

**T.C.**

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM  
GEREKSİNİMLERİ VE NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

**VEDA PALALI ADIGÜZEL**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı**

**Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2021**



**T.C.**

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM  
GEREKSİNİMLERİ VE NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

**VEDA PALALI ADIGÜZEL**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-  
Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik Anabilim Dalının Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans  
Programı İçin Öngördüğü **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI**

Doç. Dr. BETÜL TOSUN

**GAZİANTEP**

**2021**

## **TEŞEKKÜR**

Hemşirelik mesleğimin daha kaliteli ve profesyonel icrası için yüksek lisans eğitimimin sonuna gelmiş bulunmaktayım. Mesleğimi, mesleki bilgi ve becerimin daha üst seviyelere çıkabilmesi için birçok zorlu aşamanın daha beni beklediğini bilerek:

Uzmanlık eğitimi boyunca bana yol gösteren ve mesleki kimliği, bilgi ve tecrübeleriyle bilimsel konuşmanın ve düşünmenin ne demek olduğunu öğreten, tezimin her aşamasında göstermiş olduğu titizlik ve özverili çalışması, desteği ve yardımıyla hep yanımda olan değerli danışmanım, Doç Dr. Betül TOSUN'a, beni bu günlere getiren emeğini hiç esirgemeyen değerli aileme, bu süreçte beni yalnız bırakmayan destek olan değerli eşim Bekir ADIGÜZEL ve minik yavrum Toprak Efe ADIGÜZEL'e, bu tezin her aşamasında desteğini hissettiğim değerli dostlarıma, çalışmamda desteklerini esirgemeyen tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**VEDA PALALI ADIGÜZEL**

## ÖZET

**Veda PALALI ADIGÜZEL, Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ve Nedenlerinin İncelenmesi, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2021.** Araştırma, Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ve Nedenlerinin İncelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Ana Hizmet Binası'nda acil, yoğun bakım, dahili klinik, cerrahi klinikte çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 315 hemşire ile tamamlandı. Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından literatür taranması ile oluşturulan, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren Hemşireyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Cheltenham Hasta Sınıflama Ölçeği ve KHBÖ'den (Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği) oluşan anket formu ile online toplandı. Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeğinden alınabilen minimum puan 3 ve maksimum puan 16' dır. KHBÖ Bölüm 1'den alınabilen en düşük puan 21, en yüksek puan 105 ve KHBÖ Bölüm 2'den alınabilen en düşük puan 16, en yüksek puan 64' tür. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ortalama±standart sapma ya da median ve interquartilerange (IQR) ile gösterildi. Normal dağılıma uygunluğu dikkate alınarak kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Önemlilik Testi, iki grubun ölçek ortalamaların karşılaştırıldığı durumlarda bağımsız gruplarda t Testi (Student t Testi) ya da Man Whitney U testi kullanıldı. Üç ya da daha fazla grubun ölçek ortalamaların karşılaştırıldığı durumlarda Kruskall Wallis Test ve farkın hangi gruptan kaynaklandığı post-hoc Man Whitney U testi ile belirlendi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 23.0 paket programı ile yapıldı. İstatistiksel analizlerde  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %83.8'inin kadın, %55.2'sinin lisans mezunu ve %38.7'sinin çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu bulundu. Çalışmamızın sonuçlarına göre hemşireler tarafından en sık; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, her iki saatte bir hastanın çevrilmesi ve hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi KHB gereksinimleri olduğu bulundu. Personel sayısının yetersizliği, gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması ve doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu KHB gereksinimleri nedenleri olarak bulundu. Bu sonuca dayanarak KHB tanımı açıkça yapılmalı, KHB'nin azaltılması için malzeme kaynaklı eksikliklerin giderilmesi ve en önemlisi yeterli çalışan sayısının sağlanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hasta Sınıflandırma; Kaçırılan/Verilmeyen Hemşirelik Bakımı

## ABSTRACT

**Veda PALALI ADIGÜZEL, Examination of Missed Nursing Care Requirements and Reasons, Nursing Program, Master's Thesis, Gaziantep, 2021.** The research was conducted with 315 nurses working in the following of the Kahramanmaraş Necip Fazıl City Hospital: Emergency, intensive care and the internal clinic area. (Give dates of the research). Nutrition of Research; The investigation of nurses with a written research form was collected online waing a questionnaire consisting of the Nurse Introductory Information Form containing an introductin and used the Cheltenham Patient Classification Scale and also the Missed Nursing Care Scale (MNC). The minimum score is 3 and the maximum score is 16 from the Cheltenham Patient Classification Scale. The lowest score that can be obtained from MNC Scale Part 1 is 21, the highest score is 105, and the lowest score that can be obtained from MNC Scale Part 2 is 16, the highest score is 64. The data was suitable for normal distribution and was evaluated with the Shapiro-Wilk test. The descriptive number of the study was represented by the percentage mean  $\pm$  standard deviation or median and interquartile range (IQR). The result with strong normal distribution is the Chi-Square Significance Test for the comparison of discrete variables, the t Test (Student's t Test) or the Man Whitney U test in independent groups in which the mean scale of the two groups are compared. The interface where the scale means of three or more groups were compared was determined by Kruskal Wallis Test and the group from which the difference originated, by the post-hoc Man Whitney U test. The use of the data was done with SPSS 23.0 package program. In statistical analysis,  $p < 0.05$  was considered to be significant as true. It was found that 83.8% of the nurses participating in the study were women, 55.2% were undergraduate and 38.7% had a working period of 1-5 years. According to the results of our study, most frequently the nurses found that MNC requirements were to get the patient to stand up/ move around three times a day or as much as necessary, to turn the patient around every two hours, and to provide emotional support to the patient and / or patient relatives. The number of people, supplies / devices required, and voltage or disconnection of communication with physicians / medical personnel, MNC requirements were found to be insufficient. Based on this result, the definition of MNC should be made, it is recommended to eliminate the material deficiencies in order to reduce the MNC and most importantly, MNC personal and patient outputs in more detail.

**Keywords:** Classification, Missed / Missed Nursing Care

## İÇİNDEKİLER

### TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Bakım Kavramı.....	4
2.2. Bakımla İlgili Kuramlar.....	6
2.3. Bakım Teorilerinin Ortak Temaları.....	10
2.4. Hemşirelik Bakımının Özellikleri.....	11
2.5. Hemşirelik Bakımının Niteliğini Etkileyen Faktörler.....	12
2.6. Bakımda Önemli Noktalar.....	15
2.7. Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakımı.....	16
2.8. Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakımı Kavramsallaştırılması.....	17
2.9. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımının Boyutu Ve Etkileyen Faktörler.....	17
2.10. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımının Nedenleri Ve Etkileyen Faktörler.....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	20
3.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama araçları.....	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.5. 1. Bağımlı Değişkeni.....	22
3.5. 2. Bağımsız Değişkeni.....	22
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	22
3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	23

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>51</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>53</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>

EK-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

EK-2. Kurum İzni

EK-3. Veri Toplama Formları

EK-4. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu

EK-5. Ölçek Kullanım İzinleri

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ve Nedenlerinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

11.06.2021

Veda PALALI ADIGÜZEL

## TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
<b>Tablo 4. 1.</b> Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=315).....	24
<b>Tablo 4. 2.</b> Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastaların Cheltenham'ın Hasta Sınıflama Ölçeği'ne Göre Sınıflandırılması Ve Hemşirelere Göre Dağılımı (N=315).....	27
<b>Tablo 4. 3.</b> Hemşirelerin Bakım Verdiği Hastaların Cheltenham'ın Hasta Sınıflama Ölçeğine Göre Dağılımı (N=315).....	28
<b>Tablo 4. 4.</b> Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Miktarı (N = 315).....	29
<b>Tablo 4. 5.</b> Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Nedenleri (N = 315).....	32
<b>Tablo 4. 6.</b> Cheltenham Ve KHB Ölçeğinin Cronbach $\alpha$ Güvenirlik Katsayıları Ve Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
<b>Tablo 4. 7.</b> Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastaların Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeğinden Aldıkları Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=315).....	35
<b>Tablo 4. 8.</b> Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHB Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=315). ....	39
<b>Tablo 4. 9.</b> Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=315).....	42

## KISALTMALAR LİSTESİ

**NANDA:** Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**KHB:** Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı

**KBB:** Kulak Burun Boğaz

**KVC:** Kalp Damar Cerrahi

**FTR:** Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

**YB:** Yoğun Bakım

**IV:** İntravenöz

**OECD:** Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

İnsanoğlunun yaradılışından bu yana değişen hayatla birlikte hemşirelik mesleği de gelişmiş ve değişime uğramıştır (1). North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); hemşirelik tanısı olarak adlandırılan bakım gereksinimini; “*Mevcut ya da olası sağlık sorunlarına ve yaşamdaki olaylara karşı birey, aile ve toplumun verdikleri tepkilerine yönelik verilen klinik bir karar verme süreci*” olarak tanımlamaktadır. NANDA hemşirelik bakımının, bir süreç içerisinde gerçekleştirilecek uygulamalardan oluştuğunu belirtmektedir (2).

Hastaya verilen bakımın niteliği, hemşirelerin kişisel ve mesleki yönleri ile doğrudan etkileşim içindedir. Bakımı profesyonel yapan ögeler; mesleki bilgi, beceri ve tutumları edinmiş meslek mensuplarının varlığıdır. Meslek mensuplarının lisans eğitimi almış olması, araştırmalar ile edinilmiş mesleki bilgi donanımına sahip olmasından geçer. Aynı zamanda toplumun ihtiyaç duyduğu bakım görevinin sunulması, mesleki uygulamalarında kendi otonom kararlarını verebiliyor olması, mesleğe bağlılık, şahsi sorumluluk alma, bakım verenlerin motive edilmesini sağlama, mesleki etik kodların varlığı ve mesleki bir teşkilatın olmasıdır (3,4).

Hemşirelik bakımını kaliteli bir şekilde almak her hastanın hakkı olduğu kadar, aynı zamanda hemşirelerin sorumluluğu altındadır. Verilen sağlık hizmetinin kalitesini, uygulanan hemşirelik bakımının kalitesi gösterir. Dinamik bir şekilde verilen hemşirelik bakımı ile bakım kalitesi yükseltilebilmektedir (5). Çeşitli nedenlerle hastalara verilen hemşirelik bakım uygulamalarının gözden kaçırılması veya karşılanmaması sonucunda hasta güvenliğini tehdit eden sorunlar oluşabilmektedir (6). Bu nedenle hemşirelik bakımının kaliteli ve tam olarak verilebilmesi için alanında uzman olan hemşirelerce vermesi gerekir (7).

Karşılanmayan hemşirelik bakım (KHB) gereksinimi yeterli hemşirelik bakımının verilememesi sebebiyle ortaya çıkmış bir görüştür. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramı ilk olarak 2006 yılında Kalisch tarafından konulmuş olup, gerekli olan hemşirelik bakımının kısmen veya tamamen atlandığı ya da gecikmeli olarak yapıldığını ifade etmektedir (8,9). Hemşirelik bakımlarının karşılanmaması sonucunda hastanede yatan hastaların hastalık ve ölüm oranlarında artış görülmektedir. Ayrıca

enfeksiyonlar, basınç yaralanması, hasta düşmeleri, hastanede yatma sürecinde uzama sık karşılaşılan durumlardır. Bu tür komplikasyonlar hastane için ciddi maliyetler oluşturur. Diğer yandan çalışan hemşirelerin ise memnuniyetsiz çalıştıkları ve çalıştığı kurumdan ayrıldığı tespit edilmiştir (10). KHB gereksinimi, hasta güvenliğini tehdit eden durumları ortadan kaldırmak, hemşirelik girişimlerini geliştirmek, hastaya verilen bakımın kalitesini arttırmak için kullanılır (6).

KHB Gereksinimi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi Terzioğlu F. ve Duygulu S. tarafından yapılmıştır (11). Bu araştırma sonucunda, araştırmaya dahil olan hemşirelerin %44'ü tanılama sürecinde, %70'inden fazlası uygulama, temel bakım ve planlama aşamalarında KHB'nin olduğunu ifade etmişlerdir. KHB nedeni olarak ise %85 düzeyinde iş gücü kaynağı, %56 düzeyinde malzeme kaynakları ve %38 düzeyinde ise iletişim kaynaklı olduğu belirtilmiştir (10). KHB gereksinimi tanımı Türkiye'de çok kısıtlı araştırılmıştır. Bu kavram hakkında Amerika ve Türkiye'deki düzeyi tanımlamak için yapılan ve KHB Gereksinimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmıştır. Araştırmada Türkiye'deki KHB gereksiniminin daha düşük seviyede çıktığı bulunmuştur. Fakat KHB gereksiniminin nedenleri yönünden daha yüksek seviyede nedenin öne sürüldüğü bulunmuştur (11).

Türkiye'de yapılan bir diğer araştırma çalışmasında ise hemşirelerin KHB gereksinimlerinin nedenlerine yönelik yorumlara bakıldığında; iş gücü kaynaklarında çalışan personel sayısının yetersizliği (%83.00), malzeme kaynaklarında gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%66.00), iletişim/takım çalışması alt boyutunda hemşirelerin ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması (%53.20) nedenlerini önemli bir neden olarak ifade ettikleri belirtilmiştir (12).

Türkiye'de karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ölçeği kullanılarak kaliteli bir bakımla beraber hastanın güvenliğini riske atan durumlar belirlenir ve en aza indirilebilir. Verilen hemşirelik bakımın kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi nedenlerinin belirlenmesi de, bakımın kaliteli verilmesine engel olan sebeplerin bulunmasına ve sorunlu alanların ortaya çıkarılmasına katkıda bulunur (13).

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tanımlayıcı tipteki çalışmanın birincil amacı; bir kamu hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Mesleği etkileyici bir şekilde değerlendirebilmek için karşılanmayan hemşirelik bakımının çok geniş bir yapı olduğuna dikkat edilmelidir. Bu yüzden hemşirelerin cevaplarına ihtiyaç vardır. Karşılanmayan hemşirelik bakımının sebeplerine yönelik farkındalık yaratmak, karşılanmayan bakımla ilgili saklı maliyetlerin ve risk faktörlerinin bilincine varmak ve bu riskleri minimum seviyeye indirmek için politikaların belirlenmesine yardımcı olmaktır (14). Aynı zamanda Türkiye’de yeterince incelenmemiş olan bu konuda kaynaklara güncel bilgiler katarak bu yönde farkındalık seviyesini attırmak hedeflenmektedir.

Araştırmanın ikincil amacı ise;

- Hemşirenin eğitim düzeyi karşılanmayan hemşirelik bakımını etkiliyor mu?
- Hemşirelerin hemşire sayısını yeterli algılama durumu karşılanmayan hemşirelik bakım nedenleri üzerinde etkisi var mı?
- Bakım verilen hastanın bağımlılık düzeyi sınıflandırması ile karşılanmayan bakım uygulamaları üzerinde etkili mi?
- Çalışılan birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme algısı ile karşılanmayan bakım gereksinimleri miktarını etkiliyor mu?

Gibi sorulara cevap vermeyi amaçlamaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarının sağlık kurumlarında daha kaliteli bir bakım sağlanması konusunda fayda sağlayacağı değerlendirilmektedir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bakım Kavramı

Bakım kelimesi Türk Dil Kurumu Sözlüğü' ne göre; “*bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek*” olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda ele alındığında bakım, herhangi bir kişiye ya da objeye özen göstermeyi, emek vermeyi, ilgi ve çaba harcamayı içerir. Dolayısıyla bakım, yöneldiği obje ya da kişiye değer yüklemektedir. TDK Sözlüğü'ndeki diğer tanıma göre ise bakım “*birinin, beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak*” şeklinde açıklanmıştır (15). Bu kapsamda ele alındığında bakım, öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan kişi için, yani bir başkası için bakım sorumluluğunun üstlenilmesini ifade eder.

İngilizce sözlüklerde “bakım” sözcüğünün sıfat, fiil ve isim anlamları mevcuttur. Sıfat olarak bakım *ilgili, özenli, şefkatli, sevecenlik*; fiil olarak (*to care, to take care*) *bakım vermek; birine karşı özenli olmak, hazır olmak, istekli olmak, saygılı olmak ve ilgili olmak*; isim olarak ise (*care*): *ilgi, dikkat, gözetim, özen, önem* olarak tanımlanmaktadır (16,17).

Biyoetik Terimleri Sözlüğü'ne göre bakım “*başka bir kişiyle kurulan ilişkide ortaya çıkan bir duygusal tutum, yaşanan moral bir duygu olan ilginin, tıp uygulaması bağlamında dile getirilmesidir. Hasta bakımı, hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ana uğraşdır*” olarak tanımlanmaktadır (18).

Joan Tronto bakımı şu şekilde tanımlamıştır: “*bakım, en genel düzeyde, dünyamızı olabildiğince iyi yaşayabilmek için korumak, sürdürmek ve onarmak üzere yaptığımız her şeyi içeren özel bir etkinliktir. Bu dünya bizim bedenlerimizi, kendiliğimizi (benlik) ve çevremizi içerir*” (19).

Heidegger bakımı, insan olmanın esas özelliği olarak ifade etmektedir. Heidegger' e göre her insan kendi bakımını kendi yapma hissine sahiptir. Bakım insan benliği için anlamlı ve önemli bir olgudur. Bireyin kendisini değerli ve önemli hissetmesinin öz bakımına uyum sağlamasında istek kaynağı olduğunu dile getirmiştir. Dolayısıyla bakım insanlığın özünde vardır (20).

Evrendeki hayvanlar ve bitkiler dahil olmak üzere tüm canlılar yaşamlarını devam ettirebilmeleri için bakıma ihtiyaç duyarlar. Özellikle insanoğlu bakım olmadan yaşamını devam ettiremez, gelişimini sürdüremez, sosyalleşemez. Çünkü insan sosyolojik, psikolojik, fizyolojik, biyolojik yönü olan bir canlı türüdür. Başka insanlarla ilişki ve iletişim içerisinde. Kendisinin de ait olduğu belirli bir toplumda yaşayan bir varlıktır. İnsanlar yaşamlarının belirli zamanlarında başkasının bakımına ve yardımına ihtiyaç duyarlar. Bakım kavramı tüm insanlığın hayatını devam ettirebilmeleri için gerekli ve insan olmanın evrensel bir özelliğidir. Fakat bu hayati gereksinim, aynı zamanda bizim bakımımıza ihtiyaç duyan insanlara karşı etik sorumluluğumuz için temeldir. Bundan dolayı sırf insan olmamız sebebiyle korunması ihtiyaç duyulan haklar kökenini gereksinimlerden almaktadır, haklar ise sorumlulukları doğurur. Örneğin bebekler yaşamlarını devam ettirmeleri için bakıma muhtaçtır, annenin yavrusuna bakması hem etik hem de yasal bir sorumluluktur. Bu sorumluluk aileler tarafından yeterince karşılanmadığında ya da yerine getirilemediğinde devlet tarafından yerine getirilmektedir. Bu sebeple bakım, kişisel bir var olmanın ötesinde insanoğlu için evrensel bir zorunluluk aynı zamanda etik bir sorumluluktur (21).

Bir başka tanıma göre ise bakım *‘insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir’* (21). Tanıma göre, bireyler hayatlarını ve bu dünyanın varlığını devam ettirebilmeleri için gerekli çalışmaları, (fakat özenle ve saygılı bir şekilde yapılan her şeyi) bakım kapsamında incelenir. Bu doğrultuda bakım, herhangi bir mesleğe özgü değildir. Bakım tüm yaşayanlar için temel bir gereksinim, aynı şekilde tüm bireyler için bir sorumluluktur. Fakat vakit, para vb. sebeplerin sınırlı olması nedeniyle insanlar birbirlerine yeterince bakamamaktadır. Herkes aynı işi aynı yeterlilikte ve nitelikte yapamaz. Toplumda yaşantının düzgün ve sistematik bir şekilde devam edebilmesi için belirli iş ve sorumluluklar belirli bireylere ve gruplara bölüştürülmeli, iş dağılımı yapılmalıdır. Böylece daha etkin, yeterli, güvenli ve verimli üretime ulaşılmalıdır. Belirli bir amaca hizmet etmek için toplumlardaki gayret ve meslekler bu şekilde oluşmuştur. Böylece meslekler hem kişinin toplum içinde kendi kimliğini ve yerini belirlemesinde hem de ait olduğu toplumsal hayatın devamlılığını sürdürebilmesi için önemlidir (22).

