pozisyon verme ve ilaçların doğru zamanda uygulanması olarak; KHB nedenleri ise hasta sayısında beklenmedik artış, yetersiz personel sayısı ve çok sayıda hasta kabulü/tahlil olarak belirlenmiştir. Tam zamanlı bir pozisyonda çalışma, hemşire ve hemşire yardımcıları arasındaki iletişim problemleri, çalışılan birimdeki deneyim ve hemşire yardımcıları tarafından sağlanan günlük bakım miktarı; KHB için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir (73).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 230 sertifikalı hemşire ile ABD'de yapılan bir çalışmada yenidoğan hemşirelerinin KHB içeriği ve nedenleri incelenmiştir. Çalışmada en sık karşılanamayan bakımlar olarak günlük bakımın yapılması, ventilatöre bağlı bebeklerde ağız bakımı, banyo yaptırma, bakıma aileyi dahil etme ve bilgilendirme; en az karşılanamayan bakımlar ise ağrı değerlendirmesi, numune toplanması, el hijyeni, hastanın değerlendirilmesi ve ilaç uygulama girişimleri olarak belirlenmiştir. KHB nedenleri ise acil hasta durumu, hasta yoğunluğundaki beklenmeyen artış, personel ve malzeme eksikliği olarak belirlenmiştir (74).

Avustralya'da özel evde yaşlı bakım merkezlerinde çalışan 922 hemşire ve bakım personeli ile yapılan bir çalışmada her bir vardiyada KHB sıklığı ve nedenleri incelenmiştir. Çalışmada en az bir bakımın her bir vardiyada karşılanamadığı; en sık KHB'ler olarak çağrı ziline yanıt verme, hastanın tuvalet ihtiyacına destek ve mobilizasyon belirlenirken, KHB'nin nedeni deneyimli çalışan personel eksikliği ve hasta sayısında beklenmeyen artış olarak belirlenmiştir (75).

Mısır'da tıbbi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 73 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin gözlemlenen ve algılanan KHB'leri karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin doldurmuş olduğu ölçek ile algılanan KHB, KHB gözlem kontrol listesi ile gözlemlenen KHB'leri belirlenmiştir. Hemşirelerin KHB puan ortalaması ortalamanın altında düşük düzeyde bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda, algılanan ve gözlemlenen KHB'ler arasında anlamlı bir fark olduğunu, gözlemlenen KHB puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. En sık algılanan KHB'ları hasta eğitimi, hasta değerlendirme, hasta hakları ve mahremiyeti olarak; en sık

gözlemlenen KHB'ler dokümantasyon, hasta değerlendirmeve ilaç uygulama olarak sıralanmıştır (76).

ABD'de dört farklı bölgede bulunan 223 hastanede çalışan 2187 pediatri hemşire ile yapılan bir çalışmada pediatri hemşirelerinin KHB sıklığı ve çalışma ortamı ile ilişkisi incelenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun bir önceki vardiyada en az bir hemşirelik bakımını karşılayamadığı, uygunsuz çalışma ortamında çalışan hemşirelerin KHB ortalama puanı daha yüksek olduğu ve bakım planı geliştirme, hastaya duygusal destek verilmesi ile hasta ve ailesinin eğitimi en sık karşılanamayan bakımlar olarak bulunmuştur. Çalışmadaki regresyon analizinde çalışma ortamı daha uygun olan birimlerde KHB olasılığının %40 daha düşük olduğu ve hemşire başına düşen hasta sayısındaki her bir artışın KHB olasılığını %70 oranında artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (77).

İrlanda'da farklı sağlık kurumlarında çalışan 283 halk sağlığı hemşiresi ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin KHB düzeyi ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada belirlenmiş olan 64 bakımdan 34'ünün %50 ve üzerinde karşılanamadığı, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili belirlenen hemşirelik girişimlerinin sıklıkla karşılanamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlı bakım hastaları ile çalışan hemşirelerin %72.1 oranında; çocuk hastalar ile çalışan hemşirelerin %70 oranında KHB'leri olduğu bulunmuştur. Beş yıldan daha az deneyimi olan hemşirelerde KHB puanı daha yüksek; hemşirelerin yaşı, ödenmemiş ücretler ve çalışılan bölge ile KHB arasında da ilişki olduğu bulunmuştur. Yetersiz personel sayısı, yönetim desteğinin olmaması ve hasta sayısında beklenmeyen artış KHB nedenleri olarak belirlenmiştir (78).

ABD'de akut bakım hastanelerinde çalışan 138 hemşire ile yapılan bir çalışmada KHB sıklığı ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Hemşirelerin KHB puanı ortalamanın altında düşük olarak; çalıştığı birimden ve mesleğinden memnuniyeti yüksek, personel sayısını yeterli algılayan, işten ayrılma niyetleri olmayan ve ekip çalışmasından memnuniyet düzeyi yüksek olan hemşirelerin KHB puanı daha düşük çıkmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin KHB puanı ortalaması diğer birimlerde çalışanlardan daha düşük bulunmuştur. Ayrıca en sık karşılanamayan bakımlar sırasıyla günde üç kez veya order edildiği kadar pozisyon

verilmesi, disiplinler arası bakım konferanslarına katılım ve ağız bakımı olarak belirlenmiştir (79).

Avustralya'nın dört farklı bölgesinde kamu ve özel hastanelerde çalışan 1195 hemşire ve ebeyle yapılan bir çalışmada KHB'yi etkileyen nedenler incelenmiştir. Sabah vardiyasında kaçırılan bakımların öğleden sonraki iş yükünü artırması nedeniyle diğer vardiyadaki karşılanamayan bakımları artırdığı, bölgelere göre karşılanamayan bakımların boyutunun farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışmada oluşturulan model sonucunda KHB ile personel sayısının yetersizliği, mevcut işte kalma niyeti, eğitim alınan yer ve personelin çalıştığı bölge arasında; çalışan birim ve bölge ile KHB nedenleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur (80).

Türkiye'de bir üniversite hastanesinde çalışan 94 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin KHB gereksinimleri ve nedenleri incelenmiştir. Hastanın mobilizasyonu, disiplinler arası bakım konferanslarına katılma, hasta/yakınlarına duygusal destek verilmesi ve taburculuk eğitimi en sık karşılanamayan bakımlar olarak; personel yetersizliği, gerektiğinde malzeme/cihazların uygun şekilde çalışmaması ve ekip üyelerinin desteğinin yetersiz olması en sık KHB nedenleri olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştığı birim ve KHB konusunda bilgi sahibi olma durumu ile KHB arasında, KHB nedenleri ile hemşire sayısı yeterliliğini algılama arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (8).

İran'da sekiz farklı hastanede çalışan 215 hemşire ile yapılan bir çalışmada KHB sıklığı ve nedenleri incelenmiştir. Çalışmada KHB oranı orta düzeyden daha yüksek çıkarken (2.57), özellikle son çalışma vardiyasında en az bir hemşirelik bakımının karşılanamadığı bulunmuştur. En sık karşılanamayan bakımlar "hasta taburculuğunun planlanması ve eğitimi", "hasta ve ailesine duygusal destek verilmesi" ile "disiplinler arası bakım konferanslarına katılım" olarak sıralanırken; iş gücü kaynakları ve maddi kaynaklar KHB nedenleri olarak en yüksek puanı almıştır. Aynı zamanda hemşirelerin cinsiyeti ile KHB puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve erkek hemşirelerin KHB puanının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (81).

Covit-19 pandemi döneminde KHB sıklığının araştırıldığı bir çalışmada covit servisinde çalışan 130 hemşire ile diğer servislerde çalışan 157 hemşirenin KHB

içeriği ve nedenleri incelenmiştir. İki grubun KHB'leri arasında çok az anlamlı bir fark bulunmuşken, KHB nedenleri ile iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Covit servisinde çalışan hemşirelerin fazla çalışma saatleri ile hastalık nedeniyle işe devamsızlıklarının diğer servislerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. "Ağız bakımı", "yemek henüz sıcakken hastanın beslenmesi" ve "hemşire çağrı ziline 5 dk içerisinde cevap verilmesi" bakımları ile iki grup arasında ilişki bulunmuştur. Covit servisinde çalışan hemşirelerin ağız bakımı ve yemek henüz sıcakken hastanın beslenmesi bakımları daha düşük oranda karşılanamazken, hemşire çağrı ziline 5 dk içerisinde cevap verilmesi ise daha yüksek oranda karşılanamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Her iki grupta KHB nedeni olarak "hasta sayısında veya durumunda beklenmeyen artış", acil hasta durumları" ve "personel sayısının yetersizliği" en yüksek puanı almıştır (82).

İsveç'te evde bakım ve yaşlı bakım merkezlerinde çalışan 624 hemşire ve hemşire yardımcısı ile yapılan bir çalışmada KHB sıklığı, içeriği ve nedenleri incelenmiştir. Çalışmada "hastaya uygun bakımın planlanması" ve "grup aktivitelerinin planlanması" bakımlarının sıklıkla karşılanamadığı; beklenmeyen durumlar, yetersiz çalışma koşulları, planlama yetersizliği ve çalışan ile ilgili eksikliklerin KHB'ye neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (83).

Türkiye'de Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde çalışan 403 pediatri hemşiresi ile yapılan bir çalışmada Pediatri hemşirelerinin KHB sıklığı ve nedenleri incelenmiştir. Hemşirelerin son vardiyada %29 - %87.3 arasında KHB'lerinin olduğu bulunmuştur. Çocuk hastanın bakım planına uygun olarak mobilizasyonu ile ebeveynlerin çocuk hastanın bakımına dâhil edilmesi ve onların uygulamalarının değerlendirilmesi bakımlarının en sık KHB olduğu ve hemşirelerin deneyimleri ile mesleki özelliklerinin KHB'ye neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (43).

Benzer özelliklere sahip sekiz farklı hastanede çalışan Türkiye'den 436 ve ABD'den 1098 hemşire ile yapılmış bir çalışmada KHB'nin nedenleri ve boyutu arasındaki farklılık karşılaştırılmıştır. Çalışmada ABD'deki hemşirelerin KHB puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur. Her iki ülkede de sıklıkla karşılanamayan bakımlar benzer olarak bulunmuş ve bu bakımlar ambulasyon, yemek sıcakken hastanın beslenmesi, pozisyon verilmesi, ağız bakımı, hasta ve ailesine duygusal destek verilmesi olarak sıralanmıştır. KHB nedenlerinin puan

ortalaması Türkiye'de daha yüksek olarak bulunmuştur. Her iki ülkede de KHB'nin yaygın nedeni olarak iş gücü kaynakları belirlenmiştir (20).

ABD'de çalışan 633 hemşire ve Lübnan'da çalışan 114 hemşire ile yapılan bir çalışmada, iki ülkedeki hemşirelerin KHB sıklığı ve nedenleri, bakım verilen hasta sayısı ve iş memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. ABD'de ve Lübnan'da en sık KHB'ler ambulasyon, beslenmeye destek, duygusal destek ve disiplinlerarası bakım konferanslarına katılım olarak; KHB nedeni ise her iki ülkede de personel yetersizliği en önemli neden olarak belirlenmiştir. Lübnan'da çalışan hemşirelerin KHB puan ortalaması anlamlı düzeyde ABD'de çalışan hemşirelerden daha düşük olarak bulunmuştur. Lübnan'daki hemşirelerin mevcut işlerinden memnuniyet düzeyleri ve bakım verilen hasta sayısı ABD'de çalışan hemşirelerden daha yüksek olarak bulunmuştur (84).

Dokuz farklı ülkede (İngiltere, Finlandiya, Belçika, Hollanda, İrlanda, Norveç, İspanya, İsveç, İsviçre) 300 hastanede çalışan hemşirelerle yapılan kesitsel bir çalışmada KHB, hemşire kadrosu ve mortalite oranı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada tüm hastanelerde ölüm oranı %1.3 olarak ve gerekli hemşirelik bakımı faaliyetlerinin %25.6'sının son çalışma vardiyasında karşılanamadığı bulunmuştur. Hemşire kadro sayısı (hemşire başına düşen hasta sayısı), hemşirelerin eğitim düzeyi ve KHB'nin yatan hasta mortalite oranıyla önemli derece ilişkili olduğu; bir hemşirenin iş yükündeki artış ile karşılanamayan bakımın %10 oranında artması, hastanın hastaneye kabulünden sonraki 30 gün içerisinde ölüm oranını %7-16 oranında artırdığı bulunmuştur. KHB'nin hemşire kadro sayısı ve hasta mortalitesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (34).

### 2.5.2. KHB ve İlişkili Olduğu Faktörlerin İncelendiği Araştırmalar

Dört farklı hastanede çalışan 2216 hemşire ile ABD'de yapılan bir çalışmada ekip çalışmasının KHB'ye etkisi incelenmiş. Hemşirelerin hemşire yardımcılarına göre KHB puanı daha yüksek bulunmuş. Çalışmanın sonucunda ekip çalışması puanı yüksek olanların, KHB puanı daha düşük çıkmış ve ekip çalışmasının KHB'yi azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (41).

Avustralya'da yer alan dört farklı hastanede çalışan 334 hemşire ile yapılan bir çalışmada ekip çalışmasının KHB'na etkisi incelenmiştir. Mobilizasyon, hastaya iki saatte bir pozisyon verme ve ağız bakımı en sık KHB'ler olarak ve sırasıyla yetersiz personel sayısı, maddi kaynaklar ve iletişim KHB nedenleri olarak belirlenmiştir. Çalışılan birim ile KHB arasında anlamlı bir fark olduğu ve acil serviste çalışanların KHB puanı en yüksek olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda KHB ile ekip çalışması arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu; tek başına ekip çalışmasının KHB varyansın %9'unu oluşturduğu bulunmuştur (91).

Üç ayrı akut bakım hastanesinde yer alan üç farklı birimde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada eğitici eğitimi müdahalesinin, ekip çalışması memnuniyet düzeyi ile KHB'na etkisi incelenmiştir. Çalışmada her birimden üç hemşireye eğitim programı (ekip çalışması ve KHB ile ilgili bilgileri içeren) uygulanmış ve daha sonra onlarda kazandıkları bilgi ve becerileri birimlerindeki hemşirelere üçer saatlik oturumla anlatmaları sağlanmıştır. Çalışma sürecinde hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden iki ay sonrasında KHB ve ekip çalışması düzeyi değerlendirilmiştir. Eğitim sonrasında ekip çalışması bilgisinin ve ekip çalışmasında memnuniyet düzeyinin arttığı, KHB miktarının ise azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (92).

Onkoloji ünitelerinde çalışan klinik hemşiresi, hemşire yardımcısı ve yönetici hemşire yardımcısı (286 çalışan) ile ABD'de yapılan bir çalışmada primer ekip hemşireliği kapsamında algılanan KHB gereksinimleri incelenmiştir. En sık karşılanamayan bakımlar olarak mobilizasyon, hastaya her iki saatte bir pozisyon verilmesi ve disiplinler arası bakım konferanslarına katılım girişimleri belirlenmiştir. Cerrahi birmlerin KHB puan ortalaması diğer birimlerden yüksek çıkarken, primer ekip hemşireliği modelinin KHB'ye her hangi bir etkisi bulunamamıştır (93).

İzlanda'da 864 hemşire ile yapılmış bir çalışmada KHB ile çalışılan hastane, çalışılan servis, çalışan özellikleri, çalışan yeterliliği ve ekip çalışması arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışılan hastane türü, birim, katılımcıların yaşı, hemşirelerin rolü, personel yeterliliği ve ekip çalışması algısı ile KHB ortalama puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan çoklu regresyon analizi çalışılan birimin tipi, hemşirelerin rolü, yaşı ve personel yeterliliği algısının KHB varyansının %16'sın;

ekip çalışması algısının ise tek başına KHB varyansının %14'ünü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (94).

