T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi MANAR ASLAN

TRAKYA BÖLGESİNDEKİ KAMU VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KARŞILAYAMADIKLARI BAKIM VE NEDENLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ayşe ÇİMEN

Referans no: 10155181

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi MANAR ASLAN

TRAKYA BÖLGESİNDEKİ KAMU VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KARŞILAYAMADIKLARI BAKIM VE NEDENLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ayşe ÇİMEN

Tez No:

EDİRNE-2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Manar ASLAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Ayşe ÇİMEN tarafından tez başlığı "Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri'' olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **28/03/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Gülnur AKKAYA
ÜYE

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Manar ASLAN
ÜYE (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca deneyim ve bilgileri ile desteğini esirgemeyen sevgili hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Manar ASLAN'a, her türlü desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan eşim Veysel Caner ÇİMEN'e, annem ve babama sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım. Kurumlarında araştırma yapılmasına izin vererek destek olan hastane yöneticilerine ve araştırmaya katılan hemşire meslektaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **3**

BAKIM **3**

KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI **10**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **17**

BULGULAR **23**

TARTIŞMA **40**

SONUÇ VE ÖNERİLER **52**

ÖZET **55**

SUMMARY **57**

KAYNAKLAR **59**

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ **65**

ÖZGEÇMİŞ **67**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AHRQ: Agency for Healtcare Researchand Quality

KHB: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

KHBM: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli

PSM: Patient Safety Movement

GİRİŞ VE AMAÇ

Bakım kavramı, insanoğlunun varlığından itibaren ihtiyaç duyduğu vazgeçilmez bir parçasıdır ve insan olarak yaşamını sürdürebilmesi için özenle ve saygılı bir biçimde yapılan tüm etkinlikleri içerir (1,2). Türk Dil Kurumu bakımı; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimleri üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlamıştır (3). Bakım kişinin sadece kendine yönelik bir eylem değil aynı zamanda ihtiyaç duyan başkasına yönelik bir eylemdir (2). Dolayısıyla bir kişiye bakım verirken, o kişinin istek ve ihtiyaçlarının yanında insanın çok boyutlu olduğunu düşünerek özen gösterilmesi gerekir (2,4,5).

Bir işin/görevin yapılması gerektiğinde bunu gerçekleştirecek profesyonel bir grubun olması gerekir (6). Bakımı mesleki bir yükümlülük olarak gören ve profesyonel boyutta bakımı uğraş edinen meslek grubu hemşireliktir (1,2). Bakım kavramı hemşirelik mesleğinin odak noktasını, temelini oluşturur ve hemşirenin mesleğe özgü en temel rolüdür (7,8,9). Hemşirelik bakımını özgün kılan şey; hemşirenin bilgi ve becerisi, muhakeme kabiliyeti ve teknik becerisini etik ilkeler ve mesleki değerler çerçevesinde birleştirebilmesi; özenli ve saygılı bir biçimde sunabilmesidir. Sadece vicdani duygu ve şefkate dayalı olarak sunulan bakım, bireylerin gereksinimlerinin karşılanmasında yeterli olmaz; aynı zamanda bakım verilen kişiye zarar verme riskini de doğurabilir. Bilgi ve beceri eksikliği, dikkatsizlik ve ihmal gibi sebeplerden dolayı yapılan tıbbi hatalar bireylerin yaşamının tehlikeye atılması gibi ciddi ve olumsuz hasta sonuçlarını doğurabilmektedir (1,10).

Olumsuz hasta sonuçlarına örnek verecek olursak; ilaç hataları, basınç ülseri (dekübit), nazokomiyal enfeksiyonlar, kazalar (düşme vb.), kardiyak arrest, pulmoner komplikasyonlar, mortalite vb. sayılabilir. Olumsuz hasta sonuçlarının oluşmasında hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan; hemşire istihdamının yetersiz olması, hemşire tarafından harcanan günlük bakım sayısı ve süresi, iş yükü fazlalığı, iletişim eksikliği ve aşırı bakım gereksinimi gibi unsurların etkili olduğu belirtilmektedir (11,12,13). Dolayısıyla hastaların gereksinim duyduğu bakımın çeşitli nedenlerle yerine getirilmemesi hem hasta güvenliğini tehdit etmekte hem de hemşirelik bakım kalitesini düşürmektedir (11).