Sözlük anlamlarına bakıldığında bakım vermek (caring) kavramı geniş kapsamlıdır. Literatüre bakıldığında konunun ayrıntılı şekilde incelemesini 1990 yılında Morse ve ark. yapmıştır. Yazarlar bakım olgusunu kelime açıklamalarını ve değişik yönlerini incelemiştir. Buna göre bakım; etik yönü olan bir mecburiyet, bir etkilenme, insan olmanın vermiş olduğu bir özellik, bireylerarası etkileşim ve tedavi edici müdahale şeklinde tanımlanmaktadır (23). Başka bir çalışmada bakımın beş niteliğinin olduğu belirtilmiştir. Bunlar, ilişki, değişim, onay, tavır ve eylem veya gerçekleştirilmedir (24). Başka bir araştırmaya göre bakım, varlık felsefesi (metafizik/ontoloji) veya var olmak için gerekli olan kişiler arası ilişki, diğer yönden de; temas etmek, gönül rahatlığı, yeterlilik ve hemşirelik bakımı şeklinde ifade edilmiştir.

Finfgeld-Connett (25) nitel araştırmasını sistematik olarak derlemiş ve bakım vermeyi, kişiler arası eylemlerin duyarlılık ve içten ilişkiler doğrultusunda biçimlenen hemşirelik uygulamaları olarak açıklamıştır. Bu süreçte hastanın ihtiyaçları, hemşirenin tecrübesi ve etik konular önceliklidir. Bakım, bireylerin onuru, saygınlığı ve canı yanan kişi için hakikaten orda olmaktır. Bir kişi için orada bulunmak, kişiye karşı sevgi, merhamet ve hassas olmak anlamına gelir (26).

## 2.2. Bakımla İlgili Kuramlar

Florence Nightingale'den günümüze kadar hemşireler, bakım kavramını çeşitli yönleriyle ele alarak bilimsel ve etik yönlerini incelemiş bazı teoriler ve görüşler ileri sürmüşlerdir (27).

Filozof Milton Mayeroff Mayeroff hemşirelerin sahip olduğu ve iletirmek istedikleri nitelikleri şu şekilde belirtmiştir.

**Bilgi;** hemşire devamlı olarak hasta ile iletişim halindedir ve duruma ilişkin bilgi toplar. Karşılıklı ilerleme sağlamayı hedefleyen hasta-hemşire arasında bir süre sonra bağlanma gerçekleşir. Bu ilişki sayesinde hemşire hasta hakkında bilgi sahibi olur. Hastanın kimliğini, kişiliğini, ihtiyaçlarını, arzularını, hayat şartlarını nasıl değiştireceği konusunda bilgi edinmektedir. Bakım verilirken dile getirilmemiş, sezgiye dayanan bilgi de değerlidir.

**Sabır;** bakım verici ve bakım alıcının yaşam tecrübesi ile yakından alakalıdır. Sabırlı davranıldığı takdirde karşınızdaki insanların kendine has özelliklerine de saygı duyulmuş demektir.

**İnanç;** karşı taraftaki kişiye güven önemli bir diğer maddedir. Eğer karşıdaki kişi idare edilmeye çalışılır ya da gereğinden fazla korunma altına alınır, bu durum karşıdaki kişiye inancın az olduğunu gösterir.

**Dürüstlük;** bakım ilişkisi yönünden dürüst olmama, sır saklama veya kandırma gibi tutumları yapmamak değil, gerek kendine gerek karşıdaki kişiye karşı şeffaf bir tutum içerisinde yaklaşmış olmayı gerektirir.

**Alçak gönüllülük;** bakımın gerçek amacına ulaşması alçakgönüllü bir yaklaşımla mümkündür. Bakım verici roldeki hemşire, karşıdaki kişiye yardım etmede eğer varsa kendisindeki sınırlılıklarında farkında olmalıdır. Bu sınırlılıkların bilincinde olunması bakım gücünü arttırır. Bu durumda hemşire bir hastanın diğerinden farklı olduğunu fark eder. Aynı zamanda her kişinin tek ve önemli olduğunu bilmekle kalmaz sorunların bulunmasında ve analizinde kişiye özel yaklaşımlar uygular (28).

**Umut;** gelece doğru bakarken içerisinde bulunan durumun imkânını ifade eder. Umut bakım alan ve bakım veren kişinin kendi gücünü fark etmesinden kaynağını alır ve bakımla beraber aktif duruma gelir.

**Cesaret;** kişiye bakım vermek başarılı olabileceği gibi hüsrarla da sonuçlanabilir. Bakım alan kişinin durumu daha iyiye gidebileceği gibi daha kötüye de gidebilir. Eğer olumsuz durumlar varsa bakım verenin yeteneklerinin ve hareketlerinin ötesinde olabileceği gibi yanlışı da olabilir. Bu tür olaylarda sonuçların üstlenilmesi cesaret gerektirir.

Bu bakım temellerinin bir ya da bir kaçına sahip olmayan hemşirenin doğru bir bakım veremeyeceği ya da iyi bir hemşire olmayacağı anlamına gelmemelidir. Aynı zamanda Mayeroff'un belirlediği bu özelliklere hemşire aynı düzeyde sahip olamayabilir. Bakım, hemşire-hasta arasında özel ve bütünseldir. Bu şekilde hastaya yönelik sorunlar belirlenir ve daha geniş bakım girişimleri planlanır (29).

Patricia Benner ve Wrubel, bakımı; sağlık, hastalık ve rahatsızlık kavramları ile ilişkilendirmiştir. Onlara göre; rahatsızlığı varsa hasta, rahatsızlığı yoksa sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Hastalık durumu kişiye özeldir ve bu doğrultuda yaklaşım olmadığında terapötik sonuçlara ulaşamayabilir. Donanımlı ve tecrübeli hemşireler; hastalık, sağlık, rahatsızlık kavramının aynı anlama gelmediğinin farkındadır. Bakım uygularken ilişkilerini bu yönde kuran hemşireler hem hastayı iyileştirirler hem de kişi

merkezli bakım sağlamış olurlar (30). Kişiyeye özgü bütüncül bir bakımın uygulanabilmesi için bulunması gereken öğeler; şahsılık, bütüncülük, ustalık, tecrübe, düzenlilik, eleştiriyi özelliğine sahip düşünce yapısı, ahlak, işbirlikçilik, kalite ve merhametlilik (31).

Madeleine Leininger; ilk defa 1940 yıllarında kültür konusuna duyarlı hemşirelik uygulamalarının şart olduğunu ifade etmiş daha sonra transkültürel hemşirelik bakım kavramını oluşturmuştur. Leininger bakım kavramının zor olduğunu belirtmiştir. Bakım terapötik olması açısından iyileşme için gereklidir. Bakım hemşirelik ve transkültürel hemşireliğin temelini oluşturur. Leininger değerleri, inançları ve kültür uygulamalarını ayrı ayrı açıklamıştır. Hemşirelik bakımı için kültürel bakımın zorunlu olduğunu ve hemşirelik adına ilkeler geliştirilmesi gerektiğini dile getirmiştir (32). Leininger'e göre insanın hayatta kalması için bakım esastır ve temel bir ihtiyaçtır. Bakım bireye yardımcı olur, büyüme, iyileşme ve hayata devam edebilmesini sağlar. Bakım, tedavi edici etkisinin ötesinde kişiyeye özgü ihtiyaçların belirlenmesinde ve iyileştirilmesinde rol oynar. Bakım bireylerle empati duygusu oluşturularak samimi bir sevgi çerçevesinde sağlanır. Bakım uygulaması bireyin sorunları, gereksinimleri ve değerleriyle ilişkilidir (29). Leininger'in "Bakım: Hemşirelik ve Sağlığın Temeli" adlı kitabında belirttiği dokuz hipotez şunlardır:

1. Hemşirelik uygulamalarında farklılıklara yol açan durumlardan bir tanesi kültürel değişkenlik gösteren bakım inanışları ve değerleridir.
2. Birey olma duygusunu savunan kültürler, bağımsız olmayı ve kendi kendine bakmayı savunurken, bireysel olma duygusunu savunmayan kültürlerde ise bakım olgusu başkaları tarafından yapılacaktır.
3. Bakım veren ve alan arasında yakın ilişki söz konusudur.
4. Değişik kültürden olan insanların, bakım tutumları, bakımla ilgili olmayan tutumları ve alışkanlıkları değişkenlik göstermeyebilir.
5. Profesyonel bakım ve geleneksel bakım olguları arasındaki farklılık ne kadar fazlaysa, profesyonel bakım veren ve profesyonel bakım almayan arasındaki uyumsuzluk o denli büyüktür.
6. Kültürler arasında teknolojik bakım olgusu ve teknikleri farklılık gösterir ve bu durum farklı sonuçlar doğurur.
7. Hastalarda kişisel bakımın azalmasının bir diğer nedeni ise bakımda teknolojik bağımlılığın artmasıdır.
8. Hemşirelikte farklı simgeler ve ritüeller her kültürde farklı mana taşır bu durumda hemşireler o kültürdeki farklı anlamları da bilmelidir.

9. Siyasal, dinsel, kültürel ve ekonomik faktörler verilen bakımın kalitesini etkiler (33).

Ray, organizasyonlar içindeki bakımı ele almıştır. Hemşirelik bakımı organizasyondan etkilenir ve bağlama dayalıdır. Bakım kavramı servislerde, acilde, yoğun bakımda veya onkolojide farklı anlam taşır. Mesela onkoloji kliniğinde manevi bakım daha öncelikliken, yoğun bakımda ventilatör, monitör, ilaç uygulamaları gibi teknik konular daha önemlidir (34).

Logstrup; hastaların yaşantısını yönlendirecek gücün hemşire olduğunu düşünmüştür. Bu düşünceye göre bakım olgusu, kişiler arasında bakıma yönelik ilişki olarak açıklanmıştır.

- Bakımı veren hemşire, insan hayatına dokunur bu nedenle bakım anı iyileşmeye olanak sağlayan en önemli anı oluşturur.
- Hastalara bakım verirken hemşire, hastalıktan önce bakıma, iyileştirmeye ve bütünselliğe dikkat etmelidir.
- Bakım veren hemşirenin amacı, hastanın umutsuzluğunu ortadan kaldırmak ve bireyin iyi olacağı hissini yaratmaktır.
- Bakım anında hemşire, hastasının kendi içinde yaşadığı sıkıntıları saptayabilmeli, tutumu, davranışı, vücut dili ve enerjisi ile bu sıkıntıları giderebilmelidir. Bu arada devreye giren nokta hemşirenin hasta ile iletişime girebilme becerisidir (28).

Jean Watson' un bakım teorisi hastanın iyileşmesi ve bütüncül bir yaklaşımın sağlanması için bakım veren bunun bilincinde olmalıdır (35). Watson, tedaviden önce bakımın öncelikli olduğunu dile getirir. Aynı zamanda hemşirelik mesleğinin insanlığa sunduğu en kıymetli özellik bakımdır. Teori insancılığı esas alır. Bakımda altı çizilen nokta hemşire-hasta arasındaki ilişkidir. Odak noktası kişidir, bakım ve hemşire-hasta ilişkisi sonradan gelir. Hemşire ve hasta arasında bağ oluşmaktadır (36). Bu tür ilişki hemşire ve hastayı olumlu ya da olumsuz etkileyecek karşılıklı bir etkiye sahiptir (35, 37). Bakım ve tedaviyi bilinçli yapmak hastada iyileşmeyi sağlar. Watson' un bakım teorisinin uygulanması daha kaliteli bir hemşirelik bakımının verilmesine olanak sağlar (38).

Watson Teorisinde, on yaratıcı faktörü şu şekilde tanımlamıştır (39,40).

1. Hümanistik-alturistik değerler sisteminin oluşturulması
2. Güven-umut aşılması

3. Kendi ve diğeri için duyarlılık geliştirme
4. Yardım-güven ilişkisi geliştirme
5. Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesinin sağlanması ve desteklenmesi
6. Karar vermede bilimsel problem çözme yönteminin sistematik kullanılması
7. Kişilerarası eğitim-öğrenme yöntemlerinin desteklenmesi
8. Destekleyici, koruyucu ve düzenleyici, zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve ruhsal bir çevre hazırlanması
9. Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında yardım
10. Varoluşçu-fenomenolojik güçlerin göz önünde bulundurulması

Kristen Swanson, bakımı “sorumluluk duygusu hisseden bir kişinin, önemli gördüğü diğeri kişi ile ilgilenmesi” şeklinde tanımlamıştır. Swanson; beş temel noktaya dikkat çekmiştir. Bunlar; kişiyi tanımak/bilmek, kişi ile beraber olmak, kişi için bir şeyler yapmak, kişiye olanak tanımak ve inanç oluşturmaktır (41). Her hasta aynı değildir. Dolayısıyla her kişi farklı değer yargılarına, deneyimlerine ve yaşantıya sahiptir. Bu nedenle bakım çalışmalarında önemli olan husus kültürel bakımdır. Bakım her bir bireye veya hastaya özgü verilmelidir (42).

Ülkemizde de bu açıklamalara benzer tanımlar yapılmıştır. Özcan’ a göre (43) hemşirelerin ilgi alanı hastalardır ve hastaların tepkileri üzerinedir. Hemşire bakım uygulayabilmek için kişinin hastalıktan nasıl etkilendiğini bulmaya çalışır. Oğuz ve ark. (44) bakımı, sağlık sektöründe çalışan kişilerin hastanın tedavisinde ilgi, alaka ve şefkatle yaklaşarak hastanın ihtiyaçlarını karşılama durumudur şeklinde açıklamıştır. Bakıma dayalı ilişki sonucunda karşıdaki kişi ya da kişilerin iyilik durumunun sağlanması ve arttırılmasını amaçlanmaktadır.

### **2.3. Bakım Teorilerinin Ortak Temaları**

Hemşirelik bakım kuramları bazı temalar üzerinde dikkat çekmektedir Bunlar felsefe, insan bilimi ve psikolojidir (45).

- Bakım oldukça ilişki barındıran bir kavramdır.
- Bakım iletişime dayalı bir olgudur. Hemşire ve hastanın iletişime geçmesi gerekmektedir. Aralarında karşılıklı alma ve verme durumu söz konusudur. Bu ilişkide hemşire bilgi alır bakım verir.
- Hemşire ve hasta birbirlerini bildikçe karşılıklı etkileşim süreci oluşur.

- Hasta ile temasa geçen hemşirenin empati duygusu ve merhameti onun olağan bir parçası haline gelir. Yalnız merhamet duygusu yoksa ya da belirgin değilse yokluğu oldukça belirgin olacaktır.
- Hastanın kimliğini, yaşamını, kendi hastalıklarına bakış açısını bilmeden bakım uygulamak oldukça zor olacaktır.
- Hastanın sorunlarının ve problemlerinin tanımlanması, hemşirelik uygulamalarının seçilmesinde, kişiye has bakım vermede hastaya yardım sağlayacaktır (42,46,47).

#### 2.4. Hemşirelik Bakımının Özellikleri

Roach (48) bakımın yönlerini ve niteliklerini özellikle beş C maddesi altında açıklamıştır. Bu özelliklerin baş harfleri İngilizce’ de “C” ile başlamaktadır.

- Compassion (Şefkat, Merhamet): Empati duygusunu ifade eder. Acı çeken birinin yerine kendini koymayı ve onu anlamayı gerektirir.
- Competence (Yeterlilik): Bireyin profesyonel anlamda bilgi, yetenek, tecrübe, karar verme yetisi, kuvvet ve motivasyonu gerektiren sorumluluklardan bir tanesidir.
- Confidence (Güven): Bakımın esas noktası güvene dayalı olmasıdır.
- Conscience (Vicdan): Profesyonel anlamda bir bakımın verilebilmesi için vicdani olgunluğa sahip olunmalıdır.
- Commitment (Bağlılık): Bakım veren hemşire, bakım verdiği kişiye karşı kendisinin sorumlu olduğunu bilir ve bakımını yaparak hizmette bağlılığını sergilemiş olur.

Cortis ve Kendrick’ e (49) göre hemşirelik bakımının temel özellikleri şöyledir.

Bakım;

- Evrensel insani bir gerekliliktir.
- Bakım verdiği kişiye dokunmak, merhamet göstermek ve empatik yaklaşım olarak da açıklanmıştır.
- Karşılıklı fikir alış verişi sonucunda ortaya çıkan kişiler arası bir enerjidir.
- Tedavi edici bir yoldur.
- Etik zorunluluk ve hemşireliğin esas faziletidir.

## 2.5. Hemşirelik Bakımının Niteliğini Etkileyen Faktörler

Hemşirelik bakımını etkileyen çeşitli faktörler söz konusudur. Bunlar bakım kavramının uygulanmaması ve yeterince önemsenmemesi, hemşireliğe ilginin düşük olması, hastanelerin idari şekli, hasta bakımında ekip ruhunun öneminin farkında olunmaması gibi nedenler sayılabilir (29).

Mesleki eğitim düzeyi, verilen bakımı etkileyen bir diğer nedendir. Hemşirenin eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi ve beceri düzeyi de yükselecektir. Bu da profesyonel bakım için anahtardır. Lisans temelli eğitim düzeyinin düşürülmesi ve hemşirelerin yaptığı bakım işlevinin, eğitim düzeyi daha düşük olan kişiler ya da ekibe yaptırılması bakım kalitesini oldukça düşürmektedir. Eğitim düzeyi arasındaki bu farklılıklar meslekte bilgi yükünün arttırılmasını ve bunların sahada uygulanmasını oldukça sınırlamaktadır (50, 51).

Motivasyon ve mesleğe olan bağlılık hemşirelikte verilen bakımı etkileyen bir diğer nedendir. Sunulan hizmet bireyi konu almasından ötürü devamlı ve sürekli çalışmayı gerektirir. Bakımın nitelikli bir şekilde verilebilmesi için işteki doyumun da yüksek olması gerekir (52). Hemşirelik mesleğinin istenmeden tercih edilmesi, toplumdaki mesleki statüsünün düşük olması, bu mesleğin daha çok bayanlar tarafından seçilmesi, hemşireliğin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Dolayısı ile verilen bakım da olumsuz yönde etkilenmektedir (53).

Hemşirelerin meslek üyesi olması için sorumluluk almaları gerekmektedir. Hemşire bu sorumluluğu kişilerin bakımını üstlenmesiyle gerçekleştirir. Almış olduğu bu sorumluluk bireysel olduğu kadar çalışma arkadaşlarına, bakım verdiği insanlara ve görev yaptığı kuruma karşı hesap vermeyi gerektirmektedir. Hemşirelik bakımında ki sorumluluk; verilen bakımın standartlara uygun verilmesini, icra ettiği mesleği benimsemesini, gerekli bilgi birikimini ve mesleki özerkliği kapsamaktadır (54). Bu meslekleşme kriterleri bakımından ülkemizde hemşireliğin durumu, saha uygulamalarında özerkliği ve mesleki bilinci de olumsuz olarak etkilemektedir.

Verilen bakımın kalitesini etkileyen bir diğer faktör ise hemşirelerin hasta savunuculuğu rolüdür. Bu rol kimi zaman doktorlara, diğer sağlık uzmanlarına, kuruma ve ya çalışma arkadaşlarına karşı olabilmektedir. Bu durum sağlık ekibi içerisinde çatışmaların yaşanmasına sebep olur. Neticede hemşirelikteki bu rol gelişir beraberinde başka sorunları da doğurabilir. Verilen bakımın niteliğini de etkileyebilir (53).