ABD'de on hastanede 110 farklı hasta bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımları incelenerek, bunların içerisinde en yüksek KHB puan ortalamasına sahip klinikler ile en düşük KHB puan ortalamasına sahip klinikler arasındaki farklılıklar araştırılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında KHB puanı en düşük ve en yüksek olan 5 farklı birimdeki hemşireler ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Görüşme sonrasında elde edilen veriler belirli başlıklar altında toplanmıştır. Yeterli çalışan sayısına, ekip içerisinde etkili iletişime, yüksek düzeyde ekip çalışmasına, ekip içerisindeki işbirliğine, liderlik özelliği olan yöneticilere, iş paylaşımı ve devri yapılabilen ve küçük fiziki alana sahip olan birimlerde çalışan hemşirelerin KHB puan ortalamasının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca KHB'ye en çok neden olan faktör olarak KHB puanı yüksek olan hemşireler, iletişim esikliğini bildirmiştir (95).

On bir farklı hastanede 124 hasta bakım ünitesinde çalışan 3432 hemşire ve 980 hemşire yardımcısı ile yapılan bir çalışmada KHB'nin hasta düşme oranı ile ilişkisi araştırılmıştır. Hasta başına ayrılan günlük ortalama bakım süresi ile hasta düşme oranı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. KHB'nin hastaya ayrılan ortalama bakım süresi ile hasta düşmeleri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca en sık karşılanamayan beş bakım olarak ambulasyon, her vardiyada hastanın değerlendirilmesi, yeniden değerlendirmeye odaklanma, hemşire çağrı ziline yanıt verme, tuvalet ihtiyaçlarına destek girişimleri sıralanmış ve bu beş bakım ile hasta düşmeleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur (33).

ABD'de 124 hasta bakım ünitesinde magnet (personel memnuniyetinin ön planda tutulduğu, çalışma ortamının kalitesine önem verilen, yardımsever ve lider yöneticilerin olduğu, daha düşük devir hızına sahip olan) hastane statüsünde olan ve olmayan 11 hastanede çalışan hemşireler arasındaki KHB arasındaki farklılık araştırılmıştır. Magnet hastanede çalışan hemşirelerin KHB düzeyi anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur. Ambulasyon, hastayı besleme, hasta eğitimi, tam dokümantasyon, ağız bakımı, hemşire çağrı ziline yanıt verme, iv yerinin bakımı, ilaç etkinliğinin değerlendirilmesi ve cilt bakımı girişimlerinin magnet olmayan hastanelerde daha fazla karşılanamadığı bulunmuştur. KHB nedenlerinden iş gücü

kaynakları ve iletişim puan ortalaması magnet olmayan hastanelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur (96).

Dokuz farklı hastanede çalışan hemşirelerle ABD'de yapılan bir çalışmada Onkoloji servislerinde çalışan hemşirelerin KHB sıklığı ve nedenlerine ilişkin algıları incelenmiş ve Onkoloji servisleri (352 hemşire) ile diğer birimlerde çalışan (1966 hemşire) hemşirelerin KHB sıklığı arasındaki farklılık incelenmiştir. Onkoloji hemşirelerinin en sık KHB "hastanın günde üç kez veya order edildiği şekilde ambulasyonu", disiplinler arası bakım konferanslarına katılım ve ağız bakımı olarak belirlenmiştir. KHB nedeni olarak personel sayısının yetersiz olması en önemli neden olarak belirlenmiştir. Onkoloji hemşireleri ile diğer birimlerde çalışan hemşirelerin en sık KHB'leri birbirine benzer olarak ve toplam KHB puanı Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerde daha düşük olarak bulunmuştur. Bir vardiyada bakılan hasta sayısı ile KHB puan ortalaması arasında bir ilişki bulunmuştur ve vardiyada bakılan hasta sayısının artması toplam KHB puanını %2.1 olarak artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (97).

Güney Kore'de hemşire başına düşen hasta sayısı ile KHB arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, hemşire başına düşen hasta sayısı az olan 115 hemşire ve hemşire başına düşen hasta sayısı fazla olan 117 hemşireyle bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısı az olan hemşirelerin KHB puan ortalaması önemli ölçüde daha düşük olarak bulunmuştur. Her iki grupta belirlenen KHB girişimlerinden her iki saatte bir pozisyon değişimi, ağız bakımı, hasta banyosu/cilt bakımı ve yemek sıcakken hastanın beslenmesi maddeleri hemşire başına düşen hasta sayısı az olanlarda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (98).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan 5861 hemşireyle ABD'de yapılan bir çalışmada hemşire iş yükü, hastanın bağımlılık düzeyi ve çalışma ortamı ile KHB ilişkisi incelenmiştir. Hemşirelerin %36'sının en az bir veya daha fazla bakımı karşılayamadığı, iş yükü yüksek hemşirelerde bu oran %49, iş yükü düşük hemşirelerde bu oran %27 olarak bulunmuştur. En sık karşılamayan bakımlar sırasıyla hasta/aile eğitimi, hastalara duygusal destek verilmesi, emzirme ve tabuculuk eğitimi olarak bulunmuştur. Çalışmada hemşirelerin iş yükü ve hastanın bağımlılık düzeyinin fazla olması ile uygunsuz çalışma ortamlarında KHB'nin daha yüksek olasılıkta olduğu sonucuna ulaşılmıştır (99).

Endonezya'da yeni doğan yoğun bakımda çalışan 48 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşire iş yükü ile KHB arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada hemşirelerin %91.67'sinin en az bir yenidoğan hemşirelik bakımını kaçırdığı sonucuna ulaşılırken, hemşire iş yükü ile KHB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (100).

ABD'de yapılan kesitsel bir çalışmada kalp yetmezliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışı (taburculuk sonrası 30 gün içerisinde) ile KHB arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada en sık karşılanamayan bakımlar hastaya duygusal destek sağlanması, bakım planlamanın yapılması ve hasta eğitimi bulunurken; en az karşılanamayan bakımlar ilaç tedavisi, bakım koordinasyonu ve ağrı yönetimi olarak bulunmuştur. İncelenen on bakım girişimlerinden dördü için KHB oranındaki her %10'luk artışın yeniden yatış oranını %2-8 arasında artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (29).

Yedi yüz yirmi dokuz hasta ile yapılan bir çalışmada hastalar tarafından bildirilen KHB ve hemşire istihdam düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastalar tarafından bildirilen KHB ortalamanın altında düşük olarak çıkmıştır. Çalışmada KHB'nin iletişim ve temel bakım alt boyutu ile hasta başına düşen hemşire bakım süresi ve lisans mezunu hemşirelerin becerileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (101).

Beş yüz seksen bir yataklı bir hastanede çalışan 169 hemşire ve hemşire yardımcısı ile ABD'de yapılan bir çalışmada birim düzeyinde hemşire iş yükü ve KHB arasındaki ilişki incelenmiştir. Karşılanamayan bakımlar birimler arasında benzer olarak bulunmuş ve mobilizasyon, ağız bakımı, ilaçların zamanında uygulanması, banyo yaptırılması, disiplinler arası bakım konferanslarına katılım ve tuvalet ihtiyacına yardım en sık karşılanamayan bakımlar olarak sıralanmıştır. Çalışmadaki hemşirelerin KHB puanı ortalaması yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca hemşire yardımcılarının KHB puanı hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birimdeki personelin yeterliliği, çalışılan pozisyondaki memnuniyet ve bakım verilen hasta sayısı ile KHB arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (102).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan 136 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin iş yükü ile KHB arasındaki ilişki incelenmiştir. İntravenöz bölgenin değerlendirilmesi, enfeksiyon önlemlerine uyum ve hastanın değerlendirilmesi en sık karşılanamayan bakımlar olarak belirlenmiştir. Çalışmada hemşire iş yükü, hemşire başına düşen hasta oranı ve bebeğin bağımlılık düzeyi ile KHB arasında güçlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (103).

Magnet statüsünde olan ve olmayan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 203 hemşirenin KHB'leri karşılaştırılmıştır. Çalışmada magnet olan ve olmayan hastanelerde çalışan yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin 35 bakım türünden 34'ü arasında herhangi bir fark bulunamamışken; ebeveynleri taburculuk için hazırlama girişimi magnet hastanelerde çalışan hemşirelerde anlamlı olarak daha fazla karşılanmadığı bulunmuştur. Magnet hastanelerde çalışan yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinde KHB nedenlerinden iletişim kopukluğu, malzeme/cihaz eksikliği, ekip üyelerinin destek eksikliği, doktorlarla iletişim eksikliği ve yardımcı personel eksikliği magnet olmayan hastanelere göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur (104).

On hastanede 110 hasta bakım ünitesinde çalışan 3135 hemşire ve 939 hemşire yardımcısı ile ABD'de yapılmış bir çalışmada KHB'nin iş memnuniyeti üzerine etkisi incelenmiştir. Hemşirelerin KHB puanı ortalamanın altında düşük düzeyde bulunmuş ve hemşirelik bakımını daha az kaçırdığını algılayan hemşirelerin iş memnuniyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (105).

ABD'deki hastanelerde yapılan kesitsel bir çalışmada KHB'nin hasta memnuniyeti ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada hemşireler her bir vardiyada belirlenen 12 hemşirelik girişiminden en az 2.71'ini karşılayamadığını ve bu karşılanamayan bakımları hastalara duygusal destek ve iletişim ile hasta bakımının planlanması olarak ifade etmiştir. Ayrıca çalışmadaki hemşirelerin ¾'ü son vardiyada en az bir bakım girişimini karşılayamadıklarını belirtmiştir. KHB puanı yüksek olan hastanelerde hastaların bakım deneyiminden memnuniyet oranının %2.2 oranında daha düşük olduğu bulunmuştur (106).

Ürdün'de çalışan 362 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin KHB gereksinimleri ve hemşireler arasındaki yetki devrine duyulan güven ile KHB ilişkisi

incelenmiştir. KHB puanı ortalaması orta düzeyde (2.78) bulunmuştur. En sık karşılanamayan bakımlar hastanın zamanında mobilizasyonu ve beslenmesi, ağız bakımı ve disiplinler arası bakım konferanslarına katılma girişimleri olarak; yetersiz personel sayısı ve hasta sayısında beklenmedik artış ise KHB'nin en sık nedeni olarak belirlenmiştir. KHB nedenleri karşılanamayan bakım varyansının %45'ini açıklarken; KHB ile yetki devrine duyulan güven arasında her hangi bir ilişki bulunamamıştır (107).

Güney Kore'de 186 hemşire ile yapılan bir çalışmada KHB ile hemşire çalışma ortamı ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki incelenmiştir. KHB puan ortalaması düşük olarak (1.36); en sık karşılanamayan bakım hasta/ailesine duygusal destek ve en az karşılanamayan bakım ise hastanın kan şekeri takibini yapılması girişimi bulunmuştur. Sırasıyla klinikte beklenmeyen acil durumlar, personelin işe uygun yetkinliğinin olmaması ve yardımcı personel sayısının az olması KHB nedenleri olarak bulunmuştur. Personel ve kaynak yeterliliği, yönetici hemşire yeteneği, hemşirelerin liderliği ve desteği, çalışma ortamında olumsuz ilişkiler, klinik kariyer ve birim içi hasta güvenliği kültürü algısının KHB'yi etkileyen faktörler olduğu bulunmuştur. Oluşturulan regresyon modelindeki hemşire çalışma ortamı ve hasta güvenliği kültürü algılamanın KHB varyansının %30.3'ünü açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır (108).

ABD'de yer alan Ordu Yanık Merkezi'nde yapılan bir çalışmada çalışan hemşire ve bakım personellerinin KHB'nin aylık sıklığı ve KHB ile hemşirelik bakım süresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda hemşirelerin çoğunun (%85-100) her ay en az bir bakımı karşılayamadığı, hemşire başına ortalama karşılanamayan bakımların sayısı 16.2-24.01 arasında değişiklik gösterdiği ve aylık yapılan takiplerde hasta yoğunluğu olduğu durumlarda hemşirelerin hastaların bakım ihtiyacını karşılayamadıkları ve personel sayısının yetersiz olduğu bulunmuştur. Yanık merkezi ara yoğun bakımlarda en sık karşılanamayan bakımlar hasta ihtiyaçlarına zamanında cevap verilmesi, dokümantasyon, iv bölge/tüplerin değiştirilmesi, duygusal veya psikolojik destek ve hasta eğitimi olarak; yoğun bakımlarda ise hasta eğitimi, dokümantasyon ve duygusal veya psikolojik destek girişimleri en sık karşılanmayan bakımlar olarak belirlenmiştir. Oluşturulan

varyasyonda ortalama hemşirelik bakım süresinin KHB için bir belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (109).

Üç yüz yetmiş bir hastanede çalışan 31650 hemşire ile ABD'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile KHB arasındaki ilişki incelenmiştir. Hemşirelerin çoğunun (%84.1) gerekli on beş bakım faaliyetinden en az birini karşılayamadığı; en sık karşılanamayan bakımların sırasıyla hastalara duygusal destek verilmesi, mobilizasyon, hasta/aile eğitim desteği, ilaçların zamanında uygulanması ve ağız bakımı olduğu belirlenmiştir. Çalışılan ortam ile (kötü, orta ve iyi) KHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu, kötü ortamda çalışan hemşirelerin diğer ortamlara göre en az bir bakım girişimini karşılayamama oranının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmada personel ve kaynak yeterliliği puanı ile hemşire hekim iletişim puanının artması ile karşılanamayan bakımların belirli oranlarda (%21.9-%81.5) azaldığı belirlenmiştir (110).

# 3. MATERYAL VE YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

### 3.2.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapıldığı tarihte (01/12/2020 - 30/06/2021) Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan 630 hemşire ve Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinde çalışan 244 hemşire olmak üzere toplam 874 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

### 3.2.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma sürecinde en az 6 ay ilgili hastanelerde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 116 hemşire, Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinden ise 20 hemşire 6 aydan daha az süredir çalıştığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma kapsamında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 420 hemşireye (%82), Polatlı Devlet Hastanesinden 213 hemşireye (%95) ulaşılarak, çalışma 633 hemşire (%86) ile tamamlanmıştır.

Araştırmamızın örneklem kriterleri aşağıda yer almaktadır:

Araştırmaya dâhil olma kriterleri:

- Çalışma kapsamındaki hastanelerde en az 6 aydır çalışmak.
- Çalışma sürecinde ilgili hastanelerde çalışmaya devam etmek.

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmaya dâhil olmama kriterleri:

- Çalışma kapsamındaki hastanelerde 6 aydan daha az çalışmak.
- Çalışma sürecinde ilgili hastanelerden ayrılmak.
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 2020 yılı Aralık ayı ile 2021 yılı Haziran ayları arasında 779 yataklı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ve 305 yataklı Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinde yapılmıştır.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi 1964 yılında 300 yatak kapasitesi ile SSK Dışkapı Hastanesi olarak Ankara merkezine açılmıştır. 2005 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ile adı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Yatak sayısı artırımı ile 779 yataklı olan bir eğitim hastanesidir. Bünyesinde ara yoğun bakımı, 1., 2., 3. basamak her dalda yoğun bakımı, tüm cerrahi ve dahili branşları, ameliyathaneleri, sağlık alanında her türlü tetkik ve tedavi hizmeti veren birimleri bulunmaktadır.

Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi 1956 yılında 20 yatak kapasitesi ile Ankara'nın Polatlı İlçesinde Polatlı SSK Hastanesi olarak açılmıştır. 1988 yılında yapılan ek binası ile 80 yatak kapasitesine ulaşmış, 2005 yılında ise 276 yatak kapasitesi ile Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi olarak hizmetini sürdürmüştür. 2015 yılında yapılan yeni binası ile 305 yatak kapasitesi ile hizmetine devam etmektedir. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi 1., 2., 3. basamak yetişkin yoğun bakımı, 2.basamak yenidoğan yoğun bakımı, dahili ve cerrahi tüm branşları, ameliyathaneleri, kadın doğum servisi, doğum ünitesi ile anjiyo ünitesi dışında her türlü tetkik ve tedavi imkanları ile hizmet veren bir ilçe devlet hastanesidir.

### 3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri 01/12/2020 - 30/06/2021 tarihleri arasında "Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu" ve "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği" ile toplanmıştır.

#### 3.4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgileri taranarak hazırlanmıştır (11,13,15,20,21,40,72-101). Bu formda hemşirelerin çalıştığı birim, görevi, doğum yılı, cinsiyeti, medeni durumu, hemşirelik mesleği eğitim durumu, görev yaptığı birimde çalışma süresi, kurumunda çalışma süresi, meslekte toplam çalışma süresi, çalıştığı birimde hasta bakımında uygulanılan yöntemi, bir vardiyada baktığı ortalama hasta sayısı, çalıma şekli, çalıştığı vardiya süresi, aylık ortalama toplam çalışma süresi, fazla mesai süresi, karşılanamayan hemşirelik bakımı konusunda eğitim alma durumu bilgilerini içeren 16 soru bulunmaktadır (Ek 1).

#### 3.4.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği; 2009 yılında Kalisch ve Williams tarafından geliştirilmiş, 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin ilk bölümü hemşirelerden karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarını belirlemek için beşli likert şeklinde (uygun değil, nadiren verilmiyor, bazen verilmiyor, sıklıkla verilmiyor ve hiçbir zaman verilmiyor) ölçen 21 maddeden oluşurken; ikinci bölümü karşılanamayan bakım gereksinimlerinin nedenlerini dörtlü likert şeklinde (bakımın verilememesi için bir neden değil, küçük bir neden, orta düzeyde bir neden ve önemli bir neden) ölçen 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk bölümünde puan aralığı 0-4 arasında yer almakta ve puanlama "Uygun değil=0", "Nadiren verilmiyor=1", "Bazen verilmiyor=2", "Sıklıkla verilmiyor=3", "Hiçbir zaman verilmiyor=4" olarak düzenlenmiştir. Alt maddelerde yer alan bakımlar ölçeği dolduran hemşirenin çalıştığı birim ile ilgili değil ise uygun değil seçeneğini işaretlemesi konusunda katılımcılar bilgilendirilmiştir. Ölçeğin ikinci bölümünde puan aralığı 1-4 arasında

yer almakta ve puanlama "Bakımın verilememesi için bir neden değil=1", "Küçük bir neden=2", "Orta düzeyde bir neden=3" ve "Önemli bir neden=4" olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin birinci bölümündeki puan artışı karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin arttığını gösterirken, ikinci bölümdeki puan artışı karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerinin önem derecesini göstermektedir (Ek 2).

KHB ölçeğinin birinci bölümü Cronbach Alfa değeri Kalisch ve Williams'ın çalışmasında 0.87; Kalisch, Duygulu ve Terzioğlu'nun çalışmasında 0.936; bu çalışmada eğitim ve araştırma hastanesinde (EAH) 0.913 ve devlet hastanesinde 0.917 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan nedenlerin alt boyutundan İnsan Kaynakları Cronbach Alfa değeri; Kalisch ve Williams'ın çalışmasında 0.693; Kalisch, Duygulu ve Terzioğlu'nun çalışmasında 0.765; bu çalışmada EAH'de 0.826 ve devlet hastanesinde 0.881 olarak; Malzeme Kaynakları alt boyutu Cronbach Alfa değeri Kalisch ve Williams'ın çalışmasında 0.708; Kalisch, Duygulu ve Terzioğlu'nun çalışmasında 0.688; bu çalışmada EAH'de 0.874 ve devlet hastanesinde 0.883 olarak; İletişim alt boyutu Cronbach Alfa değeri Kalisch ve Williams'ın çalışmasında 0.851; Kalisch, Duygulu ve Terzioğlu'nun çalışmasında 0.911; bu çalışmada EAH'de 0.937 ve devlet hastanesinde 0.940 olarak bulunmuştur.

### 3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verilerinin elde edilme süreci 01/12/2020 - 30/06/2021 tarihleri arasındadır. Araştırmada kullanılan formlar eğitim ve kalite biriminde çalışan yedi hemşireye uygulanmış, onların önerileri doğrultusunda ifadelerde düzeltmeler yapılmış, sonraki katılımcılar bu konularda ayrıntılı olarak bilgilendirilmiştir. Ön uygulama yapılan yedi katılımcının formu çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır. "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği" ve "Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu" katılımcının uygun olduğu zaman aralığı belirlenerek araştırmacı gözetiminde doldurulmuştur. Bir formun ortalama bitirilme süresi 15 dakikadır. Doldurulan formlar numaralandırılarak kayıt edilmiştir.

### 3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması için gerekli olan Etik Kurul izni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır (09.11.2020 karar tarihli 51 karar numarası) (Ek 3). Araştırmanın uygulanabilmesi için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek 4). Araştırmada kullanılan Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeğinin kullanılabilmesi için ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazardan e-posta ile izin alınmıştır (Ek 5). Araştırma sürecinde çalışmaya katılan katılımcılara araştırmanın amacı ile sonuçların hangi amaçla kullanılacağı konusunda bilgi verilerek onam formu yazılı olarak alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı olarak onay alındıktan sonra anket soruları uygulanmış ve katılımcıların kişisel verileri alınmadan, toplanan veriler anonim olarak kaydedilmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ile Polatlı Devlet Hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile sınırlı olup, çalışma verileri sadece bu gruba genellenebilir.

### 3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket programı kullanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Her parametre için ayrı ayrı normallik testleri incelenmiştir. Normallik varsayımları örnek sayısına göre "Kolmogorov-Smirnov" veya "Shapiro-Wilk" test istatistikleriyle belirlenmiştir.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle

karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test ($\chi^2$-tablo değeri) yöntemikullanıldı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Bonferroni düzeltmesinde p değeri 0.05/karşılaştırma sayısı bölünerek hesaplanmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Spearman”korelasyon katsayısı kullanıldı. İki değişken arasında hesaplanan korelasyon değerine göre ilişkinin gücü belirlenmiştir (r =0 ise ilişki yok; r = 0 ile ±0.25 arasında ise çok zayıf ilişki; r = ±0.25 ile ±0.50 arasında ise zayıf ilişki; r = ±0.50 ile ±0.75 ise orta düzey ilişki; r = ±0.75 ile ±1.00 arasında ise yüksek düzeyde ilişki; r = ±1.00 ise çok yüksek düzeyde ilişki). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

# 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı (n:633)

| Demografik Özellikler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Yaş sınıfları** | | |
| <30 | **363** | **57.3** |
| 30-34 | 62 | 9.8 |
| 35-39 | 57 | 9.0 |
| ≥40 | 151 | 23.9 |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | **549** | **86.7** |
| Erkek | 84 | 13.3 |
| **Medeni durum** | | |
| Bekâr | **360** | **56.9** |
| Evli | 273 | 43.1 |
| **Görev** | | |
| Hemşire | **563** | **88.9** |
| Sorumlu hemşire | 51 | 8.1 |
| Diğer | 19 | 3.0 |
| **Eğitim düzeyi** | | |
| Sağlık meslek lisesi | 84 | 13.3 |
| Ön lisans | 59 | 9.3 |
| Lisans | **461** | **72.8** |
| Yüksek lisans | 27 | 4.3 |
| Doktora | 2 | 0.3 |
| **Birimde çalışma yılı** | | |
| ≤1 yıl | **351** | **55.5** |
| 2-5 yıl | 188 | 29.7 |
| >5 yıl | 94 | 14.8 |
| **Kurumda çalışma yılı** | | |
| ≤1 yıl | **277** | **43.8** |
| 2-5 yıl | 155 | 24.5 |
| >5 yıl | 201 | 31.7 |
| **Toplam çalışma yılı** | | |
| ≤1 yıl | 216 | 34.1 |
| 2-5 yıl | 101 | 16.0 |
| >5 yıl | **316** | **49.9** |
| **Çalıştığı hastane** | | |
| Eğitim araştırma | **420** | **66.3** |
| Devlet | 213 | 33.7 |

Tablo 4.1'de hemşirelerin demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 30.84±8.41 (yıl) olduğu ve %57.3'ünün <30 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %86.7'sinin kadın, %56.9'unun bekâr, %88.9'unun hemşire, %72.8'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %55.5'inin birimde ve %43.8'inin kurumda toplam çalışma süresinin ≤1 yıl olduğu; %49.9'unun ise toplam çalışma yılı >5 yıl olduğu

belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %66.3'ü eğitim araştırma hastanesinde ve %33.7'si devlet hastanesinde çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin görevli olduğu servis özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (n:633)

| **Servis Özellikleri** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Birim** | | |
| Dâhili birimler | **209** | **33.0** |
| Cerrahi birimler | 138 | 21.8 |
| Yoğun bakım | **217** | **34.3** |
| Acil servis | 48 | 7.6 |
| Ameliyathane | 12 | 1.9 |
| Poliklinik | 9 | 1.4 |
| **Hasta bakım yöntemi** | | |
| İş paylaşımı | 143 | 22.6 |
| Hasta paylaşımı | **482** | **76.1** |
| Diğer | 8 | 1.3 |
| **Gündüz hasta sayısı** | | |
| <5 | 219 | 34.6 |
| 5-10 | **256** | **40.4** |
| >10 | 158 | 25.0 |
| **Gece hasta sayısı** | | |
| <5 | 175 | 27.6 |
| 5-10 | 137 | 21.6 |
| >10 | **321** | **50.8** |
| **Çalışma şekli** | | |
| Sürekli gündüz | 110 | 17.4 |
| Sürekli gece | 33 | 5.2 |
| Vardiyalı | **490** | **77.4** |
| **Vardiya süresi** | | |
| 8 saat | 176 | 27.8 |
| 12 saat | 13 | 2.1 |
| 16 saat | 124 | 19.6 |
| 24 saat | **233** | **36.8** |
| Dönüşümlü | 87 | 13.7 |
| **Toplam çalışma saati** | | |
| ≤160 saat | 89 | 14.1 |
| 161-180 | **407** | **64.3** |
| 181-200 | 97 | 15.3 |
| 201-220 | 25 | 3.9 |
| 221-240 | 9 | 1.4 |
| >240 | 6 | 0.9 |
| **KHB ile ilgili eğitim alma** | | |
| Evet | 131 | 20.7 |
| Hayır | **502** | **79.3** |

Tablo 4.2'de hemşirelerin görevli olduğu servis özelliklerine yönelik bulguların dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %34.3'ünün yoğun bakım biriminde ve %33.0'ünün dâhili birimlerde çalıştığı, çalışan

hemşirelerin %76.1'inin hasta paylaşımı yaparak hastalara baktıkları, %40.4'ünün gündüz 5-10 hastaya baktığı ve %50.8'inin gece >10 hastaya baktığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %77.4'ünün vardiyalı çalıştığı, %36.8'inin vardiya süresinin 24 saat olduğu, %64.3'ünün toplam 161-180 saat aralığında çalıştığı ve %79.3'ünün KHB ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımı (n:633)

| **Bakım Gereksinimi İle İlgili Maddeler** | $\bar{X} \pm SS$ | **Hiçbir Zaman** Verilmiyor | **Sıklıkla** Verilmiyor | **Bazen** Verilmiyor | **Nadiren** Verilmiyor | **Uygun Değil** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** |
| 1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma | **1.36±1.22** | 49 (%7.7) | 69 (%10.9) | 127 (%20.1) | 205 (%32.4) | 183 (%28.9) |
| 2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi | 1.29±1.07 | 28 (%4.4) | 63 (%10.0) | 122 (%19.3) | 272 (%43.0) | 148 (%23.4) |
| 3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi | 1.26±1.09 | 44 (%7.0) | 39 (%6.1) | 98 (%15.5) | 311 (%49.1) | 141 (%22.3) |
| 4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi | 1.05±0.96 | 26 (%4.1) | 31 (%4.9) | 62 (%9.8) | 349 (%55.1) | 165 (%26.1) |
| 5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi | 1.13±0.93 | 27 (%4.3) | 25 (%3.9) | 84 (%13.3) | 366 (%57.8) | 131 (%20.7) |
| 6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi | 1.09±0.73 | 5 (%0.8) | 14 (%2.2) | 128 (%20.2) | 371 (%58.6) | 115 (%18.2) |
| 7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi | 0.99±0.83 | 18 (%2.8) | 18 (%2.8) | 53 (%8.4) | 392 (%62.0) | 152 (%24.0) |
| 8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi | 0.98±0.74 | 12 (%1.8) | 15 (%2.4) | 53 (%8.4) | 424 (%67.0) | 129 (%20.4) |
| 9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi | 1.14±0.81 | 12 (%1.8) | 27 (%4.3) | 103 (%16.3) | 386 (%61.0) | 105 (%16.6) |
| 10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi | **2.52±0.76** | 16 (%2.5) | 386 (%61.0) | 145 (%22.9) | 86 (%13.6) | - |
| 11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi | 1.32±1.08 | 30 (%4.7) | 70 (%11.1) | 111 (%17.5) | 284 (%44.9) | 138 (%21.8) |
| 12. Hastaya ağız bakımı verilmesi | **1.42±0.87** | 20 (%3.2) | 49 (%7.7) | 165 (%26.1) | 344 (%54.3) | 55 (%8.7) |
| 13. Ellerin yıkanması | 1.03±0.81 | 15 (%2.4) | 23 (%3.6) | 61 (%9.6) | 404 (%63.8) | 130 (%20.6) |
| 14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme | **1.53±1.00** | 23 (%3.6) | 115 (%18.2) | 85 (%13.4) | 359 (%56.7) | 51 (%8.1) |
| 15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması | 0.98±0.79 | 14 (%2.2) | 17 (%2.7) | 58 (%9.2) | 398 (%62.8) | 146 (%23.1) |
| 16. Her şiftte hastanın değerlendirilmesi | 0.98±0.78 | 15 (%2.4) | 14 (%2.2) | 53 (%8.4) | 411 (%64.9) | 140 (%22.1) |

**Tablo 4.3. (devam)** Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımı (n:633)

| **Bakım Gereksinimi İle İlgili Maddeler** | $\bar{X} \pm SS$ | **Hiçbir Zaman** Verilmiyor | **Sıklıkla** Verilmiyor | **Bazen** Verilmiyor | **Nadiren** Verilmiyor | **Uygun Değil** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** |
| 18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi | 0.95±0.91 | 22 (%3.5) | 18 (%2.8) | 57 (%9.0) | 343 (%54.2) | 193 (%30.5) |
| 19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması | 1.08±0.81 | 10 (%1.6) | 30 (%4.7) | 82 (%13.0) | 387 (%61.1) | 124 (%19.6) |
| 20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi | 1.27±0.64 | 7 (%1.1) | 22 (%3.5) | 131 (%20.7) | 450 (%71.1) | 23 (%3.6) |
| 21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi | 1.06±0.87 | 12 (%1.9) | 30 (%4.7) | 98 (%15.5) | 338 (%53.4) | 155 (%24.5) |

Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımı incelendiğinde; puan ortalamalarının en düşük 0.95±0.91 ve en yüksek 2.52±0.76 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Karşılanamayan hemşirelik bakımlarında en yüksek puanı alan maddeler sırasıyla; "hastaya ve/veya yakınlarına duygusal destek verilmesi (2.52±0.76)", "taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme (1.53±1.00)", hastaya ağız bakımı verilmesi(1.42±0.87) ve "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma(1.36±1.22)" olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Karşılanamayan hemşirelik bakımlarında en düşük puanı alan maddeler ise; "çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi (0.95±0.91)", "her şiftte hastanın değerlendirilmesi (0.98±0.78)", "isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması (0.98±0.79), "gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi (0.98±0.74)" ve "hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi (0.99±0.83)" maddelerinin oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenlerinin dağılımı (n:633)

| **İFADELER** | | **Önemli** Bir Neden | **Orta** Bir Neden | **Küçük** Bir Neden | Bakımın Verilememesi İçin **Bir Neden Değil** |
|---|---|---|---|---|---|
| | **$\bar{X} \pm SS$** | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** | **n(%)** |
| 1. Çalışan personel sayısının yetersizliği | **3.48±0.95** | 449 (%70.9) | 91 (%14.5) | 37 (%5.8) | 56 (%8.8) |
| 2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler) | 3.45±0.93 | 435 (%68.7) | 93 (%14.7) | 61 (%9.6) | 44 (%7.0) |
| 3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk | **3.51±0.82** | 420 (%66.3) | 150 (%23.7) | 29 (%4.6) | 34 (%5.4) |
| 4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi. teknisyen. ünite sekreterleri vb.) | **3.49±0.89** | 440 (%69.5) | 105 (%16.6) | 45 (%7.1) | 43 (%6.8) |
| 5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması | 3.03±1.02 | 276 (%43.6) | 169 (%26.7) | 123 (%19.4) | 65 (%10.3) |
| 6. Hasta dağılımındaki dengesizlik | 2.87±1.10 | 251 (%39.7) | 142 (%22.4) | 149 (%23.5) | 91 (%14.4) |
| 7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması | 3.18±1.06 | 353 (%55.8) | 112 (%17.7) | 99 (%15.6) | 69 (%10.9) |
| 8. Önceki şiftten veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi | 3.01±1.11 | 299 (%47.2) | 130 (%20.6) | 114 (%18.0) | 90 (%14.2) |
| 9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi) | 3.12±1.07 | 321 (%50.7) | 144 (%22.8) | 88 (%13.9) | 80 (%12.6) |
| 10. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması | **3.28±1.01** | 375 (%59.2) | 121 (%19.1) | 77 (%12.2) | 60 (%9.5) |
| 11. Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması | **3.35±0.96** | 398 (%62.9) | 106 (%16.7) | 83 (%13.1) | 46 (%7.3) |
| 12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması | 3.08±1.10 | 320 (%50.6) | 126 (%19.9) | 102 (%16.1) | 85 (%13.4) |
| 13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik | **3.11±1.11** | 338 (%53.4) | 111 (%17.5) | 98 (%15.5) | 86 (%13.6) |
| 14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu | 2.99±1.17 | 315 (%49.8) | 112 (%17.7) | 92 (%14.5) | 114 (%18.0) |
| 15. Doktorlarla/Tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu | **3.16±1.08** | 352 (%55.6) | 112 (%17.7) | 90 (%14.2) | 79 (%12.5) |
| 16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması | 3.05±1.21 | 356 (%56.2) | 80 (%12.6) | 72 (%11.4) | 125 (%19.7) |

Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri incelendiğinde ise; ortalama puanların en yüksek 3.51±0.82 ve en düşük 2.87±1.10 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. En yüksek puanı "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk (3.51±0.82)" maddesi alırken, en düşük puanı "hasta dağılımındaki dengesizlik (2.87±1.10)" maddesinin aldığı bulunmuştur (Tablo 4.4).

KHB'ye neden olan etmenlerden insan kaynakları alt boyutunda yer alan en yüksek puanı alan maddeler; "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk (3.51±0.82)", "yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (3.49±0.89)" ve "çalışan personel sayısının yetersizliği (3.48±0.95)" olarak belirlenmiştir. Malzeme kaynakları alt boyutunda yer alan en yüksek puanı alan maddeler; "gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (3.35±0.96)" ve "gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması (3.28±1.01)" olarak saptanmışken; iletişim alt boyutunda ise "doktorlarla/tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu (3.16±1.08)", "diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik (3.11±1.11)" ve "diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (3.12±1.07)" maddelerinin en yüksek puanı aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Hemşirelerin KHB gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n:633)

| **Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği** | **$\bar{X} \pm$ S. S.** | **Min.** | **Max.** |
|---|---|---|---|
| Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri | **1.22±0.54** | 0.1 | 3.9 |
| Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Nedenleri | **3.20±0.79** | 1.0 | 4.0 |
| – *İnsan kaynakları* | **3.48±0.74** | 1.0 | 4.0 |
| – *Malzeme kaynakları* | 3.27±0.91 | 1.0 | 4.0 |
| – *İletişim* | 3.05±0.91 | 1.0 | 4.0 |

Hemşirelerin KHB gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5'te yer almaktadır. Hemşirelerin KHB gereksinimleri puan ortalaması 1.22±0.54 ve KHB gereksinimlerinin nedenlerinin puan ortalaması 3.20±0.79 olarak bulunmuştur. KHB gereksinimlerinin nedenlerinden olan insan kaynakları alt boyutu en yüksek ortalama puanı (3.48±0.74) almıştır.

**Tablo 4.6.** Hemşirelerin demografik özellikleri ile KHB gereksinimleri (KHB-A) ve nedenleri (KHB-B) puanlarının karşılaştırılması (n:633)

| Değişken | n | KHB-A $\bar{X} \pm S.S.$ | KHB-B $\bar{X} \pm S.S.$ | *İnsan kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *Malzeme kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *İletişim* $\bar{X} \pm S.S.$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Çalıştığı hastane** | | | | | | |
| Eğitim araştırma | 420 | 1.28±0.52 | 3.10±0.80 | 3.43±0.74 | 3.15±0.93 | 2.93±0.92 |
| Devlet | 213 | 1.12±0.56 | 3.40±0.73 | 3.57±0.73 | 3.52±0.80 | 3.28±0.85 |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-4.605 **p=0.000** | Z=-5.181 **p=0.000** | Z=-3.280 **p=0.001** | Z=-5.664 **p=0.000** | Z=-4.972 **p=0.000** |
| **Yaş sınıfları** | | | | | | |
| <30 (1) | 363 | 1.30±0.55 | 3.11±0.79 | 3.45±0.72 | 3.19±0.90 | 2.93±0.91 |
| 30-34 (2) | 62 | 1.18±0.51 | 3.19±0.78 | 3.49±0.74 | 3.32±0.92 | 3.01±0.93 |
| 35-39 (3) | 57 | 1.19±0.45 | 3.36±0.70 | 3.59±0.68 | 3.39±0.79 | 3.24±0.83 |
| ≥40 (4) | 151 | 1.07±0.53 | 3.34±0.81 | 3.50±0.80 | 3.41±0.93 | 3.25±0.90 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=26.564 **p=0.000 [1-4]** | $\chi^2$=18.572 **p=0.000 [1-3.4]** | $\chi^2$=4.923 p=0.178 | $\chi^2$=14.655 **p=0.002 [1-4]** | $\chi^2$=21.804 **p=0.000 [1-3.4]** |
| **Cinsiyet** | | | | | | |
| Kadın | 549 | 1.22±0.54 | 3.24±0.77 | 3.52±0.72 | 3.31±0.88 | 3.09±0.89 |
| Erkek | 84 | 1.24±0.59 | 2.90±0.87 | 3.25±0.85 | 3.02±1.03 | 2.71±0.98 |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-0.561 p=0.575 | Z=-3.712 **p=0.000** | Z=-3.451 **p=0.001** | Z=-2.497 **p=0.013** | Z=-3.726 **p=0.000** |
| **Medeni durum** | | | | | | |
| Bekar | 360 | 1.26±0.53 | 3.12±0.79 | 3.45±0.73 | 3.19±0.93 | 2.95±0.91 |
| Evli | 273 | 1.17±0.55 | 3.30±0.79 | 3.52±0.75 | 3.38±0.87 | 3.18±0.90 |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-3.046 **p=0.002** | Z=-3.625 **p=0.000** | Z=-2.132 **p=0.033** | Z=-2.951 **p=0.003** | Z=-3.745 **p=0.000** |
| **Görev** | | | | | | |
| Hemşire (1) | 563 | 1.25±0.54 | 3.17±0.80 | 3.48±0.74 | 3.24±0.92 | 3.02±0.92 |
| Sorumlu hemşire (2) | 51 | 1.01±0.41 | 3.40±0.68 | 3.60±0.66 | 3.44±0.83 | 3.31±0.78 |
| Diğer (3) | 19 | 1.06±0.86 | 3.34±0.68 | 3.32±1.02 | 3.64±0.56 | 3.23±0.74 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=11.651 **p=0.003 [1-2]** | $\chi^2$=4.867 p=0.088 | $\chi^2$=2.884 p=0.236 | $\chi^2$=4.648 p=0.098 | $\chi^2$=5.544 p=0.063 |

*Z:Mann-Whitney U , $\chi^2$ : Kruskall-Wallis H

**Tablo 4.6.(devam)** Hemşirelerin demografik özellikleri ile KHB gereksinimleri (KHB-A) ve nedenleri (KHB-B) puanlarının karşılaştırılması (n:633)

| Değişken | n | KHB-A $\bar{X} \pm S.S.$ | KHB-B $\bar{X} \pm S.S.$ | *İnsan kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *Malzeme kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *İletişim* $\bar{X} \pm S.S.$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Eğitim düzeyi** | | | | | | |
| SML (1) | 84 | 1.30±0.52 | 3.19±0.80 | 3.46±0.73 | 3.27±0.88 | 3.04±0.92 |
| Ön lisans (2) | 59 | 1.19±0.54 | 3.35±0.75 | 3.57±0.76 | 3.47±0.84 | 3.22±0.87 |
| Lisans (3) | 461 | 1.22±0.54 | 3.17±0.80 | 3.48±0.74 | 3.24±0.92 | 3.02±0.92 |
| Yüksek lisans/↑ (4) | 29 | 1.04±0.61 | 3.29±0.78 | 3.43±0.84 | 3.38±0.83 | 3.20±0.85 |
| **İstatistiksel analiz*** | | $\chi^2$=8.885 **p=0.031 [1-4]** | $\chi^2$=3.916 p=0.271 | $\chi^2$=3.699 p=0.296 | $\chi^2$=3.985 p=0.263 | $\chi^2$=3.780 p=0.286 |
| **Birimde çalışma** | | | | | | |
| ≤1 yıl (1) | 351 | 1.28±0.57 | 3.14±0.82 | 3.48±0.74 | 3.21±0.94 | 2.98±0.93 |
| 2-5 yıl (2) | 188 | 1.20±0.48 | 3.26±0.73 | 3.50±0.73 | 3.35±0.85 | 3.12±0.84 |
| >5 yıl (3) | 94 | 1.05±0.53 | 3.28±0.81 | 3.50±0.76 | 3.35±.88 | 3.15±0.93 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=16.100 **p=0.000 [1.2-3]** | $\chi^2$=3.987 p=0.136 | $\chi^2$=0.559 p=0.756 | $\chi^2$=3.886 p=0.143 | $\chi^2$=5.325 p=0.070 |
| **Kurumda çalışma** | | | | | | |
| ≤1 yıl (1) | 277 | 1.30±0.56 | 3.08±0.82 | 3.43±0.74 | 3.15±0.96 | 2.91±0.93 |
| 2-5 yıl (2) | 155 | 1.25±0.53 | 3.24±0.77 | 3.55±0.72 | 3.31±0.88 | 3.09±0.88 |
| >5 yıl (3) | 201 | 1.09±0.50 | 3.32±0.76 | 3.50±0.75 | 3.41±0.84 | 3.21±0.87 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=24.499 **p=0.000 [1.2-3]** | $\chi^2$=12.836 **p=0.002 [1-3]** | $\chi^2$=5.578 p=0.061 | $\chi^2$=10.155 **p=0.006 [1-3]** | $\chi^2$=15.541 **p=0.000 [1-3]** |
| **Toplam çalışma** | | | | | | |
| ≤1 yıl (1) | 216 | 1.30±0.53 | 3.06±0.81 | 3.41±0.75 | 3.13±0.95 | 2.88±0.94 |
| 2-5 yıl (2) | 101 | 1.34±0.57 | 3.18±0.78 | 3.55±0.71 | 3.21±0.88 | 3.00±0.90 |
| >5 yıl (3) | 316 | 1.13±0.53 | 3.30±0.77 | 3.51±0.75 | 3.39±0.87 | 3.18±0.88 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=25.883 **p=0.000 [1.2-3]** | $\chi^2$=15.376 **p=0.000 [1-3]** | $\chi^2$=7.801 **p=0.020 [1-3]** | $\chi^2$=14.331 **p=0.001 [1-3]** | $\chi^2$=17.015 **p=0.000 [1-3]** |

*Z:Mann-Whitney U , $\chi^2$ : Kruskall-Wallis H

Hastanelere göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Eğitim araştırma hastanesindeki hemşirelerin karşılanamayan bakım gereksinimleri puan ortalamasının (1.28±0.52), devlet hastanesindeki hemşirelere (1.12±0.56) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Devlet hastanesindeki hemşirelerin KHB nedenleri puanı ortalaması (3.40±0.73), eğitim araştırma hastanesindeki hemşirelerin ortalama puanından (3.10±0.80) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Devlet hastanesindeki hemşirelerin KHB gereksinimlerinin nedenlerinin alt boyutları olan; insan kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim puanları, eğitim araştırma hastanesindeki hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastanelere göre KHB gereksinimlerinin nedenlerinin toplam puanı ile nedenlerin alt boyutlarından olan; insan kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000) (Tablo 4.6).

Yaş sınıflarına göre KHB-A puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30 yaş grubunda olanlar ile ≥40 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <30 yaş grubunda olanların KHB-A puanları, ≥40 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaş sınıflarına göre KHB-B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30 yaş grubunda olanlar ile 35-39 ve ≥40 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <30 yaş grubunda olanların KHB-B puanları, 35-39 ve ≥40 yaş grubunda olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Yaş sınıflarına göre malzeme kaynakları alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30 yaş grubunda olanlar ile ≥40 yaş grubunda olanlar

arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <30 yaş grubunda olanların malzeme kaynakları puanları, ≥40 yaş grubunda olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Yaş sınıflarına göre iletişim alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30 yaş grubunda olanlar ile 35-39 ve ≥40 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <30 yaş grubunda olanların iletişim puanları, 35-39 ve ≥40 yaş grubunda olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Cinsiyete göre KHB nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Kadınların KHB nedenleri puanları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre insan kaynakları alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Kadınların insan kaynakları puanları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre malzeme kaynakları alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.013). Kadınların malzeme kaynakları puanları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre iletişim kaynakları alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Kadınların iletişim kaynakları puanları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Medeni duruma göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.002). Bekârların KHB gereksinimleri puanları, evlilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Medeni duruma göre KHB-B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Bekârların KHB nedenleri puanları, evlilere göre anlamlı daha düşük bulunmuştur. Medeni duruma göre insan kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.033). Bekârların insan kaynakları puanları, evlilere göre daha düşük bulunmuştur. Medeni duruma göre malzeme kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.003). Bekârların malzeme kaynakları puanları, evlilere göre daha düşük bulunmuştur. Medeni duruma göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Bekârların iletişim puanları, evlilere göre daha düşük bulunmuştur.