Hemşirelik bakımındaki eksiklikleri saptamak ve hemşirelik bakım kalitesini belirlemek için yapılan çalışmalar genellikle tıbbi hatalar üzerinedir. Hasta güvenliği hareketi (Patient Safety Movement-PSM), tıbbi hatalarla ilgili olarak başlıca iki hata türü tanımlamaktadır. Bu hatalardan biri uygulama hatası (örneğin yanlış kolun ameliyat edilmesi gibi) diğeri ise ihmalin etkisidir (örneğin basınç ülserinin oluşumunu engellemek için hastanın hareket ettirilmemesi gibi). Literatürde uygulama hatalarına büyük ölçüde yer verilirken ihmalin etkisinin çok az ele alındığı görülmektedir. Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healtcare Researchand Quality-AHRQ) ihmal hatalarının, uygulama kaynaklı hatalara göre sayıca daha fazla olduğunu, daha zor tespit edildiğini ve daha büyük problem teşkil ettiğini belirtmiştir (13-16).

Hasta güvenliği literatürünün bir ihmal hatası olarak kabul ettiği ‘Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB)’, hastanın ihtiyacı olan bakımın bir kısmının veya tamamının ihmal edilmesi veya ertelenmesi olarak tanımlanmıştır (17,18). Kalisch ve arkadaşları ihmal hatalarının araştırılmadığı sürece gizli kaldığını ifade etmişlerdir (13). Bu nedenlerle ihmal hatalarının hemşirelik bakım kalitesinin göstergesi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (19).

KHB, hasta sonuçları, hemşirelik bakım kalitesi göstergeleri ve hemşireler açısından olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. KHB’nin neler olduğu ve bunların nedenlerini ortaya koymaya yönelik çalışmaların yürütülmesiyle hasta bakımı ve hasta güvenliğine katkı sağlanacak ve hemşirelik bakım kalitesi de artacaktır. Bu çalışma ile Türkiye’de Trakya bölgesindeki karşılanamayan bakımın ne kadar olduğunu ve nedenlerini ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır. Böylelikle yöneticilerin ve hemşirelerin karşılanamayan bakımın farkına vararak hastalara daha iyi ve eksiksiz bakım verilmesi sağlanabilir.

GENEL BİLGİLER

BAKIM

Bakım kavramına ilişkin uzun yıllardan beri yazılı bilgiler bulunmakla birlikte günümüzde hala kavramla ilgili belirsizlikler nedeniyle tanımlanmasının zor olduğu belirtilmektedir (20-22).

Türk Dil Kurumuna göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek olarak tanımlanır. O halde bakım herhangi bir nesneye veya başka birine değer verme, özenli olma ve onun iyiliği için eylemde bulunmayı içerir. Diğer bir tanıma göre bakım; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak ifade edilmektedir (3). Başka bir tanıma göre ise bakım; kendi gereksinimlerini karşılayamayan bir kişinin başkası için bakma sorumluluğunun üstlenilmesidir. Bu sorumluluk insan insana ilişkiyi ve bu ilişkide bir başkasının iyiliği için karar vermeyi, eylemde bulunmayı içerir (23). İngilizce sözlük tanımlarında isim olarak 'care' kavramı; korunma, sakınma, dikkat, kaygı anlamları taşımaktadır. Fiil olarak da endişe duymak, merak etmek, ilgili hissetmek, fiziksel gereksinimlerini karşılamak, yardım etmek anlamlarına gelmektedir (24). Sözlük anlamlarındaki çeşitlilikten de anlaşılacağı gibi bakım vermek, çok boyutlu bir kavramdır.

İnsanoğlunun varoluşundan itibaren ihtiyaç duyduğu bakım kavramı, insan doğasının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bakım, insanın biyolojik bir program içerisinde, insan olma biçiminde, yaşama saygı duyarak, kendisini ve başkalarını sevmesinin sonucu olarak

başkalarıyla kurduğu yardım edici bir ilişkidir (2,6). Herkes için yaşamsal bir ihtiyaç ve insan olmanın evrensel bir özelliğidir (7). Heidegger bakımı, insanlığın temel yapı özelliği olarak düşünmektedir. Her bireyin kendi bakımını üstlenmeye uyum gösteren bir varlık hissine sahip olduğunu, insanın kendisi için önemli ve anlamlı olmasının kendi bakımına uyum sağlamasında temel motivasyon kaynağı olduğunu belirtmiştir (2,25). Bu durumda bakımın insanın özünde olduğu değerlendirilebilir (2).