Hastanın dini inancı, sosyoekonomik durumu, kültürel davranışları hemşirelik bakımını etkilemektedir. Bireyin kültürel davranışları ve dini inancı, kişinin sağlık bakım sistemine olan tutumunu, öz bakımını ve hasta-hemşire arasındaki iletişimini etkiler. Hemşirenin etkili bir bakım verebilmesi için bakım verdiği kişinin dini inancını ve kültürel uygulamalarını da bilmesi gerekir (55).

İnsanların ekonomik durumu sağlık olanaklarından aynı derecede yararlanmasını engelleyebilir. Sağlık bakım hizmetlerinin maliyetindeki artış ve kişisel ödemelerin fazla olması sebebiyle kişinin bakım hizmetinden yararlanması engellenmiş olur (56). Böylece parası olan kişiler bakım almakta, ihtiyacı olan kişiler bu bakımı alamayabilmektedir. Sonuç olarak bakımın duyuşsal ve insani yönü unutulmakta hasta-hemşire arasında ki iletişim olumsuz sonuçlanmaktadır (53).

Toplumsal cinsiyet bakış açısı hemşirelik bakımını etkileyen bir diğer faktördür. Toplumda kadınlara sorumluluk fazlasıyla verilmiştir ve hastanelerde de hemşireler için bu durum geçerlidir. Hemşireliğin statüsü yüz yıllardır toplumdaki kadınların yeri ile paralel ilerlemektedir. Toplumda ki bu statünün düşük olması, bakımın kadına has bir iş olarak görülmesi, bakımın ağır, stresli, yıpratıcı çalışma ortamlarında, yetersiz insan kaynağı ve gereçlerle yerine getirilmeye çalışması, yetersiz ücret verilmesi, emeğin görmezden gelinmesi nedeniyle hemşirelerde yıpranır ve umutsuzluğa kapılır. Tükenmişlik yaşayan hemşireler fiziksel-psikolojik manada yorulmuş ve yıpranmış hale gelir, işlerini erteler, işlerine konsantre olamaz ve başka gereksiz detaylarla uğraşmayı tercih eder. Bu da bireysel başarısızlığa yol açar (57) ve beraberinde hemşire hasta ilişkisini, bakımı olumsuz şekilde etkiler.

Yaşanılan ülkede sağlık politikasındaki uygulamalar da bakımı etkiler. Ülkedeki politik kararlar neticesinde eğitim ve sağlık sektörü gibi alanlar yakından etkilenir. OECD 2013 yılındaki araştırmaya göre sağlık uzmanları arasında ki sayısı en fazla olan meslek hemşirelik mesleğidir. Siyasi kararlar sayıca fazla olan hemşireleri etkilemekle kalmayıp verilen bakımı da etkiler. Hemşireler politikaların belirlenmesinde yer alamamakta sadece verilen siyasi kararların sonuçlarından etkilenmektedir (58). Hemşirelikteki eğitim ve öğretimin kaliteli ve yeterli olması, verilen bakımı iyi yönde etkilemektedir. Bakımı etkileyen bir diğer faktör ise hemşirelerin kadrolu, sözleşmeli, taşeron işçi gibi statülerde çalıştırılmasıdır. Bu durum neticesinde hemşireler arasında eşitlik kavramı anlamını yitirmekte, iş güvencesi azalmakta, çalışma şartlarındaki sürekli değişim adaptasyonu

zorlaştırmakta, kamu ve özel sektörde çalışma saatlerindeki değişiklik verilen bakımı olumsuz yönde sonuçlandırmaktadır (52,59).

Sağlık kurumlarının yönetim şekli ve örgüt yapısı verilen bakımın niteliğini etkileyen nedenler arasındadır. Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı kompleks özelliğindedir. Değişik meslek gruplarından hizmet alır ve bu hizmetin farklı olması sebebiyle, hizmetin verildiği hastanelerde de farklılıklar yaşanır. Dolayısıyla verilen bakımın niteliği etkilenir (53). Sağlık kuruluşlarında hemşirelere kendi görev ve yetkileri dışında işler de yüklenmektedir. Bunlar ev yönetimi ve kırtasiye işleri olduğu gibi, çalıştığı üniteyi düzenleme, temizliğini denetleme, bozulan araç ve gereçlerin tamiri için teknik servis ile görüşme, sekreter işini yapma ve malzeme temini için gerekli yazışmaları sürdürme örnekleri verilebilir. Bu tür işler hemşirenin görev tanımında yer almamaktadır (60). Böylece hemşirenin iş yükü artmakta hastaya vereceği bakım süresi azalmaktadır. Öte taraftan yataklı tedavi kuruluşlarında; malzeme ve nitelikli personel azlığı, bakımın eğitimli hemşireler tarafından verilmesi yerine hasta bakıcılara ya da yardımcı sağlık personeline yaptırılması söz konusu olabilir. Böylece hastaya verilen bakımın niteliği azalır ve hasta güvenliği risk altına girmektedir (56,61,62).

Mesleki kuruluşun niteliği de verilen bakımı etkilemektedir. Bu kuruluşlar diğer mesleklerde de olduğu gibi hemşirelik eğitimini, hizmet alanını, hemşirelik bakım standartlarını belirlemek, geliştirmek, devam ettirmek ve denetlemekle yükümlüdür. Meslekler bu tür etkinliklerini kendi temsilcileri aracılığıyla oluşan meslek kuruluşları sayesinde gerçekleştirir (29).

Bakımı etkileyen bir diğer faktör ise hemşirelerin nöbet süresinin uzunluğudur. Hemşire nöbetlerde daha fazla hastanın bakımından sorumludur ve genelde tecrübesi az sağlık personeli ile çalıştığı için gerekli durumlarda karar verme ile ilgili sıkıntılar yaşamaktadır (63). Aynı zaman da uzun süre vardiyada çalışan hemşirenin verim gücünde düşüklük söz konusudur ve bakım dolaylı yoldan etkilenmiş olur. Ülkemizde bakıma yönelik yapılan çalışmalar artış göstermekte (64), nöbetteki bakımda uykunun değerlendirilmesi öncelik kazanmakta, hemşirenin işlevi ve hasta bakımı yeterli şekilde ele alınmadığı ortaya çıkmaktadır. Halbuki hastaya verilen bakımın sürekliliğin ve devamlılığın sağlanması için nöbetlerde verilen bakımın da değerlendirilmesi gerekir. Bakım kalitesinin artırılması için gerekli önlemler alınmalıdır (55).

Hasta kişinin hastalık ve yaşantısının bilinmesi bakım için önemli bir konudur. Hasta bireyin hastalık ve yaşantısı net olarak anlaşılmadığı durumlarda bakım gerçek anlamda verilemez. Dolayısıyla hastalığın sebebi ve günlük hayat aktivitelerine etkisinin bakım veren kişi tarafından bilinmesi, kişiye özel girişimlerin tasarlanması, uygulamaya koyulması yönünden önem taşır (65).

## 2.6. Bakımda Önemli Noktalar

- Hastaya yaklaşım saygılı ve iyileştirici biçimde olmalıdır. Bu bakım odaklı çalışmanın temel prensibidir.
- Bakım her birey ve hemşire için subjektiftir.
- Bakımın iyi bir şekilde verilebilmesi için hemşirenin bakım verdiği hastanın kültürünü, hastaya özgü tutumlarını, kültürüne uygun kelimeleri bilmesi gerekir.
- Hasta kişide rahatsızlığın ne anlama geldiği bilinmeden yapılan her hangi bir uygulama ya da tedavi önemsizleşebilir.
- Swanson'a göre bakım kuramı, hastayı tanımayı, beraber olmayı, hasta kişi adına uğraşmayı, zorlaştırmamayı ve inanç oluşturmayı temel alır.
- Bakımda, hemşire-hasta arasında karşılıklı tanışma ve tasalanmayla başlayan iletişim esastır.
- Kişilerin, kendi hastalıklarına olan tutumlarını ve kim olduklarını bilmeden yapılan bakım güç olacaktır.
- Hastaya empatik yaklaşım, onunla birlikte olunduğunun hissettirilmesi sonucunda karşılıklı olumlu yönde bakım sergilenir.
- Hastaya yaklaşımda ister fiziki ister fiziki olmayan temas; merhametli temas, iş odaklı temas ve koruyucu temas olarak üç şekilde gerçekleştirilir.
- Hemşirenin özgüveni ve yeteneği hem bakımda hem de hemşirelik uygulamalarında olumlu sonuçlar gösterir.
- Dinleme, yalnızca hemşirenin istediğini duyması değil hastanın ne söylediğinin farkına varılması, bu konuda düşünülmesi ve uygun yorumla karşılığının verilmesini gerektirir.
- Hemşirelik bakım ve uygulamalarında en önemli nokta hasta bireyi tanımadır.
- Hemşirenin manevi bakım verebilmesi için öncelikle kendi manevi değerlerinin farkında olması gerekir.
- Hemşire aile bireylerini de bakıma dahil etmek durumundadır (55).

## 2.7. Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakımı

Kaynaklara göre; karşılanmayan hemşirelik bakımı (KHB) kavramı ilk defa 2006 yılında Kalisch tarafından ortaya koyulmuştur. Hemşirelik bakımında ihmal/kusur ve geciktirme/erteleme söz konusudur. İngilizce karşılığı olarak “Missed Nursing Care” kullanılmaktadır. Hasta güvenliği açısından KHB ihmal hatası şeklinde kabul görür (6,10). Kalisch tarafından yapılan bir çalışmada devamlı olan, yineleyen, acil ve ya acil olmayan şartlarda yapılan gecikmeler/hatalar KHB olarak adlandırılmıştır. Çalışmaya göre KHB’ye yönelik ihmaller; mobilizasyon, pozisyon verme, hastanın beslenmesini sağlama, hastanın eğitilmesi, taburculuğa hazırlanması, hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi, hastaya ve/veya yakınlarına psikolojik destek verilmesi, hijyen, enfeksiyon sürveyansı şeklinde dokuz temada toplamıştır. Bu duruma neden olan sebepler ise çalışan kişi sayısında azalma, hemşirelik uygulamaları için gereken süre, var olan çalışanların kötü kullanılması, “bu benim görevim değil” düşüncesi, uygunsuz görevlendirme, uygunsuz yetkilendirme alışkanlığı ve yadsımadır (66).

Yapılan araştırmalar KHB’nin hemşireler tarafından farkında olunduğunu ve bunları kolay bir şekilde tanımladıklarını fakat; tartışmaya kapalı olduklarını ve reddettikleri sonucu bulunmuştur (67). Bu reddedişin sebebi ise hemşirelerin kendilerini suçlu görmeleri, konuyla alakalı ellerinden hiç bir şeyin gelmeyeceğini ve değişmeyeceğini hissetmeleri, kendilerini güçlü görmedikleri ve korkuya kapıldıkları şekilde kendisini göstermiştir (66). Başka bir araştırmada, karşılanmayan hemşirelik uygulamalarını açıklayamama sebeplerinin kaygı, suçlanma, ceza yeme, tepki alma korkusu olduğu bulunmuştur (68).

Aynı zamanda KHB kaliteyi ve hasta çıktılarını negatif yönde etkilemekle birlikte hemşireler için de olumsuz çıktılarına (var olan KHB saklamak için fazlaca enerji harcamaları, yüksek düzeyde stres yaşamaları, benlik saygısının azalması gibi) sebep olmaktadır (6). Hemşireler KHB sebebi ile aldıkları onca eğitim ve mesleki yönden gelişmelerine rağmen, düşündükleri, tasarladıkları, sorumluluğunu aldıkları hastalara gerekli bakımı verememeleri söz konusudur. Bunun sonucunda hemşirelerin duyguların da tutarsızlıklar oluşur. Azalan iş doyumunu ve yoğun şekilde stres yaşamalarına sebep olur (10).

## 2.8. Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakımı Kavramsallaştırılması

Kalisch ve ark. (6) yaptıkları incelemeler sonucunda “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli”nin sınırlarını çizmişlerdir.

Bu modele göre; olumsuz hasta çıktıları KHB neticesinde ortaya çıkmaktadır. KHB'nin sebepleri arasında (ekip/ekipman standartları, önem ve öncelik sırasına karar verme yetisi, kişisel inançlar ve değerler gibi) hemşirenin iç süreçleri olduğu kadar hemşirelik süreci de (tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme) yer almaktadır. Hemşirelik süreci var olan durumlardan (kurumun bakım istemi-iş yükü, kaynak temini, emek-iş gücü, malzeme, iletişim ve kişiler arası ilişkiler) etkilenir. Kalisch'in geliştirdiği bu model orta sınıf bir kuramdır. Bu kuram hasta çıktıları etkileyen ve ya etkileme varlığı/gücü olan durumların ortaya çıkmasını sağladığı kadar ihmal/kusur hatalarını da gün yüzüne çıkarır (6).

## 2.9. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımının Boyutu ve Etkileyen Faktörler

KHB uygulamalarında hemşirelerin görüşleriyle beraber hastaların görüşlerinin de alınması gerekir. Kalisch ve ark. (69) yaptığı çalışmada hastaların KHB algılama durumları ile ilgili sonuçlar şöyledir.

Hastalara için KHB uygulamaları;

- En çok KHB; mobilizasyon, ağız bakımı, hasta taburculuğu ve eğitimi, hastaların bilgilendirilmesidir.
- En az KHB; ellerin yıkanmasıdır.

Hemşireler açısından KHB uygulamaları,

- En çok KHB; ağız bakımı, ağrı tedavisi ve takibi, cilt bakımındır.
- En az KHB; cildin değerlendirilmesi, IV katater bakımındır.

Yapılan araştırma sonucunda hastaların belirttiği KHB ile hemşirelerin belirttiği KHB algılamaları arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir (70).

KHB boyutunu etkileyen faktörler arasında hastaneler, çalışma şekilleri, çalışanlara ait özellikler, işin özelliği, kurumun yapısı ve idare şeklidir. Yapılan araştırmalar sonucunda şu verilere ulaşılmıştır.

- Hastaneler-üniteler: Hastanelerde KHB düzeyi yüksek bulunmuştur. KHB yönünden ise hastaneler arasında fark saptanmamıştır. Aynı zamanda nonmagnet olan hastanelerde, magnet olan hastanelere göre daha yüksek KHB

olduğu belirlenmiştir (6,71). Magnet hastaneler; hemşireleri kuruma çeken ve kurumda tutan hastanelerdir.

- İş yükü (hasta başında geçirilen zaman): Kliniklerde hemşirelerin hasta başında geçirdiği süre ile KHB arasında olumsuz ilişki vardır. KHB'yi belirleyen etmenlerden bir tanesi hasta başında geçirilen saat/süredir (72). İncelemeler sonucunda hasta sayısı hemşire sayısının çok üstünde olduğunda, hastanın ihtiyaç duyduğu bakım tam olarak karşılanamamıştır (72,73). Hasta düşmeleri ve iş gücü ile KHB arasındaki bağlantıyı saptamak için yapılan araştırmada, hasta başında geçirilen süre ile hasta düşmeleri ve iş gücü arasında olumsuz ilişki bulunmuştur (73).
- Çalışanlarla alakalı etkenler: Çalışan personelin ünvanı, çalışılan sene, idrak şekli ile KHB arasında anlamlı bağlantı vardır. Hemşire yardımcıları hemşirelere oranla daha fazla KHB'ye sebep olmaktadır. Gerek hemşirelerin gerek hemşire yardımcılarının benzer hasta ve benzer girişimlerde KHB algılama şekilleri farklıdır (72). Fakat hemşirelerin iş tecrübesi arttıkça daha fazla KHB uyguladıkları ortaya çıkmıştır (72,74). Çalışan personel sayısının yetersizliği algısı var oldukça KHB'nin arttığı görülmüştür. Tek değişkenli incelemelerde erkek hemşirelerde KHB daha az bulunmuşken, çoklu incelemelerde kadın ve erkek hemşireler arasında fark bulunamamıştır (74).
- Çalışma biçimleri ile alakalı etkenler: Nöbet, ekip ruhu, özürsüz işe gelmeme gibi sebeplerdir. KHB ile bu etkenler arasında bağlantı saptanmıştır. Nöbetlerde KHB uygulamaları daha azken (71), ayda iki ve ya daha çok işe gelmeyenlerin daha çok KHB'ye sebep oldukları bulunmuştur (72). Ekip ruhunun var olduğu birimlerde KHB daha az görülmüştür. Yapılan incelemelerde ekip içindeki güven, uyum, ortak paylaşım, maddi-manevi yardım ve ekip önderliği ön planda olan birimlerde KHB uygulamaları daha azdır (9,75).

## 2.10. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımının Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

*MISSCARE Survey* çalışmalarına göre KHB uygulamalarının temelinde üç faktör vardır. Bunlar; sağlık personeli, malzeme ve iletişim kaynaklı olmaktadır. Bu faktörlerin içeriğinde hemşirenin çalışma gücü, iletişim ve ekipman kaynaklı nedenler ile hasta

sayısında ki artış, acil vakaların artışı, malzeme ve ilaç yetersizliği, dengeli hasta dağıtılmamasıdır (9,10,13).

Yapılan incelemeler sonucunda KHB yönünden farklılığa sebep olan durumlar ise; iletişim, kurumun alt yapısı, ünitenin büyüklüğü, işe alım gücü, inanç/itimat ve kolektif oryantasyondur (75). Ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarında KHB sebepleri; yetersiz istihdam, yetersiz materyal/araç, yetersiz ekip ruhu/ekip gücü, yetersiz iletişim olarak belirlenmiştir (11).

KHB nedenlerinden biride devredilen görevdir. Hemşirelik işlerinin uygun olmayan biçimde devredilmesi ve devredilen işlerin yeterince gözlemlenmemesi KHB uygulamalarını arttırmaktadır (76). Bakım uygulamalarındaki ihmallerin sıklığı önemli problemlere yol açar ve bakımın hemşire dışındaki çalışanlara devredilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (77). Ayrıca hasta taburculuğunun erken yapılması ve KHB uygulamaları neticesinde basınç yaralanması, kazanılmış enfeksiyonlar gibi negatif çıktılara yol açmaktadır (76).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı**

Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırma Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Ana Hizmet Binası'nda; dahili klinikler (Onkoloji servisi, Palyatif servisi, Dahiliye servisi, Göğüs hastalıkları servisi, Kardiyoloji servisi, Psikiyatri servisi, Yara Bakım servisi, Nöroloji servisi, FTR servisi, İntaniye servisi, Yanık servisi), cerrahi klinikler (göz hastalıkları-plastik cerrahi servisi, ortopedi servisi, kulak burun boğaz hastalıkları ve üroloji servisi, genel cerrahi servisi, kvc servisi, beyin cerrahi servisi, göğüs cerrahi servisi, onkoloji cerrahi servisi), Yoğun Bakımlar (YB) (Anestezi ve reanimasyon YB, Acil YB, nöroloji YB, koroner YB, cerrahi YB, dahiliye YB, yanık YB, kalp ve damar cerrahi YB) ve acil servis birimlerinde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hemşirelerden 01.08.2020-01.02.2021 tarihleri arasında online anket olarak yapıldı. Araştırma, tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### **3.2. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nden etik kurul onayı alındı (Ek-2). Araştırmanın yürütülebilmesi için Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi ve Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alındı (Ek-3). Araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklandı. Araştırma yapılması için yazılı onamlar online olarak alındıktan sonra bilgilendirilmiş olur formu online alındı (Ek-5). Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanımı ile ilgili geçerlik güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan e-posta yolu ile izin alındı (Ek-6).

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Ana Hizmet Binası'nda acil, yoğun bakım, dahili klinik, cerrahi klinikte çalışan 450 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi, evrenin tamamına ulaşılması planlandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler çalışma dışında tutuldu ve çalışma (N=315) katılımcı ile tamamlandı. Evrenin %70'ine ulaşıldı.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

**Hemşireyi Tanıtıcı Bilgi Formu:** Hemşireyi Tanıtıcı Bilgi Formu literatür taraması sonucu oluşturuldu (11,78,79,80). Bunlar hemşirelerin; cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları

birim, çalışma yılı, haftalık çalışma saatleri, çalıştıkları pozisyondan memnuniyet düzeyleri gibi çalışma yaşamlarına yönelik 17 adet sorudan oluşturuldu (Ek-4).