Göreve göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.003). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hemşire olanlar ile sorumlu hemşire olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hemşire olanların KHB-A puanları, sorumlu hemşire olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyine göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.031). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; SML mezunu olanlar ile yüksek lisans/üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. SML mezunu olanların KHB-A puanları, yüksek lisans/üzeri mezun olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Birimde çalışma süresine göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 ve 2-5 yıldır birimde çalışanlar ile >5 yıldır birimde çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 ve 2-5 yıldır birimde çalışanların KHB-A puanları, >5 yıldır birimde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kurumda çalışma süresine göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 ve 2-5 yıldır kurumda çalışanlar ile >5 yıldır kurumda çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 ve 2-5 yıldır kurumda çalışanların KHB-A puanları, >5 yıldır kurumda çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kurumda çalışma süresine göre KHB nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır kurumda çalışanlar ile >5 yıldır kurumda çalışanlar arasında

anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır kurumda çalışanların KHB nedenleri puanları, >5 yıldır kurumda çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Kurumda çalışma süresine göre malzeme kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.006). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır kurumda çalışanlar ile >5 yıldır kurumda çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır kurumda çalışanların malzeme kaynakları puanları, >5 yıldır kurumda çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Kurumda çalışma süresine göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır kurumda çalışanlar ile >5 yıldır kurumda çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır kurumda çalışanların iletişim puanları, >5 yıldır kurumda çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Toplam çalışma süresine göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 ve 2-5 yıldır birimde çalışanlar ile >5 yıldır birimde çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 ve 2-5 yıldır toplam çalışanların KHB-A puanları, >5 yıldır toplam çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Toplam çalışma süresine göre KHB nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır toplam çalışanlar ile >5 yıldır toplam çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır toplam çalışanların KHB nedenleri puanları, >5 yıldır toplam çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Toplam çalışma süresine göre insan kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.020). Anlamlı farkın hangi gruptan

kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır toplam çalışanlar ile >5 yıldır toplam çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır toplam çalışanların insan kaynakları puanları, >5 yıldır toplam çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Toplam çalışma süresine göre malzeme kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır toplam çalışanlar ile >5 yıldır toplam çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır toplam çalışanların malzeme kaynakları puanları, >5 yıldır toplam çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Toplam çalışma süresine göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≤1 yıldır toplam çalışanlar ile >5 yıldır toplam çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ≤1 yıldır toplam çalışanların iletişim puanları, >5 yıldır toplam çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin görevli olduğu servis özellikleri ile KHB-A ve KHB-B puanlarının karşılaştırılması (n:633)

| Servis Özellikleri | n | KHB-A $\bar{X} \pm S.S.$ | KHB-B $\bar{X} \pm S.S.$ | *İnsan kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *Malzeme kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *İletişim* $\bar{X} \pm S.S.$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Birim** | | | | | | |
| Dahili birimler (1) | 209 | 1.23±0.52 | 3.22±0.82 | 3.47±0.80 | 3.31±0.89 | 3.08±0.93 |
| Cerrahi birimler (2) | 138 | 1.19±0.45 | 3.13±0.74 | 3.52±0.65 | 3.24±0.87 | 2.92±0.87 |
| Yoğun bakım (3) | 217 | 1.25±0.45 | 3.26±0.74 | 3.54±0.64 | 3.29±0.88 | 3.12±0.88 |
| Diğer (4) | 69 | 1.19±0.92 | 3.08±0.95 | 3.29±0.97 | 3.12±1.09 | 2.99±1.03 |
| **İstatistiksel analiz*** | | $\chi^2$=8.193 **p=0.042 [1.3-4]** | $\chi^2$=3.534 p=0.316 | $\chi^2$=2.976 p=0.395 | $\chi^2$=0.680 p=0.878 | $\chi^2$=5.620 p=0.132 |
| **Bakım yöntemi** | | | | | | |
| İş paylaşımı (1) | 143 | 1.12±0.66 | 3.36±0.74 | 3.56±0.73 | 3.45±0.84 | 3.23±0.85 |
| Hasta paylaşımı (2) | 482 | 1.25±0.49 | 3.16±0.79 | 3.46±0.75 | 3.23±0.91 | 3.00±0.91 |
| Diğer (3) | 8 | 1.08±0.18 | 2.53±0.81 | 3.12±0.70 | 2.42±1.16 | 2.31±1.14 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=13.954 **p=0.001 [2-1.3]** | $\chi^2$=11.863 **p=0.003 [1-2.3]** | $\chi^2$=8.902 **p=0.012 [1-3]** | $\chi^2$=13.438 **p=0.001 [1-2.3]** | $\chi^2$=10.775 **p=0.005 [1-2.3]** |
| **Gündüz hasta sayısı** | 219 | 1.22±0.46 | 3.28±0.74 | 3.56±0.62 | 3.32±0.88 | 3.14±0.86 |
| <5 (1) | 256 | 1.29±0.54 | 3.12±0.81 | 3.44±0.78 | 3.22±0.91 | 2.95±0.93 |
| 5-10 (2) | 158 | 1.11±0.64 | 3.20±0.93 | 3.43±0.82 | 3.30±0.93 | 3.08±0.92 |
| >10 (3) | | | | | | |
| **İstatistiksel analiz*** | | $\chi^2$=14.500 **p=0.001 [1.2-3]** | $\chi^2$=5.183 p=0.075 | $\chi^2$=0.711 p=0.701 | $\chi^2$=2.938 p=0.230 | $\chi^2$=6.289 **p=0.043 [1-2]** |
| **Gece hasta sayısı** | | | | | | |
| <5 (1) | 175 | 1.15±0.57 | 3.29±0.78 | 3.48±0.73 | 3.37±0.88 | 3.17±0.89 |
| 5-10 (2) | 137 | 1.17±0.47 | 3.23±0.76 | 3.48±0.77 | 3.31±0.91 | 3.10±0.89 |
| >10 (3) | 321 | 1.28±0.55 | 3.13±0.81 | 3.48±0.73 | 3.20±0.92 | 2.96±0.92 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=6.114 **p=0.047 [1-3]** | $\chi^2$=6.047 **p=0.049 [1-3]** | $\chi^2$=0.105 p=0.949 | $\chi^2$=4.938 p=0.085 | $\chi^2$=8.758 **p=0.013 [1-3]** |

*Z:Mann-Whitney U , $\chi^2$ : Kruskall-Wallis H

**Tablo 4.7. (devam)** Hemşirelerin görevli olduğu servis özellikleri ile KHB-A ve KHB-B puanlarının karşılaştırılması (n:633)

| Servis Özellikleri | n | KHB-A $\bar{X} \pm S.S.$ | KHB-B $\bar{X} \pm S.S.$ | *İnsan kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *Malzeme kaynakları* $\bar{X} \pm S.S.$ | *İletişim* $\bar{X} \pm S.S.$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Çalışma şekli** | | | | | | |
| Sürekli gündüz | 110 | 1.09±0.56 | 3.37±0.72 | 3.55±0.70 | 3.45±0.84 | 3.26±0.83 |
| Sürekli gece | 33 | 1.20±0.40 | 3.43±0.75 | 3.74±0.58 | 3.37±0.92 | 3.31±0.86 |
| Vardiyalı | 490 | 1.25±0.55 | 3.14±0.80 | 3.45±0.75 | 3.23±0.92 | 2.98±0.92 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=7.599 **p=0.022 [1-3]** | $\chi^2$=13.611 **p=0.001 [1.2-3]** | $\chi^2$=10.724 **p=0.005 [1.2-3]** | $\chi^2$=8.805 **p=0.012 [1-3]** | $\chi^2$=13.431 **p=0.001 [1.2-3]** |
| **Vardiya süresi** | | | | | | |
| ≤12 saat | 189 | 1.20±0.62 | 3.27±0.75 | 3.51±0.71 | 3.38±0.84 | 3.13±0.87 |
| 16 saat | 124 | 1.24±0.44 | 3.12±0.80 | 3.45±0.74 | 3.18±0.91 | 2.95±0.94 |
| 24 saat | 233 | 1.22±0.53 | 3.19±0.83 | 3.47±0.77 | 3.22±0.98 | 3.06±0.94 |
| Dönüşümlü | 87 | 1.25±0.54 | 3.17±0.85 | 3.49±0.74 | 3.29±0.83 | 2.99±0.86 |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=0.774 p=0.856 | $\chi^2$=3.288 p=0.349 | $\chi^2$=1.481 p=0.687 | $\chi^2$=4.607 p=0.203 | $\chi^2$=3.338 p=0.342 |
| **Toplamçalışma saati** | 89 | 1,12±0,56 | 3,29±0,75 | 3,48±0,81 | 3,37±0,89 | 3,18±0,84 |
| ≤160 saat | 407 | 1,24±0,54 | 3,16±0,81 | 3,48±0,74 | 3,25±0,92 | 3,00±0,93 |
| 161-180 | 97 | 1,26±0,55 | 3,24±0,75 | 3,51±0,66 | 3,25±0,86 | 3,12±0,83 |
| 181-200 | 25 | 1,21±0,44 | 3,02±0,90 | 3,37±0,83 | 3,11±1,08 | 2,82±0,99 |
| 201-220 | 9 | 1,14±0,44 | 3,56±0,59 | 3,69±0,33 | 3,70±0,45 | 2,85±0,80 |
| 221-240 | 6 | 1,47±0,94 | 3,30±0,94 | 3,29±1,07 | 3,56±0,93 | 3,22±0,93 |
| >240 | | | | | | |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=2,025 p=0,846 | $\chi^2$=4,753 p=0,447 | $\chi^2$=0,852 p=0,974 | $\chi^2$=4,126 p=0,531 | $\chi^2$=6,061 p=0,300 |
| **Eğitim alma** | | | | | | |
| Evet | 131 | 1.36±0.63 | 3.18±0.88 | 3.42±0.80 | 3.27±0.93 | 3.05±1.02 |
| Hayır | 502 | 1.19±0.51 | 3.20±0.77 | 3.49±0.72 | 3.27±0.90 | 3.05±0.88 |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-2.723 **p=0.006** | Z=-0.759 p=0.448 | Z=-1.069 p=0.285 | Z=-0.004 p=0.997 | Z=-1.102 p=0.270 |

*Z:Mann-Whitney U , $\chi^2$: Kruskall-Wallis H

Çalışılan birime göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.042). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; dâhili birimlerde ve yoğun bakımda çalışanlar ile diğer birimlerde çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Dâhili birimlerde ve yoğun bakımda çalışanların KHB-A puanları, diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım yöntemine göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hasta paylaşımı olanlar ile iş paylaşımı ve diğer olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hasta paylaşımı olanların KHB gereksinimleri puanları, iş paylaşımı ve diğer olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım yöntemine göre KHB nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.003). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; iş paylaşımı olanlar ile hasta paylaşımı ve diğer olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş paylaşımı olanların KHB nedenleri puanları, hasta paylaşımı ve diğer olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım yöntemine göre insan kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.012). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; iş paylaşımı olanlar ile diğer olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş paylaşımı olanların insan kaynakları puanları, diğer olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım yöntemine göre malzeme kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; iş paylaşımı olanlar ile hasta paylaşımı ve diğer olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş paylaşımı olanların malzeme kaynakları puanları, hasta paylaşımı ve diğer olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım yöntemine göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; iş paylaşımı olanlar ile hasta paylaşımı ve diğer olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş paylaşımı olanların iletişim puanları, hasta paylaşımı ve diğer olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gündüz bakılan hasta sayısı sınıflarına göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <5 ve 5-10 hastaya bakanlar ile >10 hastaya bakanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <5 ve 5-10 hastaya bakanların KHB gereksinimleri puanları, >10 hastaya bakanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gündüz bakılan hasta sayısı sınıflarına göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.043). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <5 hastaya bakanlar ile 5-10 hastaya bakanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <5 hastaya bakanların iletişim puanları, 5-10 hastaya bakanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gece bakılan hasta sayısı sınıflarına göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.047). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <5 hastaya bakanlar ile >10 hastaya bakanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <5 hastaya bakanların KHB gereksinimleri puanları, >10 hastaya bakanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Gece bakılan hasta sayısı sınıflarına göre KHB nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.049). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <5 hastaya bakanlar ile >10 hastaya bakanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <5 hastaya bakanların KHB nedenleri puanları, >10 hastaya bakanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gece bakılan hasta sayısı sınıflarına göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.013). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <5 hastaya bakanlar ile >10 hastaya bakanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <5 hastaya bakanların iletişim puanları, >10 hastaya bakanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma şekline göre KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.022). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sürekli gündüz çalışanlar ile vardiyalı çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Vardiyalı çalışanların KHB gereksinimleri puanları, sürekli gündüz çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Çalışma şekline göre KHB nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sürekli gündüz ve sürekli gece çalışanlar ile vardiyalı çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Vardiyalı çalışanların KHB nedenleri puanları, sürekli gündüz ve sürekli gece çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Çalışma şekline göre insan kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sürekli gündüz ve sürekli gece çalışanlar ile vardiyalı çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Vardiyalı çalışanların insan kaynakları puanları, sürekli gündüz ve sürekli gece çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Çalışma şekline göre malzeme kaynakları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.012). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sürekli gündüz çalışanlar ile vardiyalı çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Vardiyalı çalışanların malzeme kaynakları puanları, sürekli gündüz çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Çalışma şekline göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sürekli gündüz ve sürekli gece çalışanlar ile vardiyalı çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Vardiyalı çalışanların iletişim puanları, sürekli gündüz ve sürekli gece çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

KHB ile ilgili eğitim alma durumu ile KHB gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.006). KHB ile ilgili eğitim alanların KHB gereksinimleri puanları, eğitim almayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.8.** Hemşirelerin ölçek puanlarının ilişkisinin incelenmesi (n:633)

| **Korelasyon*** | **Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri** | |
|---|---|---|
| | *r* | *p* |
| **Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Nedenleri** | -0.116 | **0.003** |
| - *İnsan kaynakları* | -0.035 | 0.374 |
| - *Malzeme kaynakları* | -0.156 | **0.000** |
| - *İletişim* | -0.117 | **0.003** |

*r: Spearman" korelasyon katsayısı

Tablo 4.8'de hemşirelerin ölçeğin iki bölümünden aldıkları puanlarının ilişkisi yer almaktadır. Hemşirelerin KHB gereksinimleri puanı ile KHB gereksinimlerinin nedenleri arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur (r=0 - ±0.25, p<0.05). KHB nedenlerinin alt boyutu olan malzeme kaynakları ve iletişim ile hemşirelerin KHB puanı arasında da negatif yönde, çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur (r= 0 - ±0.25, p<0.05).

# 5. TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli paydayı oluşturan hemşirelik bakımının temel amacı; bireyin ihtiyacı olan bakım gereksinimlerini belirlemek ve bu belirlenen gereksinimleri yeterli düzeyde karşılayarak kişinin sağlığına en üst düzeyde kavuşabilmesi ve bağımsızlığını kazanabilmesidir (1,2,4,56,57,61). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelik bakımının çeşitli nedenlerle verilememesi; hasta güvenliğini olumsuz olarak tehdit ettiği ve hemşirelik bakım sürecindeki amaca ulaşılmasını engellediği görülmektedir (2,13,16,23,33,34).

Bununla birlikte hemşirelik mesleğinin temelinde yer alan hemşirelik bakımının yeteri düzeyde karşılanamaması ile hasta, hemşireler ve sağlık kurumları üzerinde de olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle KHB; hasta bakım kalitesi ile birlikte hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden küresel bir sorundur (16,29,32-34,88-90). KHB'nın 2009 yılında kavramsallaştırılması ile birlikte literatürde uluslar arası birçok çalışma yapılmasına rağmen ülkemizde sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür (8,15,20,32,37,42,44,72-110). Bu çalışma hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerini belirlemek amacıyla 633 hemşire ile tamamlanmıştır.