Bakım, bireylerin sadece kendilerine yönelik değil aynı zamanda ihtiyaç duyan başka bireylere yönelik bir eylemdir. Bakımda bir kişinin başka bir kişinin ihtiyaçlarına özen göstermesi söz konusudur (4). Kendi bakım gereksinimlerini karşılayan kişi, biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönü olan bir varlık olarak başkasının bakımına da ihtiyaç duymaktadır (1,2). Fry bakımı, yararlı hizmet sunma olarak görmekte ve ahlaki bir davranış olarak bakımın etik bir yükümlülük olduğunu düşünmektedir. Ayrıca bakımın ilişkinin diğer ucunda yer alan kişi ya da kişilerin iyiliğini veya daha iyi olmasını amaçladığını belirtmektedir (2). Trontoise bakımı şöyle tanımlar: "Bakım, en genel düzeyden dünyamızı olabildiğince iyi yaşayabilmek için korumak, sürdürmek ve onarmak üzere yaptığımız her şeyi içeren özel bir etkinliktir. Bu dünya bizim bedenlerimizi ve çevremizi içerir" (7).

Bir başka tanıma göre 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 yapılan her şeydir" (26). Bu genel tanım insanın yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken tüm etkinlikleri bakım kapsamında ele alır (1)

Roach bakımın farklı yönlerini ve karakteristik özelliklerini ele alarak bakımı beş 'C' maddesi altında toplamıştır. Roach'ın belirttiği bu özellikler, bakımın hem duygusal yönünü hem ahlaki yönünü hem de profesyonel yönünü vurgulamaktadır.

- Şefkat, merhamet(Compassion): Acı çeken bireylerin durumlarını anlamayı yani empati kurmayı sağlamaktır.
- Yeterlilik(Competence): Bilgi, beceri, karar verme, deneyim, güç ve motivasyon gerektiren profesyonel sorumluluklardan birisidir.
- Güven(Confidence): Bakımın temeli karşılıklı güven ilişkisine dayanmaktadır.

- Vicdan(Conscience): Profesyonel bakım, olgunluğa ulaşmış vicdanın yansımasıdır.
- Sözleşme(Commitment): Profesyonel bakım, bakım verenler ve bakım alanlar arasında varılan anlaşma ve karşılıklı sorumluluk sürecidir (27).

Bakım, insanın bir ilişki biçimi, etik bir yükümlülük, yardım edici, destekleyici, ahlaki bir davranış biçimi olarak nitelendirilmektedir. Bakım insanlığın itibarı için gerçekten orada olmayı kapsar. Birisi için orada olmak, insana karşı sevgi ve şefkat içinde, sabırlı ve duyarlı olmak anlamındadır (28).

Tüm bu tanımlamalardan yola çıkarak bakımın, insanın birçok boyutunun ele alınması gerektiği ve bakım verenlerin ayrıcalıklı özelliklere sahip olması gerektiği sonucuna varılabilir. Bakım kavramı bireylerin kültürleri, değerleri, tecrübeleri ve başkalarıyla olan ilişkilerinin sonuçlarından oluşur (29). Bakım, bireyin gereksinimlerinin saptanması, gereksinimlerine yönelik planlar yapılması, bakımın uygulanması ve değerlendirilmesini içeren bir süreç olarak ele alındığında bunu yapabilecek profesyonel bir grubun olması gerektiği sonucunu ortaya çıkarmaktadır (2). Bakımı mesleki bir yükümlülük olarak gören grup, hemşireliktir. Hemşireliğin bakımı mesleki bir yükümlülük olarak üstlenmesiyle bakım daha özel nitelik kazanmıştır; özelleşmiş olan bu bakıma da 'hemşirelik bakımı' denir (1,2).