**Cheltenham Hasta Sınıflama Ölçeği:** Hastaların bağımlılık seviyelerini bulmak amacıyla Cheltenham Hasta Sınıflama Ölçeği kullanılmıştır ve 4 adet soru içermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Yıldırım D. ve Oktay S. tarafından yapılmıştır (81).

Ölçekte; mobilizasyon, hijyen, yemek yeme ve zihinsel durum gibi dört ana bakım ölçütü yer almaktadır. Ölçütlerin her biri hastanın bakım gereksinimine göre 0 ile 4 arasında puanlanmakta ve bu dört ölçütten elde edilen toplam puana göre hastalar sınıflandırılması yapılmaktadır. Mobilizasyon ölçütünde; bağımsız hastaya 1 puan verilirken, ayağa kalkamayan, kesin yatak istirahatinde olan hastaya 4 puan verilmektedir. Hijyen ölçütünde; kendi kendine hijyen gereksinimini karşılayabilen hastaya 1 puan verilirken, hijyen gereksinimlerini karşılanmasında hemşireye tam bağımlı hastaya 4 puan verilmektedir. Yemek yeme ölçütünde; kendi yemeğini yiyebilen hastaya 1 puan, hemşire tarafından beslenen veya saatlik sıvı kısıtlaması yapılan hastaya 4 puan verilmektedir. Zihinsel durumda; oryantasyonu tam olan ve hemşireye ihtiyacı olmayan hastaya 0 puan, oryantasyonu tamamen bozuk yakın gözlem gerektiren hastaya 4 puan verilmektedir.

Toplam puan üzerinden; 1-3 puan arası Tip 1 hasta, 4-7 puan arası Tip 2 hasta, 8-11 puan arası Tip 3 hasta, 12-16 puan arası ise Tip 4 hasta grubuna dahil olmaktadır. Tip 1 hasta: hareket, hijyen ve beslenme yönünden bağımsız olan ve zihinsel yönden oryante hastayı, Tip 2 hasta: hareket, beslenme, hijyen yönünden bir hemşirenin yardımına gereksinimi olan, zihinsel yönden ara sıra dengesiz olan hastayı, Tip 3 hasta: hareket etmek için iki hemşirenin yardımına gereksinimi olan, idrar ve dışkılama kontrolünü sağlayamayan, beslenmesi nazogastrik yolla yapılan, oryante olmayan hastayı, Tip 4 hasta: hareketsiz, bakım yönünden tam bağımlı, total parenteral beslenen, zihinsel durum yönünden yakın takip gerektiren hastayı tanımlamaktadır. Tip 1 hasta kişisel bakımın sağlanması yönünden bağımsız olan hasta iken tip 4 hasta hemşireye tam bağımlı ve bakım ihtiyacı en fazla olan hastayı ifade etmektedir (82).(Ek-4). Verilerin topladığı dönemde hemşirelerin bakım verdiği hastaların bağımlılık düzeyi belirlenerek hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi ölçeği ile karşılaştırıldı.

**Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği:** Ölçek, hemşirelerin karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarını belirlemek için beşli likert tipinde 21 adet sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerin karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenleri

hakkındaki değerlendirmelerini belirlemek için dörtlü likert tipinde 16 adet soru kullanılmaktadır.

Ölçeğin ilk bölümünde KHB gereksinimlerinin miktarı; 1:Nadiren verilmiyor, 2:Bazen verilmiyor, 3:Sıklıkla verilmiyor, 4:Hiçbir zaman verilmiyor, 5:Uygun değil Őıklarını içeren beşli likert tipi ölçek yer almaktadır. İkinci bölümünde ise KHB nedenlerini 1:önemli bir neden, 2:Orta düzeyde bir neden, 3:Küçük bir neden, 4:Bakımın verilmemesi için bir neden değil Őıkları arasında değişen dörtlü likert tipi ölçek yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerden görüŐlerini ifade etmeleri istenmektedir.

Bu lek 2012 senesinde Terzioğlu ve Duygulu aracılığıyla Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve psikometrik uygunluğu araştırılmıştır. Ölçeğin yorumlanmasında, araŐtırılan durumun miktarının veya sıklığının artıp azaldığını gösteren, katılımcıların ulaŐacaęı herhangi bir puan aralığı yoktur. Ölçeğin ilk kısmında puan artışı KHB gereksiniminin miktarının arttığını ifade ederken, ikinci kısımdaki puan artışı KHB gereksiniminin nedenlerinin önem derecesini ifade etmektedir (12). Cevaplar göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların KHB konusunda algıladıkları sıklık miktarı ve nedenleri araŐtırıldı. (Ek-4).

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

**3.5.1. Bağımlı Değişkenler:** "Cheltenham Hasta Sınıflama leği ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi leği " den alınan puanlar araştırmanın bağımlı deęiŐkenini oluşturdu.

**3.5.2. Bağımsız Değişkenler:** Hemşirelerin; cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları birim, çalışma yılı, haftalık çalışma saatleri, çalışılan vardiya uzunluğu, çalışılan birimdeki hasta sayısı, çalışılan birimdeki toplam hemşire sayısı, çalışılan birimde sık karşılaşılan durumlar çalıştıkları pozisyondan memnuniyet düzeyleri gibi değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenleri oluşturdu.

### **3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmada veriler bilgisayar ortamında SPSS for Windows 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programı ile bilgisayara aktarıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ortalama±standart sapma ya da median ve interquartilerange (IQR) ile gösterildi. Normal dağılıma uygunluğu dikkate alınarak sosyodemografik özellikler ve tanıtıcı bilgiler gibi kesikli değişkenlerin

karşılaştırılmasında Ki-Kare Önemlilik Testi, iki grubun ölçek ortalamalarının karşılaştırıldığı durumlarda bağımsız gruplarda t Testi (Student t Testi) ya da Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ya da daha fazla grubun ölçek ortalamalarının karşılaştırıldığı durumlarda Kruskal Wallis Test ve farkın hangi gruptan kaynaklandığı post-hoc Mann Whitney U testi ile belirlendi. Yapılan ileri istatistik sonrası sonra farkın hangi gruptan kaynaklandığının tabloda gösteriminin anlaşılır olması için, üç veya daha fazla grubun ölçek puan ortalamalarının karşılaştırıldığı durumlarda fark (a-b, c) şeklinde gösterildi. Bu gösterimin anlamı; “a” ile işaretlenen değişkenin “b” ve “c” ile işaretlenen değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu, “b” ile “c” arasında kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı şeklinde açıklanır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri**

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Ana Hizmet Binası’nda acil, yoğun bakım, dahili klinik, cerrahi kliniklerin birinde araştırma süresince fiilen çalışıyor ve araştırmaya gönüllü katılıyor olmak.

#### 4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=315).

Hemşireyi Tanıtıcı Özellikler	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	264	83,8
Erkek	51	16,2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	54	17,1
Ön Lisans	53	16,8
Lisans	174	55,2
Yüksek Lisans	34	10,8
<b>Çalışma Yılı</b>		
1-5 Yıl	122	38,7
6-10 Yıl	68	21,6
11-15 Yıl	58	18,4
16 Yıl ve üzeri	67	21,3
<b>Çalışma Şekli</b>		
Gündüz mesaisi	148	47,0
Vardiyalı	167	53,0
<b>Çalıştığı Birim</b>		
Dahili klinik	119	37,8
Cerrahi klinik	80	25,4
Yoğun bakım	68	21,6
Acil	48	15,2
<b>Çalışılan vardiya uzunluğu</b>		
8 Saat	143	45,4
16 Saat	47	14,9
24 Saat	125	39,7
<b>Son 1 ayda çalışılan fazla mesai saati</b>		
Hiç	93	29,5
1-16 saat arası	91	28,9
17-48 saat arası	90	28,6
49 saatten fazla	41	13,0

**Tablo 4. 1. (Devamı) Hemşireleri Tanıtıcı Özellikleri (n = 315).**

<b>Çalışılan birimdeki hasta sayısı</b>		
5-10 hasta	57	18,1
11-15 hasta	78	24,8
16-20 hasta	94	29,8
21 ve üzeri hasta	86	27,3
<b>8 saatlik çalışmada bir hastaya ayrılan ortalama bakım süresi</b>		
15 dk ve altı	75	23,8
16-30 dk	133	42,2
31-45 dk	58	18,4
60 dk ve üzeri	49	15,6
<b>Çalışılan vardiyada ortalama bakım verilen hasta sayısı</b>		
1-3 hasta	65	20,6
4-6 hasta	82	26,0
7 hasta ve üzeri	168	53,3
<b>Çalışılan birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabiliyor mu?</b>		
Evet	91	28,9
Hayır	81	25,7
Kısmen	143	45,4
<b>Çalışılan birimdeki hemşire sayısı</b>		
3-6 hemşire	95	30,2
7-12 hemşire	160	50,8
13 ve üzeri hemşire	60	19,0
<b>Çalışılan birimdeki hemşire sayısı yeterli mi?</b>		
Evet	97	30,8
Hayır	218	69,2
<b>Çalıştığınız birimde sık karşılaşılan durumlar</b>		
<b>Hasta düşmeleri</b>		
Var	49	15,6
Yok	266	84,4
<b>Basınç yaralanması</b>		
Var	83	26,3
Yok	232	73,7

**Tablo 4. 1. (Devamı) Hemşireleri Tanıtıcı Özellikleri (n = 315).**

<b>Hastane enfeksiyon oranlarında artış</b>		
Var	139	44,1
Yok	176	55,9
<b>Yatış sürecinde uzama</b>		
Var	209	66,3
Yok	106	33,7
<b>Mortalite (ölüm) oranlarında artma</b>		
Var	83	26,3
Yok	232	73,7
<b>Tedavi ve bakım kaynaklı komplikasyon oranlarında artış</b>		
Var	78	24,8
Yok	237	75,2
<b>Mesleğinizi seviyor musunuz?</b>		
Evet	234	74,3
Hayır	81	25,7
<b>Kurumdan ayrılma düşüncesi oldu mu/var mı?</b>		
Evet	130	41,3
Hayır	113	35,9
Kararsızım	72	22,9
<b>Meslekten ayrılma düşüncesi oldu mu/var mı?</b>		
Evet	108	34,3
Hayır	153	48,6
Kararsızım	54	17,1

Tablo 4.1' de araştırmaya katılan hemşireleri tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin %83,8'nin (n=264) kadın olduğu, %55,2'sinin (n=174) lisans mezunu olduğu, %38,7'sinin (n=122) 1-5 yıldır çalıştığı, %53,0'ının (n=167) vardiyalı çalıştığı, %37,8'inin (n=119) dahili klinikte çalıştığı, %45,4'ünün (n=143) 8 saat vardiyada çalıştığı, %29,5'inin (n=93) son bir ayda hiç fazla mesai yapmadığı, %29,8'inin (n=94) çalıştığı birimde 16-20 hasta olduğu saptandı. İlaveten hemşirelerin %42,2'sinin (n=133) 8 saatlik vardiyasında baktığı hastaya 16-30 dk arası bakım verdiği, %53,3'ünün (n=168) 7 den fazla hasta baktığı, %45,4'ünün (n=143) hasta bakımına zaman ayırabilme durumuna

kısmen olarak cevap verdiği, %50,8'inin (n=160) 7-12 arası hemşire sayısı ile çalıştığı, %69,2'sinin (n=218) hemşire sayısını yeterli bulmadığı bulundu.

Ayrıca hemşirelerin %74,3'ünün (n=234) mesleğini sevdiği, %41,3'ünün (n=130) kurumdan ayrılmak istediği, %48,6'sının (n=153) meslekten ayrılma düşüncesinin olmadığı bulundu.

Çalıştıkları birimlerde en sık karşılaşılan durumlar değerlendirildiğinde hemşirelerin; %84,4'ü (n=266) hasta düşmelerinin olmadığını, %73,7'si (n=232) basınç yaralanması olmadığını, %55,9'u (n=176) hastane enfeksiyon oranlarında artış olmadığını, %73,7'si (n=232) mortalite oranlarında artış olmadığını, %75,2'si (n=237) tedavi ve bakım kaynaklı komplikasyon oranlarında artış olmadığını, %66,3'ü (n=209) hastanede yatış sürecinin uzadığını ifade etti.

**Tablo 4. 2. Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastaların Cheltenham'ın Hasta Sınıflama Ölçeği'ne Göre Sınıflandırılması Ve Hemşirelere Göre Dağılımı (N=315).**

	<b>Hastaların Puan Aralığı</b>	<b>Bakım veren Hemşireler N Sayı</b>	<b>% Yüzde</b>
<b>Hasta Sınıfı (ORT±SS) (2,3651±1,03292)</b>			
<b>Tip 1 Hasta</b>	1-3	70	22,2
<b>Tip 2 Hasta</b>	4-7	121	38,4
<b>Tip 3 Hasta</b>	8-11	63	20,0
<b>Tip 4 Hasta</b>	12-16	61	19,4
<b>TOPLAM</b>	1-16	315	100

Tablo 4.2'de hemşirelerin bakım verdiği hastalar Cheltenham'ın Hasta Sınıflama Ölçeği'ne göre sınıflandırıldı ve hemşirenin hangi sınıftan hastalara bakım verdiği tespit edildi. Hemşirelerin %22,2'sinin (n=70) Tip 1 hasta grubuna, %38,4'ünün (n=121) Tip 2 hasta grubuna, %20,0'ının (n=63) Tip 3 hasta grubuna, %19,4'ünün (n=61) Tip 4 hasta grubuna bakım verdiği bulundu.

**Tablo 4. 3. Hemşirelerin Bakım Verdiği Hastaların Cheltenham'ın Hasta Sınıflama Ölçeğine Göre Dağılımı (N=315).**

<b>Cheltenham'ın Hasta Sınıflama Ölçeği</b>	<b>N (Sayı)</b>	<b>% (Yüzde)</b>
<b>Bakım verilen hastayı Hareket/mobilizasyon yönünden değerlendirme</b>		
Bağımsız	112	35,6
Bir hemşirenin yardımına ihtiyacı var	131	41,6
İki hemşirenin yardımına ihtiyacı var	49	15,6
Sedye/sandalye ile dolaşır. Kesin yatak istirahatinde ayağa kalkamaz.	23	7,3
<b>Bakım verilen hastayı Hijyen yönünden değerlendirme</b>		
Kendi kendine banyo yapabilir	134	42,5
Bir hemşirenin yardımına ihtiyacı var	105	33,3
İnkontinans (defekasyon ve miksiyon kontrolü yok)	19	6,0
Altına bez konuyor/İki hemşireye ihtiyacı var	57	18,1
<b>Bakım verilen hastayı Yemek Yeme yönünden değerlendirme</b>		
Kendi kendine yiyebilir	185	58,7
Yiyeceklerini parçalamak için bir hemşireye ihtiyaç duyar.	57	18,1
Nazogastrik yolla beslenme	37	11,7
IV sıvı ile besleniyor/TPN ( total parenteral beslenme)	36	11,4
<b>Bakım verilen hastaları Mental Durum yönünden değerlendirme</b>		
Hemşireye ihtiyacı yok (zamana ve çevreye oryante)	119	37,8
Bazen dengesiz	124	39,4
Yakın gözlem	72	22,9

Bakım verilen hasta grupları değerlendirildiğinde hemşirelerin %41,6'sının (n=131) bakım verdiği hastaların hareketini sağlayabilmesi için bir hemşireye ihtiyacı olduğu, %42,5'inin (n=134) bakım verdiği hastaların kendi kendine banyo yapabildiği, %58,7'sinin (n=185) bakım verdiği hastaların kendi kendine yemeğini yiyebildiği, %39,4'ünün (n=124) bakım verdiği hastaların mental yönden bazen dengesiz olduğu belirlendi.

**Tablo 4. 4. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Miktarı (N = 315).**

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Miktarı	Nadiren Verilmiyor		Bazen Verilmiyor		Sıklıkla Verilmiyor		Hiç bir zaman Verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma	102	32,4	77	24,4	35	11,1	16	5,1	85	27,0
Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	121	38,4	74	23,5	39	12,4	19	6,0	62	19,7
Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	107	34,0	75	23,8	35	11,1	24	7,6	74	23,5
Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	169	53,7	44	14,0	22	7,0	9	2,9	71	22,5
İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	170	54,0	58	18,4	16	5,1	15	4,8	56	17,8
Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	194	61,6	46	14,6	19	6,0	13	4,1	43	13,7
Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	180	57,1	47	14,9	12	3,8	24	7,6	52	16,5
Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	217	68,9	34	10,8	11	3,5	8	2,5	45	14,3
Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	178	56,5	53	16,8	25	7,9	8	2,5	51	16,2
Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	159	50,5	68	21,6	43	13,7	8	2,5	37	11,7
Hastaya banyo yaptırılması /cilt bakımı verilmesi	116	36,8	54	17,1	53	16,8	14	4,4	78	24,8
Hastaya ağız bakımı verilmesi	128	40,6	65	20,6	39	12,4	15	4,8	68	21,6
Ellerin yıkanması	191	60,6	35	11,1	15	4,8	11	3,5	63	20,0
Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	188	59,7	47	14,9	19	6,0	9	2,9	52	16,5
İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	212	67,3	40	12,7	10	3,2	11	3,5	42	13,3

**Tablo 4. 4. (Devamı) Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Miktarı (N= 315).**

Her şifte hastanın değerlendirilmesi	194	61,6	46	14,6	15	4,8	12	3,8	48	15,2
Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirilmesi	219	69,5	34	10,8	13	4,1	12	3,8	37	11,7
Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	204	64,8	30	9,5	4	1,3	12	3,8	65	20,6
Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	205	65,1	41	13,0	19	6,0	5	1,6	45	14,3
Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	198	62,9	53	16,8	19	6,0	8	2,5	37	11,7
Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	172	54,6	56	17,8	18	5,7	6	1,9	63	20,0

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan hemşirelerin ifadelerine göre karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin miktarı gösterilmiştir.

**Sıklıkla verilmeyen hemşirelik bakım gereksinimleri miktarı incelendiğinde;**

Hastayı günde c kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma %11,1, her iki saatte bir hastanın çevrilmesi %12,4, hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi %11,1 olduğu bulundu. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi %7,0, ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi %5,1, hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi %6,0, hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi %3,8 olduğu saptandı. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi %3,5, hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi; %7,9, hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi %13,7 bulundu.

Hastaya banyo yaptırılması/cilt bakımı verilmesi %16,8, hastaya ağız bakımı verilmesi %12,4, ellerin yıkanması %4,8, taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme %6,0 belirlendi. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması %3,2, her şifitte hastanın değerlendirilmesi %4,8, hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi %4,1, ağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi %1,3 bulundu. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması %6,0, verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi %6,0, hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi %5,7 saptandı.

**Tablo 4. 5. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Nedenleri (N = 315).**

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Nedenleri	Önemli bir neden		Orta düzeyde bir neden		Küçük bir neden		Bakımın verilmemesi için neden değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>İş Gücü Kaynakları</b>								
Çalışan personel sayısının yetersizliği	264	83,8	24	7,6	12	3,8	15	4,8
Acil hasta durumu	241	76,5	52	16,5	10	3,2	12	3,8
Hasta sayısındaki beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk	249	79,0	48	15,2	8	2,5	10	3,2
Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği	235	74,6	58	18,4	9	2,9	13	4,1
<b>Malzeme Kaynakları</b>								
Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	221	70,2	44	14,0	27	8,6	23	7,3
Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	234	74,3	44	14,0	22	7,0	15	4,8
Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	233	74,0	40	12,7	27	8,6	15	4,8
<b>İletişim / takım çalışması</b>								
Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	187	59,4	73	23,2	33	10,5	22	7,0
Hasta dağılımındaki dengesizlik	200	63,5	73	23,2	22	7,0	20	6,3
Önceki siften ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	182	57,8	71	22,5	34	10,8	28	8,9
Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması	201	63,8	69	21,9	27	8,6	18	5,7
Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	197	62,5	69	21,9	34	10,8	15	4,8
Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu ya da gerginlik	186	59,0	76	24,1	29	9,2	24	7,6
Hemşireler arasında oluşan gerginlik ya da iletişim kopukluğu	192	61,0	65	20,6	32	10,2	26	8,3
Doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	216	68,6	47	14,9	26	8,3	26	8,3
Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşamaması	183	58,1	51	16,2	39	12,4	42	13,3

Tablo 4.5’de hemşirelerin verilmeyen hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerine dair değerlendirmeleri yer almaktadır.