Bu bölümde araştırma soruları ile ölçekten elde edilen bulgular aşağıda yer alan beş başlık altında tartışılmıştır.

- ✓ Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin puan ortalamasına ait bulguların tartışılması
- ✓ Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının nedenlerinin puan ortalamasına ait bulguların tartışılması
- ✓ Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri maddelerinin puan ortalamasına ait bulguların tartışılması
- ✓ Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının nedenleri maddelerinin puan ortalamasına ait bulguların tartışılması
- ✓ Hemşirelerin demografik ve çalışma özellikleri ile karşılanamayan bakım gereksinimleri ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulguların tartışılması

- ✓ Hemşirelerin KHB ölçeğinin gereksinimler ve nedenler bölümlerinden aldığı toplam puanların arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması

## 5.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Puan Ortalamasına Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin puan ortalaması 1.22±0.54 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Hastanelere göre puan ortalaması; eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde 1.28±0.52 ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde ise 1.12±0.57 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Her iki hastanede de KHB gereksinimleri puanının ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Eğitim araştırma hastanelerine kabul edilen hastaların daha karmaşık sağlık sorunlarının olması ve hastaların bu nedenle bağımlılık düzeylerinin daha fazla olması çalışmamızda eğitim araştırma hastanesinin puanının yüksek çıkmasının bir sebebi olarak ifade edilebilir. Çalışmamıza benzer bir sonuca ulaşan Kalisch ve arkadaşlarının Türkiye ve ABD hastanelerindeki KHB sıklığını araştırdıkları çalışmada; KHB gereksinimleri puan ortalaması Türkiye (1,40±0.41) ve ABD'de (1,77±0,39) ortalamanın altında olduğu, ancak ABD'de daha yüksek olarak bulunmuştur (20). İlaslan ve Şişman'ın Türkiye'deki bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada ise KHB gereksinimleri puan ortalaması 2.02±0,48 olarak bulunmuştur (8). Çalışmamızın sonucu ile Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara bakıldığında ülkemizde karşılanamayan hemşirelik bakımlarının düşük olduğu görülmektedir. Diğer çalışmalarda da belirtildiği üzere bu düşük sonucun sebebi hemşirelerin ihmal hatalarını bildirmekten korkmaları ile ifade edilebilir.

Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ise KHB gereksinimleri puan ortalamasının bizim çalışma sonucu ile benzer olarak ortalamanın altında bulunurken; farklı çalışmalarda ise ortalamanın üzerinde ve yüksek düzeyde çıkan çalışmalar olduğu görülmektedir. Farklı dönemlerde ABD'de yapılan çalışmalarda KHB puan ortalaması ortalamanın altında (1,71±0,34; 1,55±0,19; 1,78±0,04; 1,50±0,021; 1,55±0,41; 1,50±0,21; 1,71±0,34) olduğu (37,66,84,86,96,105) bulunmuşken; yapılan diğer çalışmalarda KHB puan ortalaması ortalamanın üzerinde (2,29±1,06; 2,71±0,74) (24,32) ve yüksek düzeyde (3,65±0,55) (102) olduğu

bulunmuştur. Lübnan'da da KHB puan ortalaması ortalamanın altında (1,31±0,35) olduğu saptanmıştır (84). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada da KHB puanı ortalamanın altında (1,39±0,23) bulunmuşken (98); yapılan diğer bir çalışmada ise ortalamanın üzerinde bir düzeyde (3,57±1,23) KHB puanı bulunmuştur (89). İzlan'da da yapılan bir çalışmada ise KHB puan ortalaması ortalamın üzerinde (2,09±0,51) bulunmuştur (87). Dokuz farklı ülkede yapılan bir çalışmada ise KHB puan ortalaması ortalamanın altında (1,12±0,12) olarak bulunmuştur (34). İran'da yapılan bir çalışmada ise KHB puanı ortalamanın üzerinde yüksek olarak (2,57) bulunmuştur (81).

Literatürden elde edilen bu verilerden yola çıkarak her ülkede karşılanamayan bakımların olduğu ve bunun küresel bir sorun olduğu, ancak ülkeler arasında KHB ile ilgili farklılıkların olduğu ve Türkiye'de çalışan hemşirelerin KHB ile ilgili değerlendirmelerinin diğer ülkelere göre düşük olduğu ifade edilebilir. Her ülkede KHB düzeyinin farklı olmasının nedeni; hemşirelerin çalıştığı ülkelere ve kurumlara göre hemşirelik bakımına ilişkin prosedürlerin farklı olması, hemşirelerin eğitim düzeyi ile deneyimi, hemşire başına düşen hasta sayısındaki farklılıklar, iş yükü ve hemşirelerin ihmal hatalarını ifade edebilmelerine ilişkin güven yetersizliği ile ilişkili olduğu söylenebilir (13,84,95,98-104,107,108). Aynı zamanda Türkiye'de geleneksel bir yapı olarak hasta yanında bir aile üyesinin yatış süreci boyunca hastaya refakat etmesi ve bazı bakımların (ağız bakımı, banyo vs) çeşitli nedenlerle refakatçiler tarafından karşılanması, bu ölçekteki puanın düşük çıkmasının bir nedeni olarak gösterilebilir (111).

### 5.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Nedenlerinin Puan Ortalamasına Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada KHB gereksinimlerinin nedenleri için ölçek puan ortalaması ortalamanın üzerinde (3.20±0.79) yüksek olarak bulunurken (Tablo 4.5); bu oran eğitim araştırma hastanesi için 3.10±0.80; devlet hastanesi için 3.40±0.73 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). KHB gereksinimlerinin nedenlerinin alt boyut puanları (insan kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim) ortalamanın üzerinde bulunmuş (Tablo 4.5) ve her iki hastanede de en yüksek alt boyut puan ortalamasını insan kaynakları alırken; en düşük puanı iletişim alt boyutunun aldığı saptanmıştır (Tablo

4.6). Kalisch, Terzioğlu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada da Türkiye'deki hemşirelerin KHB gereksinimlerinin nedenlerinin puanı ortalamanın üzerinde bulunmuştur (20). İlaslan ve Şişman (2019) ile Çimen'in (2019)'de yapmış olduğu çalışma sonucunda da KHB gereksinimlerinin nedenlerinin puan ortalaması ortalamanın üzerinde ve KHB gereksinimlerinin nedenlerinin alt boyutlarından insan kaynakları boyutu en yüksek puanı almıştır (8,44). Türkiye'de KHB gereksinimlerinin nedenlerinin incelendiği sınırlı sayıdaki çalışmalar ile bu çalışmadan elde edilen sonuçların benzer olduğu görülmektedir. OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) verileri incelendiğinde Avrupa ülkeleri ile diğer ülkelerde 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı 9-14 arasında değişirken; ülkemizde bu oran 2'nin altında olduğu görülmektedir (112). Hasta başına düşen hemşire sayısının yetersiz olduğu ve sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerinde bunun farkında olduğu çalışmamızın sonucunda da görülmektedir. Bununla birlikte çalışan personel sayısının yetersiz olması ve iş yükü fazlalığı da iletişim sürecini olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda KHB nedenleri olarak belirlenen insan kaynağı yetersizliği ve iletişim sorunlarının belirlenmesi bunların bir sonucu olarak gösterilebilir.

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise KHB gereksinimlerinin nedenlerinin puan ortalamasının bu çalışmadan daha düşük ortalamaya sahip olduğu (2,21-2,40) ve ortalamaya yakın bir düzeyde olduğu saptanmıştır. Kalisch, Terzioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ABD'de KHB gereksinimleri nedenlerinin puan ortalaması 2,66±0,49 olarak bulunmuştur (20). Kalisch ve Lee'nin yaptığı çalışmada ise KHB gereksinimlerinin nedenlerinin puanı orta düzeyde bulunmuş ve hem hemşirelerde hem de yönetici hemşirelerde insan kaynakları alt boyutu en yüksek puanı (3,04±0,65 ve 2,67±0,69) alan KHB nedeni olarak belirlenmiştir (86). Kalisch ve Lee'nin magnet olan ve olmayan hastanelerde KHB ile ilgili yatığı çalışmada da her iki hastanede de KHB nedenlerinden insan kaynakları alt boyutu (magnet hastane: 3,00±0,29 ve magnet olmayan hastane:3,12±0,18) en yüksek puanı almıştır (96). İtalya, İzlanda, ABD, Lübnan ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda da KHB gereksinimlerinin nedenleri orta düzeyde belirlenirken, en yüksek puanı alan insan kaynakları alt boyutu en önemli KHB gereksinimlerinin nedeni olarak belirlenmiştir (73,84,87,91).

Yapılan çalışmalarda KHB gereksinimlerinin nedenlerinin benzer olduğu, en önemli neden olarak insan kaynaklarının belirlendiği ve bu sonucun çalışmamızın sonucu ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'de KHB gereksinimleri puan ortalamasının diğer ülkelere göre düşük olmasına rağmen, KHB gereksinimleri nedenlerinin puan ortalamasının yüksek olması hemşirelerin karşılanamayan bakımları bildirmekte tereddüt ettiklerinin bir göstergesi olabilir. Kaliteli ve nitelikli hemşirelik bakımının verilebilmesi için yeterli sayıda insan kaynağının olması, hasta başına düşen hemşire sayısının uygun olması yapılan çalışmalarda da önemli bir konu olarak vurgulanmaktadır (34,89,94,98,101-103,110). Elde edilen verilerden yola çıkarak yeterli sayıda hemşire istihdamının sağlanması karşılanamayan hemşirelik bakımlarının önlenmesi sürecinde oldukça önemli olduğu görülmektedir.

### 5.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Maddelerinin Puan Ortalamasına Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımlarında en yüksek puanı alan maddeler sırasıyla; "hastaya ve/veya yakınlarına duygusal destek verilmesi", "taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme", "hastaya ağız bakımı verilmesi"ve "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Çalışmamızda en yüksek puanı alan "hasta/yakınlarına duygusal destek verilmesi, taburculuk sonrası hasta eğitimi, ağız bakımı ve hasta mobilizasyonu" bakımları en sık karşılanamayan bakımları ifade etmektedir. Hemşirelik bakımı sürecinde oldukça önemli olan bakımların karşılanamadığı görülmektedir.

İlaslan ve Şişmanın Türkiye'de yaptığı çalışmada "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma", "hastaya ve/veya yakınlarına duygusal destek verilmesi", "düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılım" ve "taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme" girişimleri en yüksek puanı alan maddeler olarak sıralanmıştır (8). Çimen'in Türkiye'de yaptığı çalışmada ise "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" en yüksek puanı alan maddeler arasında yer almaktadır (44).

Kalisch, Terzioğlu ve arkadaşlarının ABD ve Türkiye'de yaptığı çalışmada ise Türkiye'de en sık KHB'ler sırasıyla "hastaya ve/veya yakınlarına duygusal destek verilmesi", "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma", "hastanın yemek sıcakken beslenmesi" ve "taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme" olarak belirlenmiştir (20).

Uluslar arası yapılan çalışmalarda da en sık karşılanamayan bakımlar sırasıyla "hastanın mobilizasyonu, hasta ve yakınlarının eğitimi, hasta ve yakınlarına duygusal destek verilmesi, ağız bakımı, hasta ve yakınlarının eğitimi, disiplinler arası bakım konferanslarına katılım" olarak bulunmuştur (15,32,42,75,77,79,87,88,97,102,107). Çalışmamızın sonucu ile literatür çalışmaları arasında benzerlik olduğu görülmektedir. Hastalar için oldukça önemli olan bu bakımların verilmemesi bakım sürecindeki amacımıza ulaşmamızı engelleyerek, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini düşürecek ve hastaların hastanede kalış sürecinin uzamasına neden olacaktır.

### 5.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Nedenleri Maddelerinin Puan Ortalamasına Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımına neden olan etmenlerden insan kaynakları alt boyutunda yer alan en önemli nedenler; "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk", "yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği" ve "çalışan personel sayısının yetersizliği" olarak belirlenmiştir. Malzeme kaynakları alt boyutunda karşılanamayan hemşirelik bakımına neden olan en önemli etmenler "gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması" ve "gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması" olarak saptanmışken; iletişim alt boyutunda ise "doktorlarla/tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu"ve "diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması" karşılanamayan hemşirelik bakımına neden olan en önemli etmenler olarak saptanmıştır (Tablo 4.4).

Literatür incelendiğinde çalışmamızın sonucuna benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Friese ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KHB'nin en önemli nedeni olarak personel sayısının yetersizliği belirlenmiştir (97). ABD ve Lübnan'da Kalisch

ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da KHB'nin en önemli nedeni olarak her iki ülkede de personel yetersizliği en yüksek puanı almıştır (84). Henderson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada personel sayısını yetersizliği ve hasta sayısında beklenmeyen artış KHB'nin en önemli nedenleri olarak bulunmuştur (75). Yapılan çalışmalar yeterli personel ve malzeme kaynağının sağlanması ile ekip içerisindeki iletişim ve ekip çalışmasının güçlü olması kaliteli ve nitelikli hemşirelik bakımı için önemli olduğunu göstermektedir (34,77,91,103,110). Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kaliteli olabilmesi ve hasta güvenliğinin en üst düzeyde sağlanabilmesi için hastaya 24 saat kesintisiz hizmet sunan hemşirelerin sayısının yeterli olması ve hizmeti verirken malzeme kaynağının da yeterli düzeyde olması oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık yöneticileri bu konuya özen göstermelidir. Bununla birlikte sağlık yöneticileri ekip içerisindeki iletişimi kuvvetlendirecek düzenlemeler de yapmalıdır.

### 5.5. Hemşirelerin Demografik ve Çalışma Özellikleri İle Karşılanamayan Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları birime göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Dâhili birimlerde çalışanların hemşirelik bakım gereksinimleri puanları, cerrahi ve diğer birimlerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde, yoğun bakımda çalışanların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları, diğer birimlerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). Bunun nedeni olarak yoğun bakım birimlerinde daha karmaşık yapıda, bakım ihtiyacı daha fazla olan ve bağımlılık düzeyi daha yüksek hastaların tedavi alması gösterilebilir. Yine dâhili birimlerde yatan hastaların bakım ihtiyacının cerrahi birimlere göre daha fazla olması, kronik hastalık nedeniyle yatan hasta profilinin dâhili birimlerde fazla olması bakım gereksinimi puanını etkilemiş olabilir.

KHB ile ilgili eğitim alma durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri (KHB-A) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.006). KHB ile ilgili eğitim alanların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri (KHB-A) puanları, eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde

daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). KHB konusunda bilgi sahibi olanların KHB puanının daha yüksek çıkması; karşılanamayan bakımlar hakkında farkındalıklarının daha fazla olmasından kaynaklandığı ifade edilebilir.

Literatür incelendiğinde çalışma sonucumuza benzer çalışmaların olduğu görülmektedir. Kalisch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştığı birim ile KHB puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu daha küçük ve basit yapıda olan birimlerin KHB puan ortalaması daha düşük çıkmıştır (95). Bragodottir ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin KHB puanları ile hastane türü, çalışılan birim, hemşirelerin rolü ve yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bu etmenlerin KHB puanını %16 oranında etkilediği ve yoğun bakımlarda KHB puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (94). Türkiye'de İlaslan ve Şişman'ın yaptığı çalışmada da hemşirelerin çalıştığı birim ve KHB konusunda bilgi sahibi olma durumu ile KHB puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; yoğun bakımdaki hemşirelerin ve KHB konusunda bilgi sahibi olanların KHB puanları daha yüksek bulunmuştur (8).