İnsanlığın varoluşundan bu yana değişen yaşamla birlikte hemşirelik mesleği de değişime ve gelişime uğramıştır. Hemşirelikte değişmeyen tek şey bakım verme hizmetidir (4). Hemşirelik bakımı, hemşirenin mesleğe özgü en temel rolü, hemşirelik mesleğinin odak noktasıdır (1,8,9,30). Hemşirelik bakımı kavramı, hemşirelik alanında üzerinde en çok tartışılan ve hemşirelik uygulamalarında her gün kullanılan bir terim olmasına rağmen; hemşirelik literatüründe henüz tam anlamıyla ulaşılmış ortak bir bakım tanımı yoktur (1,2,7). Hemşirelik bakımının tanımlanması; hemşirelik bakımının kapsamının doğru anlaşılması, bakımın tam ve doğru planlanması, bakım kavramı içinde bulunmayan uygulamalardan vazgeçilmesi açısından oldukça önemlidir. Çünkü bakım hemşireliğin özünü oluşturur. Öz, kavranmaz ise özü destekleyen öğeler özden uzaklaşır ve önemini kaybeder. Bu nedenle hemşirelik bakımının tanımını yapmak oldukça önemlidir (2).

Hemşirelik bakımı kuramcılar tarafından farklı boyutları ile tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak ortak kabul görmüş bir tanım mevcut değildir. Leninger, 'Bakım hemşireliktir ve

hemşirelik bakımdır' ifadesini kullanarak bakımın meslek için ne kadar önemli olduğunu ve aslında ayrı gibi görünen iki kavramın bir bütünün birer parçaları gibi işlev gördüğünü vurgulamaya çalışmıştır (31). Bakımı, hemşirelik bilgi ve uygulamalarının odak noktası olarak ifade etmektedir. Bakım, gereksinimi olan birey ya da bireylere belirlenen gereksinimlerin karşılanmasına yönelik desteklenmeyi ve yardım etmeyi kapsar. Profesyonel bakım ise sağlığın devam ettirilmesi ve geliştirilmesi için gerekli olan, mesleki bilgi, beceri ve davranışları kapsamaktadır. Aynı zamanda bunların yanı sıra bakım, şefkat, ilgi, sevgi, beslenme, koruyucu davranış, empati, yardım etme, teşvik etme, güven verme, paylaşma, stresi azaltma gibi davranışları kapsar. Ayrıca Leninger, bakımı antropolojik açıdan ele almış ve insanın içinde bulunduğu kültürden ayrı düşünülemeyeceğini ifade etmiştir. Ona göre bakım toplumun özüdür ve herhangi bir toplumun kültürü ile yakından ilişkilidir (32).

Henderson, Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisini temel alan insanın 14 temel gereksinimini belirlemiştir. Ayrıca toplumun profesyonel bakımı, hemşireden beklediğini vurgulamaktadır. Hemşire bu temel gereksinimler doğrultusunda hasta ile birlikte hastanın bakım gereksinimlerini saptar. Hastanın kendi gereksinimlerini yardımla ya da yardımsız karşılama yetisini tespit eder. Bakıma yönelik planlama yapar ve hastanın temel gereksinimlerini yerine getirmesine yardımcı olur. Hemşire, hastanın gizlediği, ifade etmekten çekindiği bakım gereksinimlerini, kendisini hasta yerine koyarak belirlemelidir. Henderson bu bağlamda hemşirenin yardım etme, empati kurma değerlerine sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Hemşire, hastanın fiziksel, kültürel, entelektüel, psikolojik ve sosyal yönlerini göz önünde bulundurarak bakım eyleminde bulunur. Profesyonelliğin önemli bir özelliği; hastaya yardım ederken onu hemşireye bağımlı hale getirmek değil, imkan ve kabiliyetine göre bağımsızlığını kazandırmaktır (2,32,33,34).

Hall, bakımı, bireyin eğitim ve öğrenme aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlamaktadır. Hall'e göre bakım; büyütme, ihtiyaçlarını sağlama, rahatlık sağlama gibi annelik kavramlarıyla ilgili etmenlerin bir araya gelmesidir. Ancak hemşirelik bakımı, bilimsel temeller rehberliğinde profesyonel bir yaklaşım gerektirir. Hall'a göre bakım verme; hemşirenin hasta olan bireyin günlük gereksinimlerini karşılamasına yardım etmesidir. Hemşirenin, bakım verirken kurduğu yardım edici ilişki, hastanın hemşireye karşı kendini yakın hissetmesini sağlar ve duygularını daha rahat bir şekilde hemşireyle paylaşır. Bakımın

amacı "öz" ün (hastanın kendisi) gelişmesini sağlayarak başka bireylerle kişilerarası ilişki kurabilme becerisini kazandırmaktır. Hall, hastaların tüm bakım ve eğitiminin tamamen profesyonel hemşireler tarafından verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (35).