**Bakımın verilmemesi için önemli bir neden ifadelerine yönelik hemşirelik bakım gereksinimleri nedenleri incelendiğinde;**

İş gücü kaynakları içerisinde, çalışan personel sayısının yetersizliği %83,8, acil hasta durumu %76,5, hasta sayısındaki beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk %79,0, yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği %74,6 olarak bulundu.

Malzeme kaynakları içerisinde, gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması %70,2, gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması %74,3, gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması %74,0 saptandı.

İletişim /takım çalışması kaynakları içerisinde, serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması %59,4, hasta dağılımındaki dengesizlik %63,5, önceki siften ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi %57,8, diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması %63,8 şeklinde belirlendi. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması %62,5, diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu ya da gerginlik %59,0, hemşireler arasından oluşan gerginlik ya da iletişim kopukluğu %61,0 olarak bulundu. Doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu %68,6, hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşamaması %58,1 şeklinde bulundu.

**Tablo 4. 6. Cheltenham Ve KHB Ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  Güvenirlik Katsayıları Ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Ölçek	N	Cronbach $\alpha$	Ölçeğin alt ve üst değerleri	$\bar{x}\pm SS$
*CHELTENHAM	315	0,85	3-16	7,4 $\pm$ 3,90
** KHBÖ BÖLÜM 1	315	0,93	21-105	44,84 $\pm$ 21,21
***KHBÖ BÖLÜM 2	315	0,93	16-64	24,43 $\pm$ 9,79

\*CHELTENHAM: Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği

\*\* KHBÖ BÖLÜM 1: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

\*\*\*KHBÖ BÖLÜM 2: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Nedenleri

Tablo 4.6 incelendiğinde Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  güvenirlik katsayısı 0.85 olarak tespit edildi. Hastaların bu ölçekten en düşük 3, en yüksek 16 puan alındığı ve puan ortalamalarının 7,4 $\pm$ 3,90 olduğu saptandı.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği Bölüm 1 Cronbach  $\alpha$  güvenirlik katsayısı ise 0,93 olarak tespit edildi. Bu ölçekten en düşük 21, en yüksek 105 puan alındığı ve puan ortalamalarının 44,84 $\pm$ 21,21 olduğu saptandı.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği Bölüm 2 Cronbach  $\alpha$  güvenirlik katsayısı yine 0,93 olarak tespit edildi. Bu ölçekten en düşük 16, en yüksek 64 puan alındığı ve puan ortalamalarının 24,43 $\pm$ 9,79 olduğu saptandı.

**Tablo 4. 7. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastaların Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeğinden Aldıkları Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=315).**

CHELTENHAM HASTA SINIFLANDIRMA ÖLÇEĞİ						
ÖZELLİKLER	Ort±SS	Mak.	Min.	IQR	Median	Test (z, x <sup>2</sup> ) p
<b>1. Cinsiyet</b>						
Kadın (n=264)	7,22±3,90	16	3	6,75	6,0	z=-2,056 <b>p=0,040*</b>
Erkek (n=51)	8,33±3,79	16	3	7,0	7,0	
<b>2. Eğitim durumu</b>						
Lise (n=54)	7,25±3,48	16	3	3,25	7,0	x <sup>2</sup> =3,107 p=0,375
Ön Lisans (n=53)	6,86±3,22	16	3	4,0	6,0	
Lisans (n=174)	7,37±4,08	16	3	7,0	6,5	
Yüksek Lisans (n=34)	2,15±1,10	16	3	8,25	8,5	
<b>3. Çalışma yılı</b>						
1-5 Yıl (n=122)	7,28±3,61	16	3	4,0	6,0	x <sup>2</sup> =0,102 p=0,992
6-10 Yıl (n=68)	7,82±4,63	16	3	7,0	7,0	
11-15 Yıl (n=58)	7,34±3,97	16	3	6,5	6,0	
16 Yıl ve üzeri (n=67)	7,23±3,59	16	3	6,0	7,0	
<b>4. Çalışma şekli</b>						
Gündüz mesaisi (n=148)	6,81±3,68	16	3	5,0	6,0	z=-2,386 <b>p=0,017*</b>
Vardiyalı (n=167)	7,92±4,03	16	3	7,0	7,0	
<b>5. Çalışılan birim</b>						
Dahili klinik (n=119) <sup>a</sup>	5,98±3,36	16	3	4,0	5,0	x <sup>2</sup> =108,521 <b>p&lt;0,0001*</b> (c-a,b,d)
Cerrahi klinik (n=80) <sup>b</sup>	6,48±2,90	15	3	3,75	6,0	
Yoğun bakım (n=68) <sup>c</sup>	12,04±2,84	16	3	4,0	13,0	
Acil (n=48) <sup>d</sup>	5,87±2,77	16	3	5,0	5,5	
<b>6. Çalışılan vardiya uzunluğu</b>						
8 Saat (n=143)	6,21±3,54	16	3	5,0	6,0	x <sup>2</sup> =4,812 p=0,090
16 Saat (n=47)	8,14±4,17	16	3	8,0	7,0	
24 Saat (n=125)	7,80±4,12	16	3	7,0	7,0	
<b>7. Son 1 ayda çalışılan fazla mesai saati</b>						
Hiç (n=93) <sup>a</sup>	6,65±3,93	16	3	5,0	6,0	x <sup>2</sup> =9,612 <b>p=0,022*</b> (a-c,d)
1-16 saat arası (n=91) <sup>b</sup>	7,06±3,47	16	3	5,0	7,0	
17-48 saat arası (n=90) <sup>c</sup>	8,10±3,94	16	3	6,25	7,0	
49 saatten fazla (n=41) <sup>d</sup>	8,31±4,33	15	3	8,0	8,0	
<b>8. Çalışılan birimdeki hasta sayısı</b>						
5-10 hasta (n=57) <sup>a</sup>	8,89±4,15	16	3	7,5	8,0	x <sup>2</sup> =29,447 <b>p&lt;0,0001*</b> (d-a,b,c)
11-15 hasta (n=78) <sup>b</sup>	8,46±4,50	16	3	9,0	8,0	
16-20 hasta (n=94) <sup>c</sup>	7,24±3,32	16	3	4,0	7,0	
21 ve üzeri hasta (n=86) <sup>d</sup>	5,62±2,96	15	3	4,0	5,0	
<b>9. 8 saatlik çalışmada bir hastaya ayrılan ortalama bakım süresi</b>						
15 dk ve altı (n=75) <sup>a</sup>	5,81±3,39	16	3	3,0	5,0	x <sup>2</sup> =44,340 <b>p&lt;0,0001*</b> (d-a,b)
16-30 dk (n=133) <sup>b</sup>	6,66±3,34	16	3	5,0	6,0	
31-45 dk (n=58) <sup>c</sup>	8,54±3,96	16	3	7,0	10	
60 dk ve üzeri (n=49) <sup>d</sup>	9,26±4,22	16	3	9,0	9,0	

**Tablo 4. 7. (Devamı) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastaların Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeğinden Aldıkları Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=315).**

<b>10. Çalışılan vardiyalarda bakım verilen ortalama hasta sayısı</b>						
1-3 hasta(n=65) <sup>a</sup>	8,21±4,39	16	3	7,0	8,5	$\chi^2=18,444$ <b>p&lt;0,0001*</b> (c-a,b)
4-6 hasta (n=82) <sup>b</sup>	8,57±3,85	16	3	6,25	8,5	
7 hasta ve üzeri (n=168) <sup>c</sup>	6,51±3,52	16	3	5,0	6,0	
<b>11.Çalışılan birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme durumu</b>						
Evet (n=91) <sup>a</sup>	8,34±4,26	16	3	7,0	6,0	$\chi^2=8,980$ <b>p=0,011*</b> (a-b)
Hayır (n=81) <sup>b</sup>	6,48±3,62	16	3	6,0	5,0	
Kısmen (n=143) <sup>c</sup>	7,32±3,70	16	3	5,0	7,0	
<b>12.Çalışılan birimdeki toplam hemşire sayısı</b>						
3-6 hemşire (n=95) <sup>a</sup>	6,82±3,81	16	3	5,0	6,0	$\chi^2=13,050$ <b>p=0,001*</b> (c-a,b)
7-12 hemşire (n=160) <sup>b</sup>	7,06±3,60	16	3	5,0	6,0	
13ve üzeri hemşire(n=60) <sup>c</sup>	9,21±4,34	16	3	8,0	9,5	
<b>13.Çalışılan birimdeki hemşire sayısı yeterlilik durumu</b>						
Evet (n=97)	7,15±3,86	16	3	6,0	6,0	z=-0,798 p=0,425
Hayır (n=218)	7,51±3,92	16	3	6,0	7,0	
<b>14.Çalıştığınız birimde sık karşılaşılan durumlar</b>						
<b>Hasta düşmeleri</b>						
Var (n=49)	7,32±3,14	16	3	4,0	7,0	z=-0,612 p=0,541
Yok (n=266)	7,41±4,03	16	3	7,0	6,0	
<b>Basınç yaralanması</b>						
Var (n=83)	9,63±4,10	16	3	7,0	9,0	z= -5,861 <b>p&lt;0,0001*</b>
Yok (n=232)	6,60±3,50	16	3	6,0	6,0	
<b>Hastane enfeksiyon oranlarında artış</b>						
Var (n=139)	8,56±3,77	16	3	6,0	8,0	z=-5,338 <b>p&lt;0,0001*</b>
Yok (n=176)	6,48±3,76	16	3	6,0	5,0	
<b>Yatış sürecinde uzama</b>						
Var (n=209)	8,15±3,97	16	3	6,0	7,0	z=-5,011 <b>p&lt;0,0001*</b>
Yok (n=106)	5,91±3,29	16	3	5,0	5,0	
<b>Mortalite (ölüm) oranlarında artma</b>						
Var (n=83)	9,16±4,00	16	3	7,0	9,0	z=-4,756 <b>p&lt;0,0001*</b>
Yok (n=232)	6,77±3,67	16	3	6,0	7,0	
<b>Tedavi ve bakım kaynaklı komplikasyon oranlarında artış</b>						
Var (n=78)	7,73±3,23	16	3	4,0	7,0	z=-1,858 p=0,063
Yok (n=237)	7,29±4,10	16	3	7,0	6,0	
<b>15.Mesleği sevmeye durumu</b>						
Evet (n=234)	7,33±3,84	16	3	6,0	6,0	z=-0,326 p= 0,744
Hayır (n=81)	7,59±4,09	16	3	8,0	7,0	
<b>16. Kurumdan ayrılma düşüncesi</b>						
Evet (n=130)	7,64±4,02	16	3	6,25	8,0	$\chi^2=0,750$ p= 0,687
Hayır (n=113)	7,28±3,83	16	3	4,5	6,0	
Kararsızım (n=72)	7,15±3,81	16	3	7,0	6,5	
<b>17.Meslekten ayrılma düşüncesi</b>						
Evet (n=108)	7,66±4,39	16	3	9,0	6,0	$\chi^2=0,160$ p=0,923
Hayır (n=153)	7,21±3,63	16	3	6,0	6,0	
Kararsızım (n=54)	7,40±3,62	16	3	5,0	7,0	

Z= Mann Whitney U Test;  $\chi^2=Kruskal Wallis Test$ ; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.7’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği medyan değerlerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeğinden aldığı medyan değerleri karşılaştırıldığında erkek hemşirelerin hastalarının bakım verdiği hastaların medyan değerleri daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $z=-2,056$ ,  $p=0,040$ ). Hemşirelerin çalışma şekline göre bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $z=-2,386$ ,  $p=0,017$ ). Hemşirelerin çalıştığı birimlere göre bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri en yüksek bağımlılık düzeyi olan hastalara yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bakım verdiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $\chi^2=108,521$ ,  $p<0,0001$ ). Yapılan ileri istatistikte (ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U) farkın yoğun bakımdaki hemşirelerin bakım verdiği hastaların daha bağımlı olmasından kaynaklandığı bulundu. Hemşirelerin son 1 ayda çalışılan fazla mesai saatine göre bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeğinden aldıkları puan medyan değerleri karşılaştırıldığında hiç fazla mesaisi olmayan hemşirelerin hastalarının ölçek puan medyanlarının en düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2=9,612$ ,  $p=0,022$ ). Hemşirelerin çalıştığı birimdeki hasta sayısına göre bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2=29,447$ ,  $p<0,0001$ ). Yapılan ileri istatistikte hasta sayısı fazla olan kliniklerde çalışan (21 hasta ve üzeri) hemşirelerin en düşük bağımlılık düzeyine sahip hastalara bakım verdiği bulundu. Hemşirenin 8 saatlik çalışmasında bir hastaya ayrılan ortalama bakım süresine göre bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında bakıma 60 dk ve üzeri zaman ayıran hemşirelerin en bağımlı hastalara baktığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2=44,340$ ,  $p<0,0001$ ). Çalışılan vardiyalarda bakım verilen ortalama hasta sayısına göre hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2=18,44$ ,  $p<0,0001$ ). Yapılan ileri istatistikte farkın 7 hasta ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerden kaynaklandığı ve bu hemşirelerin bakım verdiği hastaların en düşük bakım bağımlılığına sahip olduğu saptandı. Çalışılan birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme durumuna göre hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında “hayır” cevabını veren hemşirelerin bakım verdiği hastaların

en düşük bağımlılık düzeyine sahip olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2=8,980$ ,  $p=0,011$ ). Çalışılan birimdeki toplam hemşire sayısına göre hemşirelerin bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında ve 13 ve üzeri hemşire çalışan kliniklerde bakım verilen hastaların bağımlılık düzeyi medyan değerinin en yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2=13,050$ ,  $p=0,001$ ).

Çalıştığınız birimde sık karşılaşılan durumlardan;

Basınç yaralanmasına göre Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında “var” cevabını veren hemşirelerin bakım verdiği hastaların medyan değerinin yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $z=-5,861$ ,  $p<0,0001$ ). Hastane enfeksiyon oranlarında artışa göre hemşirelerin bakım verdiği hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında “var” cevabını veren hemşirelerin hastalarının bakım bağımlılığının yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $z=-5,338$ ,  $p<0,0001$ ). Yatış sürecinde uzamaya göre hemşirelerin bakım verdiği hastaların bakım bağımlılığı karşılaştırıldığında “var” cevabını veren hemşirelerin hastalarının bakım bağımlılığının yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $z=-5,011$ ,  $p<0,0001$ ). Mortalite (ölüm) oranlarında artmaya göre Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında “var” cevabını veren hemşirelerin hasta bakım bağımlılığının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $z=-4,756$ ,  $p<0,0001$ ).

Hemşirelerin eğitim durumu, çalışma yılı, çalışılan vardiya uzunluğu, çalışılan birimdeki hemşire sayısı yeterlilik durumu, çalışılan birimde sık karşılaşılan durumlardan hasta düşmeleri-tedavi ve bakım kaynaklı komplikasyon oranlarında artış değişkenlerine göre bakım verdikleri hastalarının Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeğinden aldıkları median değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Aynı zamanda hemşirenin mesleğini sevmesi, kurumdan ayrılma düşüncesi ve meslekten ayrılma düşüncesine göre hemşirelerin bakım verdikleri hastaların Cheltenham hasta sınıflandırma ölçeğinden aldıkları medyan değerleri incelendiğinde benzer değerlerin olduğu bulundu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4. 8. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHB Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=315).**

KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ						
ÖZELLİKLER	Ort±SS	Mak.	Min.	IQR	Median	Test(z, x <sup>2</sup> ) p
<b>1. Cinsiyet</b>						
Kadın (n=264)	2,16±1,02	5,00	1,00	1,14	1,90	z=-1,062 p=0,288
Erkek (n=51)	1,99±0,94	5,00	1,00	1,14	1,66	
<b>2. Eğitim durumu</b>						
Lise (n=54)	2,41±1,23	5,00	1,00	2,02	2,07	x <sup>2</sup> =2,424 p=0,489
Ön Lisans (n=53)	2,12±0,99	5,00	1,00	1,29	1,80	
Lisans (n=174)	2,08±0,97	5,00	1,00	1,00	1,85	
Yüksek Lisans (n=34)	1,96±0,73	5,00	1,00	1,21	1,85	
<b>3. Çalışma yılı</b>						
1-5 Yıl (n=122)	2,20±1,12	5,00	1,00	1,54	1,83	x <sup>2</sup> =0,932 p=0,818
6-10 Yıl (n=68)	2,15±0,92	5,00	1,00	1,08	2,04	
11-15 Yıl (n=58)	2,07±0,88	5,00	1,00	0,80	1,85	
16 Yıl ve üzeri (n=67)	2,04±0,93	5,00	1,00	1,14	1,80	
<b>4. Çalışma şekli</b>						
Gündüz mesaisi (n=148)	2,19±1,15	5,00	1,00	1,26	1,85	z=-0,473 p=0,636
Vardiyalı (n=167)	2,08±0,86	5,00	1,00	1,00	1,90	
<b>5. Çalışılan birim</b>						
Dahili klinik (n=119)	2,07±1,01	5,00	1,00	1,10	1,85	x <sup>2</sup> =1,829 p= 0,609
Cerrahi klinik (n=80)	2,20±1,08	5,00	1,00	1,19	1,95	
Yoğun bakım (n=68)	2,03±0,77	5,00	1,00	0,99	1,90	
Acil (n=48)	2,31±1,15	5,00	1,00	1,70	1,95	
<b>6. Çalışılan vardiya uzunluğu</b>						
8 Saat (n=143)	2,15±1,10	5,00	1,00	1,19	1,85	x <sup>2</sup> =0,264 p=0,876
16 Saat (n=47)	2,10±0,85	5,00	1,00	1,00	1,85	
24 Saat (n=125)	2,12±0,96	5,00	1,00	1,14	1,90	
<b>7. Son 1 ayda çalışılan fazla mesai saati</b>						
Hiç (n=93)	2,18±1,16	5,00	1,00	1,29	1,90	x <sup>2</sup> =0,428 p=0,932
1-16 saat arası (n=91)	2,13±0,93	5,00	1,00	1,00	2,00	
17-48 saat arası (n=90)	2,10±0,95	5,00	1,00	1,04	1,85	
49 saatten fazla (n=41)	2,08±0,95	5,00	1,00	1,26	1,90	
<b>8. Çalışılan birimdeki hasta sayısı</b>						
5-10 hasta (n=57)	1,96±0,82	5,00	1,00	0,95	1,90	x <sup>2</sup> =1,099 p=0,777
11-15 hasta (n=78)	2,06±0,91	5,00	1,00	1,00	1,90	
16-20 hasta (n=94)	2,16±1,05	5,00	1,00	1,35	1,85	
21 ve üzeri hasta (n=86)	2,27±1,14	5,00	1,00	1,58	1,90	
<b>9.8 saatlik çalışmada bir hastaya ayrılan ortalama bakım süresi</b>						
15 dk ve altı (n=75)	2,33±1,07	5,00	1,00	1,48	2,14	x <sup>2</sup> =5,297 p=0,151
16-30 dk (n=133)	2,15±1,06	5,00	1,00	1,19	1,85	
31-45 dk (n=58)	1,92±0,88	5,00	1,00	0,88	1,61	
60 dk ve üzeri (n=49)	2,02±0,85	5,00	1,00	0,98	1,85	

**Tablo 4. 8. (Devamı ) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHB Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=315).**