Hemşirelerin görevlerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.003). Hemşire olanların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları, sorumlu hemşire olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak; Kalisch ve Lee'nin çalışmasında ise yönetici hemşirelerin KHB puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (86). Ülkemizde hemşirelerin bakım sürecini daha fazla üstlenmeleri, yöneticilerin ise bu sürece yeterli düzeyde dahil olmamaları hemşirelerin KHB puanlarının yüksek çıkmasının bir nedeni olarak düşünülebilinir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.031). SML ve ön lisans mezunu olanların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları, yüksek lisans ve üzeri mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Çalışma sonucumuza benzer bir sonuç olarak literatürde; Dabney ve Kalisch'in yapmış olduğu çalışmada lisans mezunu hemşirelerin KHB puanı daha düşük olarak bulunmuştur (101). Hemşirelerin aldığı eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik bakımına verilen önemin de arttığı ifade edilebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik bakımını daha az kaçırdığı, aldığı eğitimlerin daha yeterli düzeyde olduğu; bu nedenle lisans mezunu hemşire sayısının arttırılması karşılanamayan bakımları azaltacağı ifade edilebilir.

Çalışma sonucumuzun aksine Kalisch'in hemşire ve hemşire yardımcıları ile yapmış olduğu çalışmada; hemşirelerin KHB puanı daha yüksek çıkmıştır (40). Yine benzer şekilde yapılmış bir çalışmada hemşirelerin KHB puanı daha yüksek olarak bulunmuştur (41). Bu sonuçlara göre hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça KHB konusunda farkındalıklarının arttığı, bu nedenle karşılanamayan bakımları daha rahat ifade edebildikleri söylenebilir.

Hemşirelerin birimde çalışma, kurumda çalışma ve toplam çalışma sürelerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerden birimde, kurumda ve toplam çalışma süresi 5 yıldan fazla olarak çalışanların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları, 1 yıldan az ve 2-5 yıldır çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.6). Çalışmamıza benzer olarak Phelan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da 5 yıldan daha az deneyimi olan hemşirelerin KHB puanı daha yüksek olarak bulunmuştur (78). Bu çalışma ile birlikte literatürde hemşirelerin çalışma yılı ve deneyimi ile KHB puanı arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki ve mesleklerindeki deneyimlerinin artması ile karşılanamayan bakımların azaldığı ve vermiş oldukları hemşirelik bakımının kalitesinde de olumlu farklılıklar olduğu belirtilmektedir (73,75,90,94,108). Bu nedenle karşılanamayan bakımların azaltılması sürecinde deneyimli hemşirelerin birimlerde yeterli sayıda olmasının sağlanması ve deneyimi az olan hemşirelerin ise eğitimler ile desteklenmesinin önemli olduğu; bununla birlikte birimlerde buna göre hemşire planlamasının yapılmasının gerekli olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin yaşı ve medeni durumu ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerden yaşı <30 olanların puanı ≥40 yaş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bekâr olanların puanları ise evli olanlardan daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Literatürde yapılan çalışmalarda bu değişkenler ile ilgili bir farklılık bulunmamakla birlikte, hemşirelerin yaşı ile birlikte deneyim

süresinin artması ve evlilik sürecinde sorumluluk bilincinin artması bu farklılığın bir nedeni olarak söylenebilir.

Hemşirelerin hasta bakım yöntemi, gündüz bakım verilen hasta sayısı, gece bakım verilen hasta sayısı ve çalışma şekilleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hasta paylaşımı yöntemi ile çalışanların KHB gereksinimleri puanı diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır. Gündüz <5 hastaya bakım verenlerin KHB gereksinimleri puanı >10 hastaya bakım verenlerin puanından yüksek çıkmıştır. Gece >10 hastaya bakım verenlerin KHB gereksinimleri puanı <5 hastaya bakım verenlerin puanından yüksek çıkmıştır. Vardiyalı çalışan hemşirelerin KHB gereksinimleri puanı sürekli gündüz çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalarda bir hastaya ayrılan ortalama bakım süresi, hemşire başına düşen hasta oranı, bir vardiyada bakım verilen hasta sayısı, hemşire iş yükü ile karşılanamayan bakımlar arasında ilişki olduğu; bakım verilen hasta sayısının artması sonucu hemşire iş yükünün arttığı ve bu nedenle hemşirelik bakımlarının karşılanamadığı sonucuna ulaşılmıştır (92,94,98-103,107-110). Yoğun bakım birimlerinde <5 hastaya bakım verildiği ve gündüz hasta bakımı ile birlikte tedavi planlaması ve hemşirelerin iş yükünün daha fazla olması nedeniyle bu gruptaki hemşirelerin puanı daha yüksek çıkmış olabilir. Bununla birlikte gece vardiyasında hemşire sayısının azalması ile birlikte bakım verilen hasta sayısının artması, gece >10 hastaya bakım verenlerin puanının yüksek çıkmasının bir sonucu olarak ifade edilebilir. Bu nedenle hemşire planlaması yapılırken gündüz ve gece hemşire başına düşen hasta sayısının eşit olarak planlanması, hasta paylaşım yöntemi ile planlama yapılırken hemşire başına düşen hasta sayısının yeterli şekilde planlanması; karşılanamayan hemşirelik bakımlarını azaltarak, bakımın daha nitelikli ve yeterli düzeyde verilmesine katkı sağlayacaktır.

### 5.6. Hemşirelerin KHB Ölçeğinin Gereksinimler ve Nedenler Bölümlerinden Aldığı Toplam Puanların Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin KHB gereksinimleri puanı ile KHB gereksinimlerinin nedenleri arasında ve nedenlerin alt boyutları olan malzeme

kaynakları ve iletişim arasında negatif yönde, çok zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0-\pm0.25$, $p<0.05$). Hemşirelerin KHB gereksinimleri puanı arttıkça, KHB gereksinimlerinin nedenleri ile alt boyutları olan malzeme kaynakları ve iletişim puanlarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.8). Hemşirelerin KHB gereksinimleri bölümünden düşük puan (1.22±0.54) alırken, KHB gereksinimlerinin nedenlerinden yüksek puan (3.20±0.79) almalarının nedeni karşılanamayan bakımları ifade etmek istemediklerinden dolayı olduğu söylenebilir. Bu nedenle hemşirelerin karşılayamadığı bakımları ifade edebilecekleri çalışma ortamının oluşturulması, olumsuz olayların önlenmesine katkı sağlayacaktır.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

## 6.1. Sonuçlar

Bu araştırma hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın bulgularında elde edilen verilere göre:

- Hemşirelerin KHB gereksinimleri puanı (1.22±0.54) ortalamanın altında, KHB gereksinimlerinin nedenleri puanı (3.20±0.79) ise ortalamanın üzerinde bulunmuştur.

- Hastanelere göre hemşirelerin KHB gereksinimleri puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim araştırma (1.28±0.52) ve devlet hastanesinde (1.12±0.56) çalışan hemşirelerin KHB puanı ortalamanın altında düşük düzeyde olduğu; eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin KHB puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0.000).

- KHB gereksinimlerinin nedenleri ortalamasının; eğitim araştırma (3.10±0.80) ve devlet hastanesinde (3.40±0.73) ortalamanın üzerinde yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. KHB gereksinimlerinin nedenlerinin alt boyutlarından olan insan kaynakları alt boyut puan ortalamasının; eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde (3.43±0.74) ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde (3.57±0.73) en yüksek alt boyut puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur.

- Karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımı incelendiğinde; puan ortalamalarının en düşük 0.95±0.91 ve en yüksek 2.52±0.76 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Karşılanamayan hemşirelik bakımlarında en yüksek puanı alan maddeler sırasıyla; "hastaya ve/veya yakınlarına duygusal destek verilmesi)", "taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme ", hastaya ağız bakımı verilmesi"ve "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" olarak bulunmuştur.

- En az karşılanamayan hemşirelik bakımlarını ise;"çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi", "her şiftte hastanın değerlendirilmesi ", "isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması", "gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi " ve"hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi " girişimlerinin oluşturduğu bulunmuştur.

- KHB nedenleri incelendiğinde ise; ortalama puanların en yüksek 3.51±0.82 ve en düşük 2.87±1.10 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. En yüksek puanı "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk" nedeni alırken, en düşük puanı "hasta dağılımındaki dengesizlik (2.87±1.10)" nedeninin aldığı bulunmuştur.

- Hemşirelerin çalıştıkları birime göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin KHB ile ilgili eğitim alma durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin görevlerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri (KHB-A) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin birimde çalışma, kurumda çalışma ve toplam çalışma sürelerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin hasta bakım yöntemi, gündüz bakım verilen hasta sayısı, gece bakım verilen hasta sayısı ve çalışma şekilleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin yaşı ve medeni durumu ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Hemşirelerin KHB gereksinimleri puanı ile KHB gereksinimlerinin nedenleri arasında ve nedenlerin alt boyutları olan malzeme kaynakları ve iletişim arasında negatif yönde, çok zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r= 0 - \pm0.25$, $p<0.05$).

### 6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar neticesinde aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Sağlık kurumlarında KHB ile ilgili prosedürlerin geliştirilmesi ve farkındalık oluşturulması; buna yönelik olarak hemşirelere eğitimler verilmesi ve eğitimde sürekliliğin sağlanması,

- KHB'nin hemşireler tarafından rahat bir şekilde ifade edebilmelerine yönelik programlar oluşturulması ve hemşireler bildirim yapabilmeleri konusunda cesaretlendirilmesi,

- Hemşirelerin verilen hemşirelik bakım kalitesinden, hasta ve çalışan güvenliğinden sorumlu oldukları bilincini yerleştirilmesi ve bu konular hakkında farkındalık eğitimlerinin yapılması,

- KHB'lerin bildirimleri ve takibi konusunda indikatörlerin oluşturulması,

- KHB konusunda elde edilen verilerin tüm çalışanlar ile paylaşılması,

- KHB ile hasta ve çalışanlar üzerindeki etkileri inceleyen nicel çalışmaların artırılması,

- KHB'ye neden olan iletişim problemlerinin önlemeye yönelik olarak ekip içerisindeki iletişimin artırılmasına yönelik etkinliklerin düzenli aralıklarla yapılması,

- KHB'ye neden olan malzeme ile ilgili eksikliklerin giderilmesi ve var olan malzemelerin kullanılabilir halde olması ve takibinin sağlanması,
- Yönetici hemşireler tarafından hasta bağımlılık düzeyine ve servis yoğunluğuna göre hemşire planlamasının yapılması,
- KHB'ye neden olan insan kaynakları ile ilgili olarak yeterli istihdamın sağlanması,
- Göreve yeni başlayan hemşirelere deneyimli hemşirelerin mentörlük yapması ve bakımlarının yakından takip edilmesi,
- KHB ve nedenleri ile ilgili daha ayrıntılı ve geniş örneklemli nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

# 7. KAYNAKLAR


1. Dalpezzo NK. Nursing care: a concept analysis, *Nurs. Forum*, 2009, 44(4):256-264.

2. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 74-82.

3. Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: kavram analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4(3):137-140.

4. Madenoğlu Kıvanç M. Hemşirelik uygulamalarında bakım kavramı. Atabek Aştı T, Karadağ A. (Ed.) Hemşirelik Esasları. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 219-227.

5. Potter PA, Perry AG. Caring in nursing practice. Fundemantals of Nursing, 6th. edition. America: Mosby Inc., 2005, 107-112.

6. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler, *Sağlık ve Toplum*, 2018, 2:16-23.

7. Gül Ş. Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2019, 10(2):129-134.

8. İlaslan N, Yıldırım Şişman N. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri, *Çukurova Medical Journal*, 2019, 44(4):1226-1236.

9. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundemantals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care, 7th. edition. Lippincott Wiliams & Wilkins, China, 2011, 4-22.

10. Cho SH, Kim YS, Yeon K, You SJ, Lee I. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care, *Int. Nurs. Rev.*, 2015, 62:267-74.

11. Kalish BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission, *Nurs. Outlook,* 2009, 57(1):3-9.

12. Zencir G, Eşer İ. Hemşirelikte yeni bir kavram: karşılanamayan hemşirelik bakımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 31(1):83-94.

13. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study, *J. Nurs. Care Qual.*, 2006; 21(4):306-313.

14. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et all. Factors influencing why nursing care is missed, *J. Clin. Nurs.*, 2015, 24:47-56.

15. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care, *J. Nurs. Adm.*, 2009, 39(5):211-219.

16. Sochalski J. Is morebetter? The relationship between nurse staffing and thequality of nursing care in hospitals, *Medical Care,* 2004, 42(2): 1167-1173.

17. Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(2):129-135.

18. Alan N, Tuna Oran N. Karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hasta güvenliği. Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresi Kongre Bildiri Kitabı, 2017: 208-211.

19. Elrehem MAE, El Fatah MAEH, Seloma YAES. Correlates of missed nursing care in selected medical intensive care units, Egypt, *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2014, 4(26):88-105.

20. Kalisch BJ, Terzioğlu F, Duygulu S. The misscare survey-Turkish: psychometric properties and findings, *Nurs. Econ.*, 2012, 30(1):29-38.

21. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis, *J. Adv. Nurs.*, 2009, 65(7):1509-517.

22. Walton M, Woodward H, Van Staalduinen S, Lemer C, Greaves F, Noble D, et all. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools, *BMJ Quality & Safety*, 2010,19(6):542-546.

23. Schubert M, Clarke S, Aiken LH, De Geest S. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals, *Int. J. Qual. Health Care*, 2012, 24(3):230-238.

24. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals, *BMJ Qual. Saf.*, 2016, 25(7):535-543.

25. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care and implicitly rationed care: State of the science review, *Int. J. Nurs. Stud.*, 2015, 52(6):1121-1137.

26. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed Nursing Care: The Impact on Intention to Leave and Turnover, *CNJR*, 2010, 42(4):22-39.

27. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care, *West. J. Nurs. Res.*, 2014,1-16.

28. Taşkıran Eskici G, Baykal Ü. Karşılanmayan hemşirelik bakımı, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2021, 8(1):104-110.

29. Brooks-Charton JM, Lasater KB, Sloane DM, Kutney Lee A. The quality of hospital work enviroments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals, *BMJ Qual. Saf.*, 2015, 24(4):255-263.

30. Brooks-Charton JM, Lasater KB, Rearden J, Holland S, Sloane DM. Unmet nursing care linked to rehospitalizations among older black AMI patients: a cross-sectional study of US hospitals, *Medical Care*, 2016, 54(5):457.

31. Kalisch BJ. Errors of omissions: How missed nursing care imperils patients, *Journal of Nursing Regulation*, 2016, 7(3):64.

32. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events, *Am. J. Med. Qual., 2014, 29*(5):415-422.

33. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patientfalls, *J. Nurs. Care Qual.*, 2012, *27*(1):6-12.

34. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et all. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study, *Int. J. Nurs. Stud.*, 2017, *78*:10-15.

35. Castner J, Yow-Wu WB, Dean-Baar S. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger, *West. J. Nurs. Res.*, 2014, 37(4):441-461.

36. Duffy JR, Culp S, Padrutt T. Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospitals, *J. Nurs. Adm.*, 2018, 48(7/8):361-367.

37. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care, *İnt. J. Qual. Health Care*, 2011a, 23(3):302-308.

38. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care, *BMJ Qual. Saf.*, 2014, 35(1):100-113.

39. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM. et all. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety, *Medical Care*, 2014, 52(11):975-981.

40. Kalisch BJ. Nurse and nurse asistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork?, *J. Nurs. Adm.*, 2009, 39(11):485-493.

41. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care, *Nurs. Outlook*, 2010, 58(5):233-241.

42. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care, *Am. J. Med. Qual.*, 2011, *26*(4): 291-299.

43. Elmaoğlu E, Özdemir S. Pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakım ve nedenleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2022, 15(2),175–185. DOI: 10.46483/deuhfed.971502

44. Çimen A. Trakya bölgesindeki kamu ve üniversitesi hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakım ve nedenleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2019.