Travelbee'ye göre "bakım gereksinimi; profesyonel hemşire tarafından karşılanabilecek olan ve hemşirelik uygulamasının yasal tanım alanı içinde yer alan hasta kişinin (veya ailenin) her türlü gereksiniminin karşılanmasıdır." Travelbee, hasta-hemşire iletişiminin bakımda önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca hemşirenin insan insana bir iletişim kurması, bakımın amacını yerine getirmesini kolaylaştıran bir süreçtir. Hemşire hastayı yalnızca hastalık olarak algılarsa bakımın merkezi hasta olmaktan çıkacaktır ve asıl amacına ulaşamayacaktır. O'na göre hastalık ağrı ve acı çekme deneyimidir, hemşirenin kendisi acı çekme deneyimlerine sahipse, hastanın durumunu daha iyi anlayacaktır. Hastayı doğru anlamak için hastayla mümkün olduğu kadar beraber olmalarını önermektedir. Burada empati ve sempatinin bakımındaki önemi vurgulanmaktadır. Bakım insan insana kurulan etkileşim sürecidir (32,34,36).

Orem'in öz bakım modeline göre, öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamalarını, sağlıklarını ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Bu modele göre, hastaların kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamadıkları durumlarda, onların bu ihtiyaçları hemşirelik bakımıyla karşılanır (32,37).

Roper, Logen ve Tierney'in yaşam aktiviteleri modelinde, hemşirenin bakım ve hastanın rahatlığını sağlama rolü, hemşirenin bağımsız bir meslek üyesi olarak eylemde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Bunun hemşireler tarafından üstlenilen bir rol olduğu belirtilmektedir (32,34,38).

Kuramcıların yaptığı tanımlamalardan yola çıkarak hemşirelik bakımı, hemşirelik uygulamalarının merkezinde bir değer olarak belirtilmektedir. Bu bağlamda hemşireliğin en temel varoluş sebebinin bakım olduğu düşünülebilir. Bakım olgusu, başkalarının gereksinimlerinin giderilmesinden sorumlu olan kişiler için bir hedeftir ve bunu gerçekleştirmek hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde temel oluşturur (2). Hemşirelik bakımı; bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesi için kurulan ilişki aracılığıyla yapılması gereken faaliyetler ve birey için iyi olana ulaşma

çabasıdır. Bakım; duyguları, değerleri, mesleki bilgi ve beceriyi kapsayan hemşirenin mesleki bir uygulamasıdır (39,40).

Cortis ve Kendrick'e göre hemşirelik bakımının özellikleri şöyle sıralanır: Bakım;

- Kapsayıcı ve evrensel bir insani özelliktir.
- Birine bir etki yapma, dokunma, şefkat gösterme veya bakım alana empati yapma olarak da tanımlanmıştır. Bu duygular hemşireyi diğer bireylere bakmaya yönelten temel motivasyon öğeleridir.
- Karşılıklı düşünce alışverişinin yapıldığı kişiler arası bir etkileşimdir.
- Terapotik bir yöntemdir.
- Ahlaki bir zorunluluk, hemşireliğin temel erdemidir (25).

Fry'a göre bakım yapmak, insanın onurunu korumak ve sağlığını yükseltmek sorumluluğu anlamına gelmektedir. Bu bağlamda hemşirelik bakımı, bir tür ahlaki yükümlülüktür. Fry, hemşirelik bakımının hemşirenin benimsemesi gereken merhamet, dürüstlük, yetkinlik vb. ahlaki değerlerin yanı sıra bilimsel bilgiye dayalı bir eylem olduğunu dile getirmiştir (2). Dolayısıyla hemşirelik bakım kavramı, birçok öğeyi içinde barındıran oldukça geniş bir kavramdır. Bu durum da profesyonel bakım veren hemşirenin ayrıcalıklı özelliklere sahip olmasını gerektirmektedir (1,2,7).