<b>10. Çalışılan vardiyalarda bakım verilen ortalama hasta sayısı</b>						
1-3 hasta(n=65)	1,97±0,79	5,00	1,00	0,95	1,85	$x^2=1,704$ $p=0,427$
4-6 hasta (n=82)	2,07±0,98	5,00	1,00	1,26	1,78	
7 hasta ve üzeri (n=168)	2,22±1,08	5,00	1,00	1,17	1,95	
<b>11.Çalışılan birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme durumu</b>						
Evet (n=91)	2,10±1,06	5,00	1,00	1,24	1,90	$x^2=0,849$ $p=0,654$
Hayır (n=81)	2,18±1,02	5,00	1,00	1,17	2,00	
Kısmen (n=143)	2,12±0,97	5,00	1,00	1,05	1,85	
<b>12.Çalışılan birimdeki toplam hemşire sayısı</b>						
3-6 hemşire (n=95)	2,21±1,08	5,00	1,00	1,29	1,95	$x^2=2,957$ $p=0,228$
7-12 hemşire (n=160)	2,02±0,91	5,00	1,00	1,04	1,85	
13 ve üzeri hemşire(n=60)	2,29±1,11	5,00	1,00	1,23	1,95	
<b>13.Çalışılanbirimdeki hemşire sayısı yeterlilik durumu</b>						
Evet (n=97)	2,13±1,00	5,00	1,00	1,21	1,90	$z=-0,005$ $p=0,996$
Hayır (n=218)	2,13±1,01	5,00	1,00	1,11	1,85	
<b>14.Çalıştığınız birimde sık karşılaşılan durumlar</b>						
<b>Hasta düşmeleri</b>						
Var (n=49)	2,16±0,96	5,00	1,00	1,07	1,85	$z=-0,598$ $p=0,550$
Yok (n=266)	2,13±1,02	5,00	1,00	1,14	1,85	
<b>Basınc yaralanması</b>						
Var (n=83)	2,12±1,00	5,00	1,00	0,95	1,85	$z=-0,150$ $p=0,881$
Yok (n=232)	2,13±1,01	5,00	1,00	1,14	1,90	
<b>Hastane enfeksiyon oranlarında artış</b>						
Var (n=139)	2,03±0,93	5,00	1,00	0,90	1,80	$z=-1,430$ $p=0,153$
Yok (n=176)	2,21±1,05	5,00	1,00	1,36	2,00	
<b>Yatış sürecinde uzama</b>						
Var (n=209)	2,04±0,87	5,00	1,00	1,00	1,85	$z=-1,001$ $p=0,317$
Yok (n=106)	2,32±1,21	5,00	1,00	1,71	1,88	
<b>Mortalite (ölüm) oranlarında artma</b>						
Var (n=83)	2,08±0,90	5,00	1,00	0,90	1,85	$z=-0,027$ $p=0,978$
Yok (n=232)	2,15±1,04	5,00	1,00	1,19	1,90	
<b>Tedavi ve bakım kaynaklı komplikasyon oranlarında artış</b>						
Var (n=78)	2,11±0,95	5,00	1,00	1,01	1,92	$z=-0,164$ $p=0,870$
Yok (n=237)	2,14±1,02	5,00	1,00	1,24	1,85	
<b>15.Mesleği sevme durumu</b>						
Evet (n=234)	2,09±0,98	5,00	1,00	1,10	1,85	$z=-1,103$ $p=0,270$
Hayır (n=81)	2,25±1,07	5,00	1,00	1,31	1,90	
<b>16. Kurumdan ayrılma düşüncesi</b>						
Evet (n=130)	2,13±0,96	5,00	1,00	1,30	1,90	$x^2=0,144$ $p=0,931$
Hayır (n=113)	2,20±1,13	5,00	1,00	1,13	1,76	
Kararsızım (n=72)	2,02±0,86	5,00	1,00	0,93	1,92	
<b>17.Meslekten ayrılma düşüncesi</b>						
Evet (n=108)	2,14±1,03	5,00	1,00	1,42	1,85	$x^2=0,024$ $p=0,988$
Hayır (n=153)	2,15±1,04	5,00	1,00	1,10	1,85	
Kararsızım (n=54)	2,05±0,85	5,00	1,00	1,01	1,97	

Z= Mann Whitney U Test;  $x^2$ = Kruskal Wallis Test;  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.8’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre KHB Gereksinimleri Ölçeği medyan değerlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma yılı ve şekli, çalıştığı birim, çalışılan vardiya uzunluğu, çalışılan fazla mesai saati, hasta sayısı, bir hastaya verdiği ortalama bakım sũresi, bakıma yeterince zaman ayırma durumu gibi değişkenlere gũre KHB Gereksinimleri Ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

İlaveten hemşire sayısı ve yeterlilik durumu, çalışılan birimde sık karşılaşılan durumlar, mesleği sevme durumu, kurumdan ayrılma dũřũncesi gibi değişkenlere gũre KHB Gereksinimleri Ölçeği medyan değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 9. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=315).**

<b>KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ NEDENLERİ ÖLÇEĞİ</b>						
<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Mak.</b>	<b>Min.</b>	<b>IQR</b>	<b>Median</b>	<b>Test(z, x<sup>2</sup>) p</b>
<b>1. Cinsiyet</b>						
Kadın (n=264)	1,39±0,69	4,00	1,00	1,00	1,00	z=-,353 p=0,724
Erkek (n=51)	1,48±0,76	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>2. Eğitim durumu</b>						
Lise (n=54)	1,43±0,80	4,00	1,00	0,63	1,00	x <sup>2</sup> =0,452 p=0,929
Ön Lisans (n=53)	1,40±0,64	4,00	1,00	1,00	1,00	
Lisans (n=174)	1,41±0,73	4,00	1,00	1,00	1,00	
Yüksek Lisans (n=34)	1,32±0,45	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>3. Çalışma yılı</b>						
1-5 Yıl (n=122)	1,35±0,65	4,00	1,00	0,50	1,00	x <sup>2</sup> =1,469 p=0,690
6-10 Yıl (n=68)	1,52±0,88	4,00	1,00	1,00	1,00	
11-15 Yıl (n=58)	1,46±0,75	4,00	1,00	1,00	1,00	
16 Yıl ve üzeri (n=67)	1,32±0,52	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>4. Çalışma şekli</b>						
Gündüz mesaisi (n=148)	1,40±0,71	4,00	1,00	0,88	1,00	z=-0,291 p=0,771
Vardiyalı (n=167)	1,40±0,69	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>5. Çalışılan birim</b>						
Dahili klinik (n=119)	1,57±0,75	4,00	1,00	1,00	1,00	x <sup>2</sup> =7,499 p=0,058
Cerrahi klinik (n=80)	1,24±0,56	4,00	1,00	0,00	1,00	
Yoğun bakım (n=68)	1,45±0,67	4,00	1,00	1,00	1,00	
Acil (n=48)	1,42±0,81	4,00	1,00	0,50	1,00	
<b>6. Çalışılan vardiya uzunluğu</b>						
8 Saat (n=143)	1,43±0,73	4,00	1,00	1,00	1,00	x <sup>2</sup> =3,148 p=0,207
16 Saat (n=47)	1,46±0,67	4,00	1,00	1,00	1,00	
24 Saat (n=125)	1,34±0,68	4,00	1,00	0,50	1,00	
<b>7. Son 1 ayda çalışılan fazla mesai saati</b>						
Hiç (n=93)	1,39±0,73	4,00	1,00	0,75	1,00	x <sup>2</sup> =2,835 p=0,418
1-16 saat arası (n=91)	1,47±0,78	4,00	1,00	1,00	1,00	
17-48 saat arası (n=90)	1,41±0,66	4,00	1,00	1,00	1,00	
49 saatten fazla (n=41)	1,24±0,52	4,00	1,00	0,00	1,00	
<b>8. Çalışılan birimdeki hasta sayısı</b>						
5-10 hasta (n=57)	1,52±0,85	4,00	1,00	1,00	1,00	x <sup>2</sup> =5,376 p=0,146
11-15 hasta (n=78)	1,46±0,70	4,00	1,00	1,00	1,00	
16-20 hasta (n=94)	1,38±0,63	4,00	1,00	1,00	1,00	
21 ve üzeri hasta (n=86)	1,29±0,66	4,00	1,00	0,00	1,00	
<b>9. 8 saatlik çalışmada bir hastaya ayrılan ortalama bakım süresi</b>						
15 dk ve altı (n=75)	1,52±0,81	4,00	1,00	1,00	1,00	x <sup>2</sup> =2,234 p=0,525
16-30 dk (n=133)	1,33±0,60	4,00	1,00	0,75	1,00	
31-45 dk (n=58)	1,42±0,80	4,00	1,00	0,50	1,00	
60 dk ve üzeri (n=49)	1,38±0,63	4,00	1,00	1,00	1,00	

**Tablo 4. 9. (Devamı)Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=315).**

<b>10. Çalışılan vardiyalarda bakım verilen ortalama hasta sayısı</b>						
1-3 hasta(n=65)	1,56±0,80	4,00	1,00	1,00	1,00	$\chi^2=9,161$ $p=0,010^*$
4-6 hasta (n=82)	1,51±0,78	4,00	1,00	1,00	1,00	
7 hasta ve üzeri (n=168)	1,29±0,60	4,00	1,00	0,38	1,00	
<b>11.Çalışılan birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme durumu</b>						
Evet (n=91)	1,43±0,72	4,00	1,00	1,00	1,00	$\chi^2=0,579$ $p=0,749$
Hayır (n=81)	1,39±0,74	4,00	1,00	1,00	1,00	
Kısmen (n=143)	1,38±0,67	4,00	1,00	0,50	1,00	
<b>12.Çalışılan birimdeki toplam hemşire sayısı</b>						
3-6 hemşire (n=95)	1,47±0,76	4,00	1,00	1,00	1,00	$\chi^2=2,440$ $p=0,295$
7-12 hemşire (n=160)	1,35±0,65	4,00	1,00	0,50	1,00	
13 ve üzeri hemşire(n=60)	1,40±0,74	4,00	1,00	0,88	1,00	
<b>13.Çalışılanbirimdeki hemşire sayısı yeterlilik durumu</b>						
Evet (n=97)	1,45±0,77	4,00	1,00	1,00	1,00	$z=-0,695$ $p=0,487$
Hayır (n=218)	1,38±0,67	4,00	1,00	0,50	1,00	
<b>14.Çalıştığınız birimde sık karşılaşılan durumlar</b>						
<b>Hasta düşmeleri</b>						
Var (n=49)	1,30±0,67	4,00	1,00	0,00	1,00	$z=-1,423$ $p=0,155$
Yok (n=266)	1,42±0,71	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>Basınc yaralanması</b>						
Var (n=83)	1,42±0,63	4,00	1,00	1,00	1,00	$z=-0,978$ $p=0,328$
Yok (n=232)	1,30±0,73	4,00	1,00	0,50	1,00	
<b>Hastane enfeksiyon oranlarında artış</b>						
Var (n=139)	1,32±0,58	4,00	1,00	0,50	1,00	$z=-1,475$ $p=0,140$
Yok (n=176)	1,47±0,78	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>Yatış sürecinde uzama</b>						
Var (n=209)	1,44±0,69	4,00	1,00	1,00	1,00	$z=-2,312$ $p=0,021^*$
Yok (n=106)	1,32±0,72	4,00	1,00	0,00	1,00	
<b>Mortalite (ölüm) oranlarında artma</b>						
Var (n=83)	1,39±0,68	4,00	1,00	0,50	1,00	$z=-0,081$ $p=0,935$
Yok (n=232)	1,40±0,71	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>Tedavi ve bakım kaynaklı komplikasyon oranlarında artış</b>						
Var (n=78)	1,32±0,51	4,00	1,00	1,00	1,00	$z=-0,151$ $p=0,880$
Yok (n=237)	1,43±0,75	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>15.Mesleği sevmeye durumu</b>						
Evet (n=234)	1,44±0,74	4,00	1,00	1,00	1,00	$z=-1,448$ $p=0,148$
Hayır (n=81)	1,30±0,56	4,00	1,00	0,25	1,00	
<b>16. Kurumdan ayrılma düşüncesi</b>						
Evet (n=130)	1,32±0,64	4,00	1,00	0,50	1,00	$\chi^2=4,032$ $p=0,133$
Hayır (n=113)	1,45±0,75	4,00	1,00	1,00	1,00	
Kararsızım (n=72)	1,47±0,72	4,00	1,00	1,00	1,00	
<b>17.Meslekten ayrılma düşüncesi</b>						
Evet (n=108)	1,32±0,66	1,00	1,00	1,00	1,00	$\chi^2=7,563$ $p=0,023^*$
Hayır (n=153)	1,39±0,69	4,00	1,00	1,00	1,00	
Kararsızım (n=54)	1,59±0,78	4,00	1,00	1,00	1,00	

Z= ManyWhitney U Test;  $\chi^2$ = Kruskal Wallis Test;  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.9’da hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir.

Çalışılan vardiyalarda bakım verilen ortalama hasta sayısına göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında 1-3 hasta bakan hemşirelerin puan ortalaması  $1,56\pm 0,80$ , 4-6 hasta bakan hemşirelerin puan ortalaması  $1,51\pm 0,78$ , 7 hasta ve üzeri hasta bakan hemşirelerin puan ortalaması  $1,29\pm 0,60$  olduğu bulundu. Bu farkın 1-3 hasta bakan hemşireler ile 7 hasta ve üzeri hasta bakan hemşirelerden kaynaklandığı saptandı ( $\chi^2=9,161$ ,  $p=0.049$ ).

Hastanın yatış sürecinde uzama durumuna göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında “var” cevabını veren hemşirelerin puan ortalaması  $1,44\pm 0,69$ , “yok” cevabını veren hemşirelerin puan ortalaması  $1,32\pm 0,72$ ’dir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $z=-2,312$ ,  $p=0,021$ ).

Hemşirenin meslekte ayrılma düşüncesine göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında “evet” cevabını veren hemşirelerin puan ortalaması  $1,32\pm 0,66$ , “hayır” cevabını veren hemşirelerin puan ortalaması  $1,39\pm 0,69$ , kararsızım cevabını veren hemşirelerin puan ortalaması  $1,59\pm 0,78$ ’dir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $\chi^2=7,563$ ,  $p=0,023$ ).

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı ve şekli, çalıştığı birim, çalışılan vardiya uzunluğu, çalışılan fazla mesai saati, hasta sayısı, bir hastaya verdiği ortalama bakım süresi gibi değişkenlere göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Hemşire sayısı ve yeterlilik durumu, mesleği sevme durumu, kurumdan ayrılma düşüncesi gibi değişkenlere göre KHB Gereksinimleri Nedenleri Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma bir devlet hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerini belirlemeye yönelik olarak n=315 hemşire ile tamamlandı. KHB hemşirelik literatüründe oldukça yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmakta olup konu ile ilgili olarak ulusal ve uluslararası literatürde KHB'yi belirlemeye yönelik az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (6,8,9,10,11,12).

Bu çalışmada hemşirelerin üçte birinin çalıştığı birimde hasta sayısı 16-20 arası olduğu, hemşirelerin yarıdan fazlasının her vardiyada yedi hastadan fazla hastaya bakım verdiği ve yarıdan fazlasının hemşire sayısını yeterli bulmadığı saptandı (Tablo 4.1). İlaslan ve ark. yaptığı çalışmada da hemşirelerin vardiyalarda bakım verdikleri hasta sayılarının ortalama olarak  $20.26 \pm 40.00$  olduğu ve hemşirelerin tamamına yakını hemşire sayısını yeterli bulmadığı belirtilmiştir (12). OECD verilerine göre Avrupa ülkelerinde 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısının 9 olduğu; İsviçre, Norveç, Danimarka, İzlanda, Finlandiya gibi ülkelerde ise bu oranın 14'ün üzerinde olduğu belirtilmiştir. Türkiye ise 1.000 kişi başına 2'den az hemşire düştüğü bildirilmiştir (85). Bu sonuçlar doğrultusunda yapılan çalışmalarda hemşire sayısının yetersiz olarak ifade edildiği söylenebilir. ABD'de yapılan çalışma sonucunda personel sayısındaki yeterliliğin iş doyumunda önemli bir etken olduğu, KHB'nin az olduğu ünitelerde çalışan hemşirelerin sayısının yeterli olduğu ve iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (71). Bu kavramı ortaya koyan Kalisch ve ark. (72) KHB'nin belirleyicilerinden bir tanesinin de hasta başına düşen hemşirelik bakım saatinin olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlası KHB sebebiyle klinikte sık karşılaşılan olaylar için, hastanede yatış sürecinde uzamanın olduğunu belirttiler (Tablo 4.1). Aynı durum İlaslan ve Şişman. (12) yaptıkları çalışmada benzer şekilde hemşirelerin yarısından fazlası hastanede yatış sürecinde uzamanın var olduğunu belirtmiştir. İlaven yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda hastaların hastanedeki yatış sürelerinin uzamasını ve (87), hastaların ihtiyaç duyulan bakımı alamamaları (84) klinikte çalışan hemşire sayısının yeterliliği ile ilgili olduğu açıklanmıştır.

Hemşirelerin yarıdan fazlasının mesleğini severek yaptığı, buna rağmen hemşirelerin yaklaşık yarısının kurumdan ayrılma düşüncesinin olduğu bulundu (Tablo 4.1). Bu durum hemşirelerin çoğunun mesleğini severek yaptığı fakat çalıştığı kurumdan

ya da çalışma şartlarından memnun olmadığı şeklinde açıklanabilir. Diğer bir çalışmada (12) bu çalışmadan farklı olarak çalışanların çoğunlukta mesleklerinden memnuniyetsiz olduğu, kurumdan ayrılma düşüncesinin olmadığı belirtilmiştir. Kurumda çalıştığı ekip arkadaşları ile sorun yaşayan hemşireler meslekte memnuniyetsiz çalışmakta, kurumdan ayrılma düşüncesi hakim olmaktadır (14). Gutierrez (88) işinde memnuniyetsiz çalışan hemşirelerin hasta bakımını yeterince yapamadığını ve bu durumun hasta güvenliğini tehlikeye attığını ifade etmiştir. Neticede aktif çalışan hemşire sayısı, hemşirelerin memnuniyet düzeyleri, uygulanan hemşirelik bakımının kalitesini ve KHB'yi etkilediği değerlendirilmektedir (89).

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin belirttikleri yanıtlara göre en sık; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma ve hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi bildirilen KHB gereksinimlerinin olduğu bulundu. Aksine en az KHB gereksinimlerinin; IV giriş yerinin bakımı ve değerlendirilmesi, kan şekeri takibi ve verilerin tam olarak kaydedilmesi bulundu (Tablo 4.4). İlaslan ve ark. yaptığı çalışmada en sık yapıldığı bildirilen KHB gereksinimlerinin; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, hastaya ve yakınlarına duygusal destek verilmesi olduğunu belirtmişlerdir. En az KHB gereksinimlerinin; verilerin tam olarak kaydedilmesi ve ellerin yıkanması olarak bulmuşlardır. Amerika'da 2011 yılında 10 hastanede çalışan hemşirelerle yapılan araştırmada en sık KHB gereksinimlerinin benzer (ambulasyon ve ağız bakımı olduğu), tersine en düzenli yapılan bakımların kan şekeri ve yaşam bulgularının takibi olduğu gösterilmiştir (74). Çalışmaların sonucuna bakıldığında hemşirelerin en sık hasta ambulasyonunu kaçırdıkları görülmektedir. Ambulasyon azlığı sonucu malnütrisyon, malnütrisyona bağlı hastanede yatış sürecinde uzama, ambulasyon ve çevirme azlığına bağlı komplikasyonlar, gereğinden fazla tıbbi mazleme/bakım hizmeti verme, bakım evlerinin kullanımının artması, hastaya verilen bakımın kalitesinde azalma ve hastane maliyetlerinde artış ile sonuçlanabilir (10). Kalisch ve Williams'ın (13) 2009 yılında KHB'yi saptamak için yaptığı çalışmada hemşirelerin %71'i planlama, %73'ü uygulama ve temel bakım, %44'ü değerlendirme ile alakalı kaçırılan/verilmeyen bakım olduğu belirtilmiştir. Bu konuda yapılan araştırmalarda mobilizasyon %84, ilaç uygulama etkinliğinin değerlendirilmesi %83, hasta pozisyonunun değiştirilmesi %82, ağız bakımı uygulamaları %82 ve zamanında ilaç verme uygulamaları %80 sıklıkla ortaya çıkan; hastanın değerlendirilmesi %17, yatak başında kan şekeri takibi %26 ise en az ortaya çıkan KHB'ler olarak açıklanmıştır (10,91).