45. Poole M, Isaacs D. Caring: a gendered concept, *Women's Studies International Forum*, 1997, 20(4):529-536.

46. Austgard K. What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry, *Scand Journal Caring Science*, 2008, 22:314-319.

47. Cutcliffe JR, McKenna HP. The essential concepts of nursing. USA, Elsevier, 2005, 33-50.

48. McCance TV, McKenna HP, Boore JR. Caring: dealing with a difficult concept, *İnt. J. Nurs. Stud.*, 1997, 34(4):241-248.

49. Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore', *Int. J. Nurs. Pract.*, 2010, 16:51-56.

50. Bakım. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük içinde. (https://www.tdk.gov.tr/icerik/diger-icerikler/tumsozlukler) (Erişim Tarihi:03.03.2022).

51. Oğuz YN, Tepe H, Örnek Büken N, Kırımsoy Kucur D. Biyoetik Terimler Sözlüğü. 1.bs. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, 2005.

52. Wal DV. The caring ethic in nursing. Ethics in Health Care. USA: Juta&Ca. Ltd.PO, 2005.

53. Rolfe G. Some further questions on the nature of caring, *Int. J. Nurs. Stud.*, 2009, 46:143-146.

54. Leininger M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality, *Nurs. Sci. Q.*, 1988, 1:152-160.

55. Carante LC. Coalescing the theory of roach and other truth-seekers, *İnt. J. Nurs. Sci.*, 2015, 5(1):1-4.

56. Birol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik ile İlgili Kuramlar. İzmir,: Dumat Ofset Matbaacılık Ltd.Şti, 2011, 52-90.

57. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.

58. Göçmen Baykara Z. Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2014, 1(2):92-99.

59. Bassett, C. Nurses' perceptions of care and caring, *Int. J. .Nurs. Pract.*, 2002, 8(1):8–15.

60. Taylan S, Alan S, Kadıoğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik, *Hemar-G.*, 2012, 66-74.

61. Lucera RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals, *J. Adv. Nurs.*, 2009, 65(11):2299-2310.

62. Amidei CS. Routine Editorial. Omissions of care, *Journal of Neuroscience Nursing*, 2007, 39(1):4.

63. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Steward M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals, *N. Engl. J. Med.*, 2002, 346:1715-1722.

64. Lichtig LK, Knauf RA, Milholland DK. Some impacts of nursing on acute care, hospital outcomes, *J. Nurs. Adm.*, 1999, 29(2):25-33.

65. Sovie MD, Jawad AF. Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature, *J. Nurs. Adm.*, 2001, 31(12):588-600.

66. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA.*, 2002, 288(16):1987-1993.

67. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, *The Milbank Quarterly*, 2005, *83*(4):691-729.

68. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán M, Interial G, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers, *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 2016, 24:e2817.

69. Nelson ST, Flynn L. Relationship between missed care and urinary tractinfections in nursing homes, *Geriatric Nursing*, 2015, *36*(2):126-130.

70. Schuckhart MC. The MİSSCARE Nursing Survey: A Secondary Data Analysis. (Doctoral dissertation) 2010.

71. Reason J, Hobbs A. Managing Maintenance Error: A Practical Guide. London: CRC Press., 2003.

72. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C,et all. Factors influencing why nursing care is missed, *J. Clin. Nurs.*, 2015, *24*(1-2):47-56.

73. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, BarelliP, Zambiasi P, ve ark. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting, *Intern. Emerg. Med.*, 2015,*10*(6):693-702.

74. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units, *J. Adv. Nurs.*, 2015, 71(4):813–824.

75. Henderson J, Willis E, Blackman I, Toffoli L, Verrall C. Causes of missed nursing care: qualitative responsesto a survey of Australian nurses, *Labour&Industry: A Journal of the Social and Economic Relations Of Work*, 2016, 26(4):281-297.

76. Rehem MA, Elhamid MA, Elsalam YA. Missed nursing care: observation versus perception in selected medical intensive care units, *International Journal of Health, Wellness&Society*, 2017, 7(1):31-47.

77. Lake ET, de Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Ely B, et all. Missed nursing care in pediatrics, *Hospital Pediatrics*, 2017, 7(7):378-384.

78. Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: across section survey design, *J. Adv. Nurs.*, 2018, 74(3):626-636.

79. Duffy JR, Culp S, Padrutt T. Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital, *J. Nurs. Adm.*, 2018, 48(7/8):361-367.

80. Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, Henderson J, Giles T, Willis E,et all Modeling missed care: implications for evidence based practice, *Worldviews Evid. Based Nurs.*, 2018, 15(3):178-188.

81. Chegini Z, Jafari Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliari S, Mitra U, Islam S.M.S. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: a cross sectional survey, *J. Nurs. Manag.*, 2020, 28(8):2205-2215. doi: 10.1111/JONM.13055

82. Vogelsang A, Göransson KE, Falk A, Nymark C. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study, *J. Nurs. Manag.*, 2021, 29(8):2343–2352. doi:10.1111/jonm.13392

83. Andersson I, Eklund AJ, Nilsson J, Baath C. Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden – A cross sectional study, *BMC Nursing*, 2022, 21:95. doi: 10.1186/s12912-022-00874-6

84. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH. El Zein J. Missednursingcare, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States, *J. Nurs. Adm.*, 2013,*43*(5):274-279.

85. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J. Willis E. Predicting variations to missed nursing care: athree nationcomparison, *J. Nurs. Manag.*, 2018, *26*(1):33-41.

86. Kalisch BJ, Lee KH. Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork, *J. Nurs. Adm.*, 2012b,*42*(10): 473-477.

87. Bragadottir H, Kalisch BJ. Comparison of reports of missed nursing care: registered nurses vs. practical nurses in hospitals, *Scand. J. Caring Sci.*, 2018, 32:1227–1236.

88. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care, *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 2012, *38*(4):161-167.

89. Cho SH, Mark BA, Knafl G, Chang HE, Yoon HJ. Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care, *J. Nurs. Scholars.*, 2017, 49(3):347-355.

90. Aiken, LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study, *BMJ Open*, 2018, *8*(1):e019189. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189.

91. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals, *J. Clin. Nurs., 2017, 26*(1-2):170-181.

92. Kalisch BJ, Xie B. Ronis DL. Train-the-trainer inter vention to increase nursing team work and decrease missed nursing care in acute care patient units, *Nursing Research*, 2013,*62*(6):405-413.

93. Villamin C, Anderson J, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Perceptions of missed care across oncology nursing specialty units, *J. Nurs. Care Qual.*, 2019, 34(1):47-53.

94. Bragadottir H, Kalisch BJ, Tryggvadottir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals, *J. Clin. Nurs., 2017, 26*(11-12):1524-1534.

95. Kalisch BJ, Gosselin K. Choi SH. A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care, *Health Care Management Rev.*, 2012, *37*(4):320-328.

96. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals, *Nurs. Outlook, 2012a, 60*(5):32-39.

97. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursingcare in inpatient oncology units, *Cancer Nurs.*, 2013, *36*(6): 51-57.

98. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care, *Int. Nurs. Rev.*, 2015, *62*(2):267-274.

99. Lake ET, Staiger DO, Cramer E, Hatfield LA, Smith JG, Kalisch BJ, et all. Association of patient acuity and missed nursing care in US neonatal intensive care units, *Med. Care Res. Rev.*, 2018, 00(0):1-18.

100. Utomo MT, Sampurna MTA, Melisa M, Permana PTB ve ark. Nurse workload, missed nursing care, and the contributing factors in the Neonatal Intensive Care Unit in a limited resource setting: A case from Indonesia, F1000 Research, 2022, 11:468.

101. Dabney BW, Kalisch BJ. Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care, *J. Nurs. Care Qual.*, 2015, 30(4):306-312.

102. Orique SB, Patty CM, Woods E. Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-acute settings, *J. Nurs. Care Qual.*, 2016, 31(1):84-89.

103. Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of nurse workload with missed nursing care in the Neonatal Intensive Care Unit, *JAMA Pediatrics,* 2019, 173(1):44-51.

104. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Mara CA, Othman M, Kovacs A, Mark BA. Hospital magnet designation and missed nursing care in neonatal intensive care units, *J. Pediatr. Nurs.,* 2017, 34:5–9.

105. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Does missed nursing care predict job satisfaction?, *J. Healthc. Manag., 2011b, 56*(2):117-131.

106. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals, *BMJ Qual. Saf.,* 2016, 25(7):535-543.

107. Saqer TJ, AbuAlRub RF. Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses, *J. Clin. Nurs.*, 2018, 27(13-14):2887-2895.

108. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea, *Asian Nurs. Res.*,2018, 12(2):121-126.

109. VanFosson CA, Jones TL, Yoder LH. Monthly variation of unfinished nursing care at the US Army Burn Center, *Burns, 2018, 44*(8):1910-1919.

110. Park SH, Hanchett M, Ma C. Practice environment characteristics associated with missed nursing care, *J. Nurs. Scholarsh.*, 2018, 50(6):722-730.

111. Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S ve Yıldırım A. The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient, *J. Nurs. Manag.*, 2020, 28(8):2072-2080. doi: 10.1111/jonm.12865.

112. T.C Sağlık Bakanlığı. OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye: Hastanelerde beşeri ve fiziki kaynakların incelenmesi, 2015, 13. https://www.saglikaktuel.com/d/file/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf

# 8. EKLER

## Ek-1: Demografik Veri Toplama Formu

### BİRİNCİ BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**1.Çalıştığınız Birim:** ……

**2.Göreviniz:** ❑ Hemşire ❑ Sorumlu Hemşire ❑ Diğer.....

**3.Yaşınız:** .....

**4.Cinsiyetiniz:** ❑ Kadın ❑ Erkek

**5.Medeni Durumunuz:** ❑ Bekar ❑ Evli

**6.Hemşirelikte Eğitim Durumunuz:** ❑ SML ❑Önlisans ❑ Lisans ❑ Yüksek Lisans ❑ Doktora

**7.Görev Yaptığınız Birimde Çalışma Süreniz (yıl):** .....

**8.Kurumda Çalışma Süreniz (yıl):** .....

**9.Meslekte Toplam Çalışma Süreniz (yıl):** .....

**10.Birimizde Hasta Bakımında Uygulanılan Yöntem:**

❑ İş Paylaşımı ❑ Hasta Paylaşımı ❑ Diğer.....

**11.Bir Vardiyada Baktığınız ORTALAMA Hasta Sayısı:**

Gündüz vardiyası için ……. Gece vardiyası için ……. ❑Doğrudan hasta bakımı vermiyorum

**12.Çalışma Şekliniz:**

❑ Sürekli Gündüz ❑ Sürekli Gece ❑ Vardiya (Gece- gündüz dönüşümlü)

**13.ÇOĞUNLUKLA Çalıştığınız Vardiyanın Süresi:**

❑ 8 saat ❑ 12 saat ❑ 16 saat ❑ 24 saat ❑ Dönüşümlü (… ve … saat) ❑ Diğer…

**14.Genel Olarak Aylık Toplam Çalışma Saatiniz:**

❑ 160 saat ve altı ❑161-180 saat ❑ 181-200 saat ❑ 201-220 saat ❑ 221-240 saat ❑ 241 saat ve üzeri

**15.Son Bir Ay İçinde İşte Kaç Saat Fazla Mesai Yaptınız?**.....

**16.Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı İle İlgili Bir Eğitim Aldınız Mı?** ❑ Evet ❑ Hayır

# Ek-2: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği

## İKİNCİ BÖLÜM: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği

### Bölüm A: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

Hemşirelik bakım hizmetleri çoğunlukla öncelikler oluşturmayı, birçok talebin zamanında karşılanmasını gerektirmesine karşın, hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı veremeyebilmektedir. Size göre, biriminizdeki hemşirelik personeli tarafından, aşağıdaki hemşirelik bakım unsurları (siz de dahil) hangi sıklıkta **verilemiyor?**

Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. **Örneğin;** "hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa" bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir.

Servisinizde hiç yapılmayan (gerek olmayan) hemşirelik bakım aktiviteleri için **"Uygun Değil"** seçeneğini işaretlemelisiniz.

| **Karşılanmayan hemşirelik bakımı:** Hemşirenin hastaya vermesi gereken bakımı (Örneğin: ağız bakımı) yoğunluk, malzeme olmaması ya da herhangi başka bir nedenle zamanında veya hiç verememesi, hastanın gereken bakımı zamanında veya hiç alamamasıdır. | **Hiçbir Zaman** Verilmiyor | **Sıklıkla** Verilmiyor | **Bazen** Verilmiyor | **Nadiren** Verilmiyor | **Uygun Değil** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma | | | | | |
| 2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi | | | | | |
| 3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi | | | | | |
| 4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi | | | | | |
| 5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi | | | | | |
| 6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi | | | | | |
| 7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi | | | | | |
| 8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi | | | | | |
| 9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi | | | | | |
| 10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi | | | | | |
| 11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi | | | | | |
| 12. Hastaya ağız bakımı verilmesi | | | | | |
| 13. Ellerin yıkanması | | | | | |
| 14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme | | | | | |
| 15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması | | | | | |
| 16. Her şiftte hastanın değerlendirilmesi | | | | | |
| 17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi | | | | | |
| 18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi | | | | | |
| 19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması | | | | | |
| 20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi | | | | | |
| 21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi | | | | | |

## **Ek-2:** (devam) Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği

**Bölüm B: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri**

Servisinizde çalışan tüm hemşireler tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (Bu anketin A bölümünde işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım gereksinimlerinin **VERİLMEME NEDENLERİNİ** aşağıda işaretleyiniz.

**Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.**

**Şu anda çalışmakta olduğunuz servisi düşünerek cevaplayınız.**

| Hemşirelik bakımının verilememesi için nedenler<br><br>**Bu nedenler sizin çalıştığınız servis için nasıl?** | **Önemli** Bir Neden | **Orta** Bir Neden | **Küçük** Bir Neden | Bakımın Verilememesi İçin **Bir Neden Değil** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Çalışan personel sayısının yetersizliği | | | | |
| 2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler) | | | | |
| 3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk | | | | |
| 4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.) | | | | |
| 5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması | | | | |
| 6. Hasta dağılımındaki dengesizlik | | | | |
| 7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması | | | | |
| 8. Önceki şiftten veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi | | | | |
| 9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi) | | | | |
| 10. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması | | | | |
| 11. Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması | | | | |
| 12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması | | | | |
| 13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik | | | | |
| 14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu | | | | |
| 15. Doktorlarla/Tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu | | | | |
| 16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması | | | | |

**Ek-3: Etik Kurul Proje Onay Belgesi**

**Ek-4: Çalışma İzni Onayları**

**Ek-4:** (devam) Çalışma İzni Onayları

**Ek-4:** (devam) Çalışma İzni Onayları

**Ek-5: Ölçek İzni**

## Ek-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

**Değerli Katılımcı,**

Sizi Gülçin GÜLEŞEN tarafından yürütülen "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Analizi: Bir Eğitim Araştırma ve Devlet Hastanesi Örneği" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

**1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

a. Araştırmanın Amacı: Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi
b. Araştırmanın İçeriği: Eğitim araştırma ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek, nedenlerini analiz etmek, eğitim araştırma hastanesi ile devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri arasındaki farkı belirlemek, karşılanmayan hemşirelik bakımları ve nedenleri hakkında hemşirelere ve sağlık yöneticilerine önerilerde bulanabilmektir.
c. Araştırmanın Nedeni: ☒ Bilimsel araştırma □ Tez çalışması
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:500
f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesi

**2. Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

***Not:*** *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Gülçin GÜLEŞEN

İmzası:

**Ek-7: Özgeçmiş**