Hemşirenin dürüstlük, sabır, iyilik için çaba gösterme, empati kurma, bireye saygı duyma gibi özelliklere sahip olması beklenmektedir. Bakımı yükümlülük olarak üstlenen kişinin bazı erdemlere sahip olması gerekmektedir. Hemşirenin bakım verirken bir işi yapmış olmak için değil; gerçekten yaptığı eylemle sorumluluğunu aldığı bireye yardım ettiğine inanarak eylemde bulunması gerekir. Yani hemşire verdiği bakımın hedefine ulaşabilmesi için mesleki eylemini istekli bir şekilde yapmalıdır. Hemşirelerin bakımı isteyerek yapmaları önemlidir ancak yeterli değildir (2).

Hemşire, profesyonel olarak bakım verme rolünü bilimsel yöntem çerçevesinde gerçekleştirmelidir. Hemşirenin bakım işlevi, hemşireliğin bilimsel problem çözme yöntemi basamaklarından oluşan hemşirelik süreci ile ifade edilmektedir. Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan yöntemdir. Hemşirelik sürecine göre hemşire, bakımından sorumlu

olduğu bireyin; ailenin ve toplumun bakım gereksinimlerini belirleme, hemşirelik tanısı koyma, kanıta dayalı bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme sorumluluklarını üstlenmektedir. Hemşirelik sürecini kullanarak hemşire, bakımı sezgisel değil sistematik ve analitik bir yaklaşım içinde gerçekleştirir. Dolayısıyla bakım süreci, hemşirenin hizmet sunduğu bireyin bakıma ihtiyacı olup olmadığının belirlendiği ve gerektiğinde bu ihtiyacını karşılamada bilimsel yöntem kullanılan bir uygulamadır (2,40).

Her geçen gün hemşirenin değişen ve gelişen rolleri bakımda karmaşık kararlar vermeyi gerektirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, herhangi bir eylemde bulunmadan önce elde ettiği verileri analiz ederek bireye özgü, en doğru bakımı vermesi gerekir. Hemşirenin yeterli mesleki bilgi ve beceriye sahip olması, bilimsel ve tıbbi gelişmeleri takip etmesi, değişime açık olması, sorumluluk üstlenmesi ve mesleki etik değerleri benimsemiş olması gerekir. Sadece profesyonel bakım veren hemşirelerin bakıma gereken önemi verebileceği ve bakımın sorumluluğunu üstlenebilecekleri düşünülmektedir (2).

Hemşirelik bakımı, bakımın ahlaki yönü konusunda farkındalık ve duyarlılık göstermenin yanı sıra; bilimsel bilgi temelini ve becerilerini de gerektirir. Yani bakımı, hemşirelik bakımı olarak özgün kılan; hemşirenin doğru bilgisi, pratik aklı, muhakeme yetisi ve özelleşmiş teknik becerisini etik ilkeler ve mesleki değerler doğrultusunda birleştirerek özenli ve saygılı bir şekilde sunabilmesidir. Dolayısıyla yalnızca iyi niyet ve şefkate dayalı olarak sunulan bakım, bireylerin gereksinimlerinin karşılanması için yeterli olmayacaktır ve etkili bir bakım verilemeyecektir (1).

Hemşirelik bakımındaki eksikler, ihmaller, aksaklıklar hastalar için ciddi sorun teşkil etmektedir. Hemşirelik bakımındaki ihmaller, hemşireler tarafından gizlenmektedir ve bu sebeple zor bir şekilde tespit edilmektedir. Eğer araştırılmazsa gizli kalmaya devam edecektir. Kalisch, hemşirelerin ihmallerinin gizli kalmaması gerektiği ve hemşirelik bakımı kalite göstergesi olarak kullanıldığı için bu durumu ortaya çıkarmada yeni bir kavram olan karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramını ortaya atmış ve bu konuda araştırmalar yapmıştır (19).

KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik bakımının kalite göstergesi olarak kullanılması nedeniyle 2006 yılından bu yana 'Missed Nursing Care' kavramından bahsedilmeye başlanmıştır (41). "Miss" sözcüğü Türkçe olarak "elinden kaçırmak, gözden kaçırmak" anlamlarına gelmektedir (42). Literatürde; ihmal, geciktirme/erteleme hatası olarak değerlendirildiğinden "Missed Nursing Care" in Türkçe karşılığı olarak "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB)" şeklinde kullanılması uygun görülmüştür. KHB, bir ihmal hatası olarak kabul edilmiştir (11,13).