Bu araştırmada KHB gereksinimleri nedenleri incelendiğinde; iş g¼c¼ kaynaklarının içerisinde çalışan personel sayısının yetersizliği, malzeme kaynaklarının içerisinde gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması, iletişim takım çalışması içerisinde doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu bakım ihtiyacının karşılanmamasının sebebi olarak bulundu (Tablo 4.5). Blackman ve ark. (14) 2015 yılında yaptığı çalışmada verilmeyen bakım ihtiyaçlarında ¼nemli fakt¼rler olarak iş g¼c¼ ve malzeme kaynaklarındaki eksiklikler, sağlık ekibi içinde yaşanan iletişim problemleri olarak g¼sterilmiřtir. Aynı şekilde Kalisch ve ark. (78) 2011 yılında yaptığı araştırmada KHB nedenlerine bakıldığında nedenlerin tamamına yakını iş g¼c¼ kaynakları, materyal kaynakları ve iletişim/takım çalışmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Palese ve ark. (92) araştırmasında ise beklenmedik şekilde artan hasta ve kritik durum sayısı, yetersiz iş g¼c¼ sayısı ve y¼ksek d¼zeyde hasta kabul ve taburculuğu gibi nedenler KHB'nin en sık nedenleri olarak belirtilmiştir. Yetersiz personel ve yetersiz mali kaynaklar, uygulama ortamı fakt¼rleri içerisinde, KHB gereksinimleri nedenleri ile g¼c¼l¼ şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda kaliteli bir bakımın verilebilmesi için çalışılan ¼nitelerde verilen hizmeti karşılayabilecek sayıda hemşire/sağlık personeli yeterliliğinin sağlanması, ekip içerisinde de etkili iletişim ve ekip çalışması ruhunun oluşturulmasının gerekliliği açıktır (78,92 ).

Çalışmamızda Cheltenham skalasından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gece vardiyasında çalışan hemşirelerin diğerlerine g¼re daha çok bağımlı hastaya bakım verdiği bulunmuştur. (Tablo 4.7). Bozkurt ve ark. (82) 2017 yılında yaptığı araştırma sonucunda hastanın bağımlılık d¼zeyi arttıça bakım girişimlerine ayrılan s¼relerin arttığı ve g¼nd¼z vardiyasına g¼re ise gece vardiyasında bakım girişimlerine ayrılan s¼renin arttığı belirtilmiştir. Bu durum vardiyada hemşire başına d¼řen hasta sayısının artması, iş y¼k¼n¼n artması sonucu verilen bakımın daha da azalması ile ilgili olduğu d¼ř¼n¼lebilir.

Bu araştırmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere g¼re bakım gereksinimi daha fazla olan bağımlı hastalara bakım verdikleri bulundu. (Tablo 4.7). YB ¼nitelerine komplike ve kritik hastalar kabul edilmektedir. Bu sebeple hasta sınıflandırmasında bağımlılık d¼zeyi y¼ksek yani Tip 4 hasta gurubu YB'larda daha sıklıkla tedavi ve bakım almaktadır. Servislerde bakım gereksinimi daha az olan ve daha bağımsız hastaların bulunduğu bilinen bir durumdur. Ayrıca servislere yatan hastaların kişisel bakım ve ihtiyaçlarının refakatilar tarafından yerine getirilmesinden

dolayı bu sınıflandırmada farklılıklara yol açmaktadır. Hemşirelerin aynı hasta tipi için, hasta bakımına ayırdıkları süreler, servisin fiziksel yapısından, hastalara yapılan hemşirelik bakım işlemlerinin çeşitliliğinden ve miktarından etkilendiğini belirtmiştir (81).

Bu çalışmada bakım verdikleri hastaların Cheltenham skalasından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında son bir ayda fazla mesaisi olan hemşirelerin hiç fazla mesaisi olmayanlara göre daha fazla bağımlı hastaya bakım verdikleri bulundu. (Tablo 4.7). Doğan'ın (93) 2017 yılında yaptığı araştırmada, hastane, yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki deneyim, haftalık nöbet sayısı, vardiyadaki ortalama kişi sayısı, bakım destek personeli varlığı değişkenlerine göre Cheltenham skalasına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmanın yapıldığı kurumda daha uzun saatler ve fazla mesai yapan hemşirelerin YB gibi daha fazla bağımlı hastaların bulunduğu bölümlerde çalışmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda bakım verdikleri hastaların Cheltenham skalasından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında her vardiyada 7 hasta ve üzeri hasta bakan hemşirelerin bakım verdikleri hastaların diğerlerine göre daha bağımsız olduğu görüldü. Bu durum hemşirelerin bağımlılık düzeyi fazla hastaların olduğu birimlerde daha az sayıda hastaya bakım verdiği şeklinde açıklanabilir. Balanuye'nin (86) yaptığı çalışmada Chentelaman Hasta Sınıflandırma Ölçeğine göre bakım gereksinimi yüksek olan hastalara bakım veren hemşirelerin, bakım gereksinimi daha az olan hastalara bakım veren hemşirelere göre iş yükü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu farklılıklar kurumun kültürü, destek hizmetlerin türü ve destek hizmetlerdeki iş gücünün az olması, bakım verilen hasta tipi, çalışan hemşirelerin kabiliyet ve tecrübelerinde farklılıktan kaynaklanması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada her vardiyada bir hastaya 60 dk ve üzeri bakım veren hemşirelerin bakım verdikleri hastaların Cheltenham skalası puanı daha yüksek saptandı. Bakım verilen hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım süreside artmaktadır. Hastalara verilen bakım zamanı ve süresi, çalışılan ünitenin iş yükü, hemşirelerin kişisel tecrübeleri, hemşirelerin bireysel işlere ayırdıkları zaman gibi birçok neden, bakım süreleri üzerinde farklılık yaratmaktadır (95).

Bu çalışmada 13 ve üzeri sayıda hemşire çalışan birimlerde hastaların Cheltenham Hasta Sınıflandırma ölçeğinden aldığı puanın daha yüksek olduğu bulundu. Bu kurumda

bakım gereksinimi daha çok olan bağımlı hastaların bulunduğu birimlerde daha fazla hemşire çalıştırıldığı söylenebilir. Doğan'ın (93) 2017 yılında yaptığı araştırmada vardiyadaki ortalama kişi sayısı ile hastaların bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu farklılıklar araştırmanın farklı illerde, farklı birimlerde, farklı örneklem üzerinde yapıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verdikleri hastalarda basınç yaralanması olduğunu, hastane enfeksiyon oranlarında artış olduğunu, yatış sürecinde uzama ve mortalite oranlarında artış olduğunu bildiren hemşirelerin bakım verdikleri hastaların Cheltenham Hasta Sınıflandırma ölçeğinden aldığı puanın daha yüksek olduğu bulundu. (Tablo 4.7). Bunun sebebi hemşirelerin bakım verdikleri hasta tipinin bağımlılık düzeyleri arttıkça hastanede yatma sürecinde uzama, basınç yaralanmasında artma, dolayısıyla enfeksiyon oranlarında artma ve mortaliteyi de etkilediği değerlendirilmektedir. Yatış süresi uzadıkça invaziv girişim oranında, antibiyotik kullanımında, malnütrisyon, sepsis ve pnömoni riskinde artış nedeniyle mortalite riski artmaktadır (97).

Literatür sonuçlarına bakıldığında (94) hemşirelerin bakım verdikleri hastaları sınıflandırmada hastanın ihtiyacı olan bakımın ihtiyacının da ortaya çıkması açısından önem kazanmaktadır. Çalışırken hemşirelerin doğrudan bakım yerine öncelikli olarak dolaylı bakım uygulamalarını yaptıklarını; hastalar için öncelikli olan bakım uygulamalarını ve eğitimi aksattıkları belirtilmektedir. Hasta bakımının kalitesi ve hasta güvenliği için hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının, bakım gereksinimlerinin düzeyinin dikkate alınması, hasta- hemşire oranının buna göre planlanması önerilmektedir (86).

Bu araştırmada hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre KHB gereksinimleri ölçeğinin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı (Tablo 4.8). İlaslan ve ark. (12) yaptığı çalışmada ise YB'da çalışan hemşireler diğer birimlere oranla daha yüksek ortalamaya sahip oldukları bulunmuştur. Aynı zamanda hemşirelerin büyük çoğunluğu çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadıklarını belirtmiştir. Ülkemizde 2012 yılında yapılan bir çalışmada, acil serviste yatan hastaların bakımını karşılayan hemşirelerin; Amerika'da acil serviste çalışan hemşirelere göre hemşirelik bakımını daha az kaçırdıkları bulunmuştur (11). Friese ve ark. (96) yaptığı araştırmada ise onkoloji servisinde KHB'nin diğer birimlere göre daha az olduğu bulunmuştur. Kalisch ve ark. (13)

yaptığı çalışmada ise nefroloji kliniğinde KHB'nin diğer birimlere oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada 1-3 arası hastaya bakım veren hemşirelerin daha fazla sayıda hastaya bakım veren hemşirelere göre KHB gereksinimleri nedenleri ölçeğinden aldığı puanın daha yüksek olduğu bulundu. (Tablo 4.9). Bu durum hemşire başına düşen hasta sayısı azaldıkça KHB nedenlerinin de azalacağı şeklinde yorumlanabilir. Bakım verilen hasta sayısı ve iş yükü KHB'nin boyutunu ve nedenlerini etkileyen etmenler arasında yer almaktadır. (72). Yapılan başka çalışmalarda hemşirelerin bakım yaptığı hasta sayısı arttıkça KHB'nin arttığı belirlenmiştir. (83,84).

Çalışmamızda hastaların yatış sürecinde uzamanın KHB gereksinimleri nedenleri ölçeğinden aldığı puanın daha yüksek olduğu saptandı. (Tablo 4.9). KHB'nin nedenleri arttıkça mortalite ve morbitide oranlarını arttırmaktadır. Hastaya verilen bakımın kalitesi azalmakla beraber olumsuz hasta çıktılarına neden olmakta ve hastanın hastanede yatış süreci de uzamaktadır. Bu durum hastane maliyetlerini de olumsuz etkilemektedir (10). Literatür çalışmaları benzer şekilde bu verileri doğrulamaktadır. Valentin ve ark. (98) 2009 yılında yaptığı çok uluslu bir araştırma sonucunda hasta tedavi ve bakımında yapılan hataların oldukça fazla olduğu ve bunların dörtte üçünün ihmalle ilgili olduğu belirtilmiştir.

Aynı şekilde hemşirelerin meslekte ayrılma düşüncesi KHB gereksinimleri nedenleri ölçeğinden aldığı puanın daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.9). Bu durum yine KHB'nin sonucu olarak personel çıktılarına da etkilemektedir. Hemşirelerin mesleğinde memnuniyetsiz çalışmalarına, mesleki doyuma azalmaya, kurumdan ve meslekte ayrılma sonuçlarına neden olmaktadır (10).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre hemşireler tarafından en sık; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, her iki saatte bir hastanın çevrilmesi ve hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi KHB gereksinimleri olduğu bulundu. Personel sayısının yetersizliği, gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması ve doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu KHB gereksinimleri nedenleri olarak bulundu. Hemşirelerin yarıdan fazlasının hemşire sayısını yeterli bulmadığı saptandı. Hemşirelerin üçte birinin çalıştığı birimde hasta sayısı 16-20 arası olduğu ve hemşirelerin yarısından fazlasının her vardiyada 7 ve üzeri hasta baktığı bulundu. Hemşirelerin yarısından fazlası KHB sebebiyle klinikte sık karşılaşılan olaylar için, hastanede yatış sürecinde uzamanın olduğunu belirttikleri saptandı. Çalışan hemşireler yarıdan fazlasının mesleğini severek yaptığı, buna rağmen hemşirelerin yaklaşık yarısının kurumdan ayrılma düşüncesinin olduğu bulundu. Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin diğerlerine göre daha çok bağımlı hastaya bakım verdiği bulundu. Hemşirelerin bağımlılık düzeyi fazla hastaların olduğu birimlerde daha az sayıda hastaya bakım verdiği saptandı. Bağımlı hastalarda basınç, hastane enfeksiyon oranlarında artış, yatış sürecinde uzama, mortalite oranlarında artışın olduğu bulundu. KHB'nin gereksinimleri nedenleri arttıkça mortalite ve morbitide oranlarının arttığı bulundu. KHB gereksinimleri nedenleri hemşirelerde meslekten ayrılma düşüncesini oluşturduğu bulundu. Çalışmamızın sonuçları ve literatür incelemeleri doğrultusunda;

- ✓ Hasta güvenliğinin sağlanması için KHB tanımı açıkça yapılmalı ve hemşireler bu kavram hakkında bilgi sahibi olması,
- ✓ KHB'nin açık bir şekilde ifade edilmesi için hemşireler cesaretlendirilip teşvik edilmesi, açıkça paylaşıldığı ve kurum tarafından cezalandırmak yerine tedavi ve bakım kalitesinin artırılmasına yönelik olumlu bir yaklaşım sergilendiği takdirde KHB'nin boyutu ortaya çıkarılabileceği,
- ✓ Hemşirelerde verilen bakımın kalitesinden sorumlu oldukları bilinci oluşturulması,
- ✓ Bakımın ve hasta güvenliğinin kaliteli bir şekilde yerine getirilmesi için KHB'nin hızlı ve güvenilir sonuçlarla raporlanmasının sağlanması, değerlendirmeler ayrıntılı olarak incelenmesi, raporların düzenli olarak tutulması,

- ✓ KHB raporlarının kurumda çalışan hemşirelerle paylaşılması,
- ✓ Bu doğrultuda en az KHB'nin olduğu birimlerde ödüllendirme, esnek olma, teşvik etme, kesintilerin en aza indirilmesi gibi yapıcı çalışmalarda bulunulması,
- ✓ KHB personel ve hasta çıktıları daha ayrıntılı olarak incelenmesi,
- ✓ Kurum tarafından ekip çalışmasını kuvvetlendirecek planlamaların yapılması ve çalışanların bu konuda desteklenmesinin sağlanması,
- ✓ KHB'nin azaltılması için malzeme kaynaklı eksikliklerin giderilmesi ve en önemlisi yeterli çalışan sayısının sağlanması,
- ✓ Çalışan hemşirelerin görüşleri dikkate alınarak bakım uygulamaları protokolleri geliştirilmesi ve KHB kavramını ve etkileyen faktörler daha ayrıntılı olarak incelenmesi,
- ✓ Hastaların bakım gereksinimini yerine getirebilmek için serviste ne kadar hemşirenin görevlendirilmesi gerektiği hesaplanması,
- ✓ Bakım gereksinimi fazla ve bağımlı hastaların çok olduğu birimlerde hemşire sayısının artırılması,
- ✓ Kurumlarındaki hemşirelerin doğru şekilde istihdam edilmesi,
- ✓ Bu çalışmanın farklı hastanelerde ve farklı hemşire gruplarına tekrarlanması,
- ✓ Mezuniyet sonrasında çalışılan kurumda KHB'nin eğitimlerde yer verilmesi,
- ✓ Konu ile ilgili müdahale çalışmaları ya da gözlemsel çalışmalar yapılması önerilebilir.

### **6.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği**

Bu çalışmanın sınırlılığı, araştırmanın örnekleminin sadece 01.08.2020-01.02.2021 tarihleri arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi ana hizmet binası acil, yoğun bakım, dahili klinik, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerinden oluşmasıdır. Covid-19 salgını sebebiyle birçok servis izole servislere ve izole yoğun bakımlara dönüştürülmüştür. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise hemşirelere uygulanan soru formlarına verilen cevapların hemşirelerin bildirimine dayalı olmasıdır. Hemşirelerin KHB uygulamaları gözlenmemiştir.

## KAYNAKLAR

1. Öztunç, G. (2013). Hemşireliğin doğası. Aşti, TA., Karadağ, A. (Ed). *Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 26-35.
2. NANDA Defining the knowledge of nursing. (2002). <http://www.nanda.org>. [27/12/2013].
3. Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 59-67.
4. Salvage, J. (1993). *Etkinliğe doğru eylem*. Ankara: Aydoğdu Ofset. 2. Basım.
5. Elayan, RM., Ahmad, MM. (2017). Assessment of the quality of nursing care from perspectives of nurses who experienced hospitalization as patients. *J Nurs Care Qual*. 32: 369-74.
6. Kalisch, BJ., Landstrom, GL., Hinshaw, AS. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 65: 1509-517.
7. Cho, SH., Kim, YS., Yeon, K., You, SJ., Lee, I. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev*. 62: 267-74.
8. Kalisch, BJ., Xie, B. (2014). Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res*. 36: 875-90.
9. Kalisch, BJ., Lee, KH. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook*. 58: 233-241.
10. Kalisch, BJ., Landstrom, G., Williams, RA. (2009). Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 57: 3-9.
11. Kalisch, BJ., Terzioglu, F., Duygulu, S. (2012). The Misscare Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ*. 30: 29-38.
12. İlaslan, N., Şişman, N. (2019). Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri. *Çukurova Tıp Dergisi*. 44 (4). 1230.
13. Kalisch, BJ., Williams, RA. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 39: 211-19.
14. Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C et al. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. 24: 47-56
15. Akalın, ŞH., Toparlı, R., Argunşah, M., Demir, N., Gözaydın, N., Özyetgin, M. ve ark. (2011). Türkçe Sözlük. 11.bs. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
16. Care. Longman Dictionary of Contemporary English. (2010). İngiltere: Pearson Education.
17. Caring. (2012). Chambers' Paperback Thesaurus. İngiltere: Editors of Chambers.
18. Oğuz, Y., Tepe, H., Büken, N., Kucur, DK. (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü 1.bs. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
19. Tronto, JC. (1993). Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. New York and London: Routledge. 226.
20. Cortis, JD., Kendtck, K. (2003). Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics*. 10 (1): 77-78.
21. Engster, D. (2005). Rethinking vare theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*. 20 (3): 50-74.