KHB gereksinim duyulan hasta bakımının bir kısmının veya tamamının gecikmesi, ertelenmesi veya ihmal edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (11,17,18,41). KHB kavramı ilk kez Kalisch tarafından 2006 yılında yapılan bir araştırmada kullanılmıştır. Bu araştırmada sürekli olan, tekrarlayan, acil olan ve acil olmayan durumlarla ilgili ihmaller, KHB olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada düzenli olarak karşılanamayan gereksinimlerin ambulasyon, besleme, hasta eğitimi, çevirme, taburculuk planlaması, duygusal destek, hijyen, aldığı-çıkardığı takibi, sürveyans olmak üzere dokuz unsur ve bu unsurların karşılanamamasının nedenleri de; çalışan personel sayısının çok az olması, hemşirelik müdahalesi için gereken süre, mevcut personel kaynaklarının yetersiz kullanımı, etkisiz delegasyon (yetkilendirme), kötü takım çalışması, alışkanlıklar ve inkar olmak üzere yedi tema olarak belirlenmiştir (41).

KHB'de hemşirelerin mevcut duruma ilişkin yaklaşımları araştırılmaya çalışılmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin çoğu kayıt dışı kalması kaydıyla karşılayamadıkları bakımın var olduğunu kabul etmişlerdir. Kalisch, hemşirelerin bazen KHB için öfke, üzüntü, hayal kırıklığı ve endişe duyduklarını, nadir olarak da "kimin umurunda" tutumu şeklinde duygusal reaksiyon gösterdiklerini belirtmiştir (11). Araştırmalar, aslında hemşirelerin bazen KHB'nin farkında olduklarını ve bunları kolayca tanımlayabildiklerini ancak; kendilerine sorulduklarında açıkça durumu kabul etmediklerini, tartışmadıklarını ve bunu bir sır olarak nitelendirdiklerini göstermektedir (43). Bunun nedenlerinin hemşirelerin KHB'ye karşı suçluluk duygusu, konuyla ilgili bir şey yapılamayacağını düşünmeleri, kendilerini güçsüz hissetmeleri ve korku duymaları (ceza almaları ilgili vb.) olduğu belirtilmiştir (41).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Kavramsallaştırılması ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli

Daha önce tanımlanan KHB'nin kavramsallaştırılmasına yönelik çalışmalar üç yıl sonra yine Kalisch tarafından gerçekleştirilmiştir. Kalisch ve arkadaşları, Kalisch'in daha önce yaptığı araştırma sırasında hemşirelerin dile getirdiği ifadeler, konu ile ilgili diğer kavramlar (ihmal edilmiş, atlama, karşılanmayan, tamamlanmamış, kaçınılmış, bitirilmemiş) ve hemşirelik, hemşire, bakım sözcüklerinden faydalanarak literatür taraması yapmışlardır. Bu çalışma sonucunda Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli (KHBM)'nin çerçevesi oluşturulmuştur (11,41).

KHBM, Donebedian tarafından Kaliteli Bakım Modeli'nden türetilen yapı, süreç ve sonuç olarak üç boyutlu çerçeveye dayanmaktadır. KHBM'de yapı; hastane, hasta bakım birimi özellikleri ve bireysel hemşirelik özelliklerini ifade eder. Süreç, karşılanamayan hemşirelik bakımı anlamına gelir. Sonuç da hem hasta çıktıları (örneğin; hasta düşmeleri, basınç ülserleri, nazokomiyal enfeksiyonlar vb.) hem de personel çıktılarını (örneğin; iş memnuniyetsizliği, işten ayrılma vb.) ifade etmektedir (11,15,44,45,46).



Şekil 1. Karşılanamayan hemşirelik bakım modeli (11,14,15,47)

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Etmenler

KHB'yi hastaneler, klinikler, çalışma biçimleri, çalışana ait özellikler, işin özelliği vb. faktörler etkilemektedir. Yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde aşağıdaki verilere ulaşılmıştır.