22. Goodin, R. (1995). *Utilitarianism as a public philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press. 352.
23. Acaroğlu, R. (2003). *Bakımda etik*. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. Antalya.
24. Brilowski, GA., Wendler, MC. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 50(6): 641–650.
25. Finfgeld-Connett, D. (2007). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 196-204.
26. Wikberg, A., Eriksson, K. (2008). Intercultural caring – an abductive model. *Scand Journal Caring Science*. 22. 485– 496.
27. Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
28. Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve değerler*. Ankara: İlksan Matbaası.
29. Madenoğlu Kıvanç, M. (2012). Hemşirelik uygulamalarında bakım kavramı. Aştı A.T., Karadağ A. (Ed.), *Hemşirelik esasları*. İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık. 220-227.
30. Arslan, H. (2008). Hemşirelik bilim ve sanatı. *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1 (1): 59-60.
31. DalPezzo, NK. (2009). Nursing care: a concept analysis. *Nursing Forum*. 7(3): 51-61.
32. Leininger, MM., MnFarland, MR. (2005). *Culture care diversity and universality: A Worldwide Nursing Theory*. Second ed. Boston. Jones&Bartlett Publishers.
33. Akça Ay, F. (2018). *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 41-71.
34. Ray, MA. (1987). Technological caring: a new model in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing* 6. 166–173.
35. Hoover, J. (2002). The personal and Professional impact of undertaking an educational modüle on human caring. *J Adv Nurs*. 37 (1): 79.
36. Fitzpatrick, JJ., Whall, AL. (2005). *Conceptual models of nursing analysis and application*. 4. Ed. Pearson Prentice Hall. New Jersey. 297-324.
37. Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Ed. DaCunha, PJ., F.A. Davis Company. USA
38. Potter, PA., Perry, AG. (2009). *Nursing concept process and practice*. St Louis. Fourt Edition. Mosby Year book Inc.
39. DeLaune, SC., Ladner, PC. (2002). *Fundamentals of nursing: standards & practice*. Second Edition. Delmar/Thomson Learning.
40. Watson, J. (2007). Watson’s theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*. 16 (1): 129-35.
41. Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle-range theory of caring. *Nurse Res*. 40 (3): 161.
42. Potter, PA., Perry, AG. (2005). *Caring in nursing practice, fundamentals of nursing*. 6th. Edition. America: Mosby Inc. 107-112

43. Özcan, A. (2006). *Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim*. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayıncılık.
44. Oğuz, NY., Tepe, H., Büken, NÖ., Kucur, DK. (2005). *Biyoetik terimleri sözlüğü*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
45. Forrset, D. (1989). The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 14 (10): 815-823.
46. Algier, L., Abbasoğlu, A., Hakverdioğlu, G., Ökdem, Ş., Göçer, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1 (1): 33-40.
47. Eşer, İ., Khorshid, L., Demir, Y., Denat, Y. (2005). Hastaların hemşirelik bakım öncelikleri ve önceliklerin karşılanma durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 21 (Özel Sayı): 161-170.
48. Smith, MC., Turkel, MC., Wolf, ZR. (2013). Caring in Nursing Classics: An Essential Resource. *Springer Publishing Company*. New York.
49. Cortis, JD., Kendrick, K. (2003). Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics*. 10 (1): 77-88
50. Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5: 55-62.
51. Karagözoğlu, Ş. (2004). Bilim ve bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu. Sempozyum Kitabı, Ankara.
52. Dinç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 40:113-119.
53. Gül, Ş. (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Dergisi*. 10(2): 129-134.
54. Köşgeroğlu, N. (1995). Hemşirelikte hak ve sorumlulukların yerine getirilmesini etkileyen faktörler. *Türk Hemşireler Derneği*. 45: 40-41.
55. Mete, S. (2014). Hemşireliğin temel kavramları. Atabek Aştı, T., Karadağ, A. (Ed). *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. 1.bs. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 57-77.
56. Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 74-82.
57. Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian J Psychiatry*. 7:100-108.
58. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) [26.03.2019].
59. Harmancı, AK. (2014). Sağlık Sistemi, Sağlık Politikaları ve Hemşirelik Mevzuatı. Tatar Baykal, Ü., Ercan Türkmen, E. (Ed). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul: Akademi Yayıncılık.
60. Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımında ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*. 4: 181-184.
61. Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008). Nurses moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*. 15: 304-321.

62. Callaghan, M. (2003). Nursing morale: what is it like and why? *Journal of Advanced Nurs.* 42: 82-89.
63. Brown, CL. ve ark. (2005). Caring in action: the patient care facilitator role. *International Journal for Human Caring.* (3): 51.
64. Acaroğlu, R., Savcı, C., Bilir, A., Kaya, H., Şendir, M., Örenli, E., Temel, Z. (2007). Bir nöroşirürji kliniğinde gece verilen hemşirelik bakımın değerlendirilmesi. III. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi Kitabı. Antalya.
65. Öner Altıok, H., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 4(3):137-140.
66. Kalisch, BJ. (2006). Missed nursing care: A Qualitative Study. *J Nurs Care Qual;* 21(4): 306-313.
67. Kalisch, BJ., Aebersold M. (2006). Overcoming barriers to patient safety. *Nurs Econ.* 24(3): 143-148.
68. Atree, MJ. (2007). Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality. *J Nurs Manag.* 15: 392-402.
69. Kalisch, BJ., Lee, KH. (2012). Missed nursing care: magnet versus non-magnet hospitals. *Nurs Outlook* 60 (5): 32-39.
70. Kalisch, BJ., McLaughlin, M., Dabney, BW. (2012). Patient perceptions of missed nursing care. *Joint Comission Journal on Quality and Patient Safety.* 38(4): 161-167.
71. Kalisch, BJ., Tschannen, D., Lee, H. (2011). Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc Manag.* 56 (2): 117-131.
72. Kalisch, BJ., Tschannen, D., Lee, KH. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care.* 23(3): 302-308.
73. Kalisch, BJ., Tschannen, D., Lee, KH. (2012). Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual* 27 (1): 6-12.
74. Kalisch, BJ., Tschannen, D., Lee H (2011). Hospital variation in missed care. *Am J Med Qual.* 26(4): 291-99.
75. Kalisch, BJ, Gosselin, K., Choi, SH. (2012). A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health Care Manage Rev.* 37(4): 320-8.
76. Hansten, RI, Jackson, M. (2009). Delegation in the clinical setting. erişim adresi: Chapter 14: 296.
77. Amidei, CS. (2007). Omissions of care. Routine Editorial. *J Neurosci Nurs* 39(1): 4.
78. Kalisch, BJ., Tschannen, D., Lee, H., Friese, CR. (2011). Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 26(4): 291-299.
79. Kalisch, BJ., Doumit, M., Lee, KH., Zein, JE. (2013). Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm.* 43(5): 274-279.
80. Yıldırım, D. (2000). *Hasta sınıflandırma skalası oluşturma*, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

81. Yıldırım, D., Oktay, S. (2005). İki farklı hastanede hasta tiplerine göre hemşirelik bakım süreleri arasındaki farkın belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi*: 21-26.
82. Bozkurt, G., Türkmen, E., Zengin, N. (2017). Yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız işlevlerine ilişkin iş yükü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 21(2):36-41.
83. Tubbs-Cooley, HL., Gurses, AP. (2017). Missed nursing care: understanding and improving nursing care quality in pediatrics. *Hosp Pediatr*. 7: 424-26.
84. Ball, JE., Murrells, T., Rafferty, AM., Morrow, E., Griffiths, P. (2014). Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. 23: 116-25.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye: Hastanelerde Beşeri ve Fiziki Kaynakların İncelenmesi. <https://www.saglikaktuel.com/d/file/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf>
86. Balanuye, B. (2014). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
87. Spetz, J., Harless, DW., Herrera, CN., Mark, BA. (2013). Using minimum nurse staffing regulations to measure the relationship between nursing and hospital quality of care. *Med Care Res Rev*. 70: 380-99.
88. Gutierrez, KM. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 24: 229-41.
89. Duffy, JR., Culp, S., Padrutt, T. (2018). Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital. *J Nurs Adm*. 48: 361-67.
90. Avcı, GG., Türker, S., Çiftçi, M., Sürücü, Ş. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Derg*. 4: 21- 4.
91. Wegman, DJ. (2011). Comparing two identification methods of missed nursing care. The Degree Of Doctor Of Philosophy In The Graduate School Of The Texas Women University College of Nursing, Denton- Texas. *ProQuest Dissertations and Theses*. 1-210.
92. Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P. et al. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med*;10: 693-702.
93. Doğan, E. (2017). *Adana il merkezi kamu hastaneleri çocuk yoğun bakım ünitelerinde cheltenham hasta sınıflama skalasına göre hemşirelerin iş yükünü etkileyen faktörler*, Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.

94. Mousavifar, S., Nazari, AA. Measurement of direct and indirect nursing care times among inpatients in different wards of hospital in İnan-Semman. İnternational Nursing Management Conference. 13-15 Ekim. Antalya. (18.08.2009).
95. Demirgöz Bali, M. (2014). Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insangücü planlama yaklaşımları. Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 3 (1): 151.
96. Friese, CR, Kalisch, BJ, Lee, KH. (2013). Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nurs.* 36(6): 51-57.
97. Ponce de León-Rosales, SP., Molinar-Ramos, F., Domínguez-Cherit, G., Rangel-Frausto, MS., Vázquez-Ramos, VG. (2000). Prevalence of infections in intensive care units in Mexico: a multicenter study. *Crit Care Med.* 28: 1316-21. doi: 10.1097/00003246-200005000-00010.
98. Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B.(2009). Errors In Administration of Parenteral Drugs In Intensive Care Units: Multinational Prospective Study. *BMJ*;338: b814.



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**Sayı** :E-97105791-804.01-2106180025  
**Konu** :Tez Konu Başlığı Hk.

**Tarih**:18.06.2021

**Sayın Veda PALALI**

Enstitü Yönetim Kurulunun 13.05.2020 tarih ve 2020/10 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Halil GUZELBEY  
Müdür Vekili

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
194101047 Veda PALALI	Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin İncelenmesi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:ed2f2229

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres : Havaalanı Yolu Üzci 8 Km - Şahinbey / GAZİANTEP

İrtibat:0(342) 211 80 80

Tel / Fax : 0(342) 211 80 80 / 0(342) 211 80 81

Web: [www.hku.edu.tr](http://www.hku.edu.tr)

Keş Adresi : [hasankalyoncu@hku.edu.tr](mailto:hasankalyoncu@hku.edu.tr)

e-Posta: [info@hku.edu.tr](mailto:info@hku.edu.tr)





T.C.  
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 13511907-601.99  
Konu : Hemşire Veda PALALI'nın Bilimsel Çalışma Ön İzni Hk.

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hastaneniz Hemşiresi Veda PALALI'nın hastanenizde yapacağı "**Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin İncelenmesi**" isimli bilimsel çalışması için, Müdürlüğümüze yaptığı ön izin başvurusu incelenmiş olup, çalışmalarının tesisinizde yapılmasına engel bir durumun olmadığı Bilimsel İnceleme Komisyonunca karara bağlanmıştır.

Konu ile ilgili komisyon kararları ekte sunulmuş olup, gereğinin yapılmasını;

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr. Mehmet AKGÜNGÖR  
İl Sağlık Müdürü a.  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı V.

Eki  
1- 1 Adet Değerlendirme Formu.  
2- 1 Adet Ön İzin Belgesi.

Yürüklere Mahalleri Gazı Mustafa KUŞÇU Caddesi No:12 Öndüğübuş Tel:0344  
223 7425 (dahri:3415)  
Telefon: Faks No: 03442515120  
e-Posta: celal.acer@sağlık.gov.tr İnternet Adresi:  
<http://www.kahramanmaraş.khb.saglik.gov.tr>

Evvelce elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 96code0a-88af-46d8-a7da-6b1fe7367c75 koda ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Celal ACER

SAĞLIK MEMURU

Telefon No: (0 344) 223 74 25

## ANKET FORMU

**KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

Değerli meslektaşım;

Bu ankete vereceğiniz cevapların tamamı bilimsel çalışma için kullanılacak olup, katılımcıya herhangi bir yaptırım kesinlikle olmayacaktır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hemşireyi tanıtıcı bilgi formu olup 17 adet sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde hastaların bağımlılık düzeyini belirlemek için Cheltenham Hasta Sınıflama Ölçeği kullanılmıştır ve 4 adet soru içermektedir. Üçüncü bölümde hemşirelerin karşılanmayan bakım gereksinimlerini belirlemek için 21 adet sorudan oluşmaktadır. Üçüncü bölümün devamında hemşirelerin karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenleri hakkındaki değerlendirmelerini belirlemek için 16 adet soru kullanılmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Dilerseniz araştırma sonucu sizinle paylaşılacaktır. Soruları dikkatlice okuyup yanıtlamanız araştırmanın geçerliliği için önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Veda PALALI ADIGÜZEL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

**BİRİNCİ BÖLÜM****HEMŞİREYİ TANITICI BİLGİ FORMU**

1. Cinsiyetiniz?: ( ) Kadın ( ) Erkek
2. Eğitim durumunuz?: ( )Lise ( )Ön Lisans ( )Lisans ( )Yüksek Lisans
3. Çalışma yılınız? ( ) 1-5 Yıl ( ) 5-10 Yıl ( ) 10-15 Yıl ( ) 15 Yıl ve üzeri
4. Çalışma şekliniz?: ( )Gündüz mesaisi ( )Vardiyalı
5. Çalışılan birim?: ( ) Dahili klinik ( ) Cerrahi klinik ( ) Yoğun bakım ( ) Acil
6. Çalışılan vardiya uzunluğu? ( ) 8 Saat ( ) 16 Saat ( ) 24 Saat
7. Haftalık çalışma saatiniz? ( ) 40 Saat ( ) 40 Saat üzeri
8. Son 1 ayda kaç saat fazla mesai çalıştınız?  
( ) Hiç ( ) 1-16 saat ( ) 16-48 ( ) 48 saatten fazla

9. Çalıştığınız birimdeki hasta sayısı? ( ) 5-10 ( ) 10-15 ( ) 15-20 ( ) 20 ve üstü
10. 8 saatlik çalışma saatiniz de hastaya ayırdığınız ortalama bakım süresi:  
( ) 15 dk ve altı ( ) 15-30 dk ( ) 30-45 dk ( ) 60 dk ve üzeri
11. Çalıştığınız birimde hasta bakımına yeterince zaman ayırabiliyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
12. Çalıştığınız birimdeki toplam hemşire sayısı ? ( ) 3-6 ( ) 6-12 ( ) 12 üzeri
13. Çalıştığınız birimdeki hemşire sayısı sizce yeterli mi ? ( ) Evet ( ) Hayır
14. Çalıştığınız birimde sık karşılaşılan durumlar nelerdir?  
Hasta düşmeleri ( ) Var ( ) Yok  
Yatak yarası ( ) Var ( ) Yok  
Enfeksiyon hastalıklarında artış ( ) Var ( ) Yok  
Yatış sürecinde uzama ( ) Var ( ) Yok  
Mortalite oranlarında artma ( ) Var ( ) Yok
15. Mesleğinizi seviyor musunuz?: ( ) Evet ( ) Hayır
16. Kurumdan ayrılma düşüncesi oldu mu/var mı?: ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım
17. Meslekten ayrılma düşüncesi oldu mu/var mı?: ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

## İKİNCİ BÖLÜM

### CHELTANHAM'IN HASTA SINIFLAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeleri bulunduğunuz klinikteki hastaları genel olarak değerlendirip o şekilde cevaplayınız.

1. Bakım verdiğiniz hastayı Hareket/mobilizasyon yönünden işaretleyiniz?

- (1) Bağımsız  
(2) Bir hemşirenin yardımına ihtiyacı var  
(3) İki hemşirenin yardımına ihtiyacı var  
(4) Sedyeye/ sandalye ile dolaşır. Kesin yatak istirahatinde ayağa kalkamaz.

2. Bakım verdiğiniz hastayı Hijyen yönünden işaretleyiniz?

- (1) Kendi kendine banyo yapabilir  
(2) Bir hemşirenin yardımına ihtiyacı var  
(3) İnkontinans (Defekasyon ve miksiyon kontrolü yok)  
(4) Altına bez konuyor / İki hemşireye ihtiyacı var

3. Bakım verdiğiniz hastayı Yemek Yeme yönünden işaretleyiniz?

- (1) Kendi kendine yiyebilir
- (2) Yiyeceklerini parçalamak için bir hemşireye ihtiyaç duyar.
- (3) Nazogastrik yolla beslenme
- (4) IV sıvı ile besleniyor/TPN ( total parenteral beslenme)

4. Bakım verdiğiniz hastaları Mental Durum yönünden işaretleyiniz?

- (0) Hemşireye ihtiyacı yok (Zamana ve çevreye oryante)
- (2) Bazen dengesiz
- (4) Yakın gözlem

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

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 **GERÇEKLEŞTİRİLEMEMEKTEDİR?**

Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. Örneğin “hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa” bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir. Servisinizde hiç yapılmayan hemşirelik bakım aktiviteleri olduğunda “Uygun Değil” seçeneğini işaretlemelisiniz. 1: Nadiren verilmiyor, 2: Bazen verilmiyor, 3: Sıklıkla verilmiyor, 4: Hiç bir zaman verilmiyor, 5: Uygun değil seçenekleri arasında değişen beşli likert tipi ölçek kullanarak; görüşlerinizi belirtiniz.

Karşılanmayan/Verimeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Nadiren Verilmiyor	Bazen Verilmiyor	Sıklıkla Verilmiyor	Hiç bir zaman Verilmiyor	Uygun değil
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hastaya banyo yaptırılması / cilt bakımı verilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Ellerin yıkanması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Her şifitte hastanın değerlendirilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Çağrı sinyaline / ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

## KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN NEDENLERİ ÖLÇEĞİ

Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin 1. kısmında işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin **VERİLEMEME NEDENLERİNİ** aşağıda belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerini 1: Önemli bir neden, 2: Orta düzeyde bir neden, 3: Küçük bir neden, 4: Bakımın verilmemesi için bir neden değil seçenekleri arasında değişen dördümlük likert tipi ölçek kısmını kullanarak görüşlerinizi belirtiniz.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Nedenleri	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilmemesi için neden değil
<b>İş Gücü Kaynakları</b>				
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Hasta sayısındaki beklenmedik bir artış ya/ ya da çalışılan birimde yoğunluk	(1)	(2)	(3)	(4)

4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>Malzeme Kaynakları</b>				
5. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>İletişim / takım çalışması</b>				
8. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Hasta dağılımındaki dengesizlik	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Önceki siften ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn:Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu ya da gerginlik	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Hemşireler arasından oluşan gerginlik ya da iletişim kopukluğu	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması	(1)	(2)	(3)	(4)

## GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

### Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ve Nedenlerinin İncelenmesi

Bu çalışma, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerinin incelenmesi amaçlamaktadır. Sizin de araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılabilirsiniz. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak, başkalarına verilmeyecek ve herhangi bir yaptırım söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için soru yanıtlarınızın sizin tarafınızdan işaretlenmesini ve soruları boş bırakmamanızı dilerim.

Teşekkürler.

### KATILIMCININ BEYANI

Sayın Betül TOSUN veya Veda PALALI ADIGÜZEL tarafından bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağı bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Katılımcıyla Görüşen Araştırmacı

Adı Soyadı:

Adı-Soyadı: Veda PALALI ADIGÜZEL

Adres:

Adres: :

Tel:

İmza:

İmza :



Betül Tosun

22.12.2019 11:19

Kime: veda palalı

The MISSCARE Surveyaugust201...  
127,31 KB

----- Yönlendirilen İleti -----

Gönderen: Beatrice Kalisch

Tarih: 22 Ara 2019 Paz, saat 11:10

Konu: Re: MISSCARE SURVEY-Turkish

Alto: Betül Tosun

YOU HAVE MY PERMISSION TO USE THE MISSCARE SURVEY. LET ME KNOW THE RESULTS.

Beatrice J. Kalisch, RN, PhD  
 Emeritus Professor of Nursing  
 University of Michigan  
 Ann Arbor, Michigan RVEY

On Fri, Dec 20, 2019 at 3:44 PM Betül Tosun:

Dear Prof. Kalisch;

I am Assistant Prof. from Hasan Kalyoncu University, Gaziantep Turkey. Previously I have communicated with Sergül Duygulu from Turkey about the questionnaire MISSCARE SURVEY you developed and study about psychometric analysis of The MISSCARE Survey-Turkish. Prof. Duygulu asked me to contact with you before give permission to use the MISSCARE SURVEY-Turkish version.

Could you please give me permission to use this scale to use in our study and could you send me the original version of the scale?

Regards



**Re: Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenleri ölçeğinin türkçe uyarlaması**



Sergül Duygulu

13.01.2020 16:42

Kime: veda palalı

misscare\_27august2018final.doc  
92,37 KB

Merhaba,

Ekte ölçeğin Türkçe formunu gönderiyorum. Selam ve sevgiler.

Sergül

On 2020-01-13 10:52, veda palalı wrote:

&gt; Sayın Hocam

&gt;

> Ben Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı  
 > yüksek lisans öğrencisi Veda PALALI. Karşılanmayan hemşirelik  
 > bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik Türkçe uyarlama  
 > çalışmasındaki ölçeğinizi, çalıştığım hastanede  
 > çalışan hemşirelere yapacağımız bir çalışmada kullanmak  
 > istiyorum. Ölçeğinin kullanımı için Beatrice Kalisch'ten izin  
 > aldım. Ölçeğinizin orijinal hali ve kullanım talimatı ile ilgili  
 > de beni bilgilendirebilirseniz çok sevinirim.

&gt;

&gt; Saygılarımla