Hastaneler-klinikler

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastanelerde MISSCARE Survey (Karşılanamayan Bakım Ölçeği) kullanılarak yapılan çalışmalarda KHB oranının yüksek olduğu ve hastaneler arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir (11,48). Ancak magnet hastanelerdeki KHB'nin magnet olmayan hastanelerden kayda değer ölçüde daha az olduğu belirtilmiştir. Hastanın çevrilmesi, beslenme, hasta eğitimi, ağız bakımı, intravenöz katater bakımı, çağrı ziline yanıt verme, eksiksiz dokümantasyon, etkin ilaç değerlendirme ve yara bakımı gibi bakımların magnet hastanelerde daha fazla yerine getirildiği saptanmıştır (49). Friese ve arkadaşları KHB'nin onkoloji kliniklerinde diğer kliniklere göre daha az olduğunu belirtirken, Kalisch ve Williams ise KHB'nin nefroloji kliniğinde daha yüksek olduğunu saptamıştır (50,51).

İş yükü (Hasta başına harcanan saat)

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Veri Bankası'na göre hemşirelik kalite standartları arasında bulunan günlük hasta başına harcanan saat; hemşirelik bakımı veren personelin hasta bakımı için üretken olduğu saatlerdir (52). Her bir hasta için hemşirelerin harcadığı zaman ile KHB arasında ters orantılı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Kalisch ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada, hasta başına harcanan saatin KBH için belirleyici bir etken olduğunu ortaya koymuştur (47). Hasta sayısının fazla olmasına karşın hemşire sayısının azlığına bağlı olarak hastanın gereksinim duyduğu bakımın tamamının karşılanamadığı belirtilmiştir (45,47). Ayrıca yapılan çalışmalarda ihtiyacın altında personel istihdamının KHB'yi arttıran önemli bir etmen olduğu saptanmıştır (45).

Çalışan ile ilgili faktörler

Çalışanların; unvanı, çalışma yılı, KHB algısı ile KHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda çalışanlarla ilgili bazı sonuçlar çelişkilidir. Kalisch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşire ve hemşire yardımcılarının aynı hasta ve aynı müdahalelerde KHB algılarının farklı olduğu, hemşirelerin hemşire yardımcılarına göre

daha az KHB'ye neden oldukları saptanmıştır (47). Kalisch'in başka bir çalışmasında da hemşirelerin hemşire yardımcılarına göre daha fazla KHB bildirdikleri belirlenmiştir (53).

Ayrıca Kalisch ve arkadaşları, hemşirelerin iş deneyimi arttıkça daha fazla KHB'ye neden olduklarını belirtmiştir (15,47). Çalışanlarda yeterli sayıda personel olduğuna ilişkin bir algının olması durumunda da KHB'nin azaldığı görülmüştür. Aynı çalışmada tek değişkenli analizlerde KHB kadın hemşirelerde daha fazla saptanmışken, çoklu analizlerde cinsiyet açısından bir fark olmadığı belirtilmiştir (15).

Çalışma şekli ile ilgili faktörler

KHB'yi etkileyen etmenler arasında gösterilen çalışma şekline ilişkin etmenler vardiya (çalışma saatleri), ekip çalışması ve mazeretsiz işe gelmemedir. Bu faktörlerle KHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, gece vardiyasında daha az KHB olduğu belirlenmiş, çalışma saatlerinin uzunluğunun da KHB'yi arttıran faktörler arasında olduğu belirtilmiştir (48). İki veya daha fazla iş devamsızlığı olanların daha fazla KHB'ye sebep oldukları saptanmıştır (47).

Ekip çalışmasının da hasta bakım kalitesinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar ekip çalışması arttıkça KHB'nin azaldığını göstermektedir (14). Aynı zamanda güven, ekip uyumu, birbirine destek, duygusal paylaşım arttıkça KHB'nin azaldığı belirtilmiştir (14,54).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Nedenleri

Karşılanamayan bakımın miktarını ve türünü ölçmek için geliştirilen Karşılanamayan Bakım Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar KHB'nin nedenlerini üç başlık altında toplamaktadır. Bunlar iş gücü kaynakları (emek=hemşire), malzeme (materyal) kaynakları ve iletişimdir. Her başlığın altında yer alan değişkenler oldukça zengindir. Bu başlıklar altında en sık bildirilen nedenler şunlardır; hasta sayısı ve/veya acil durumlardaki beklenmeyen artış, ilaç eksikliği ve dengesiz hasta dağılımıdır (13,14,51).

İş gücü kaynağını oluşturan en büyük etmen hemşire istihdamıdır. Yetersiz hemşire sayısı, gerekli bakımın verilememesinin en büyük nedenidir. Bakım verilen hasta sayısının fazla, hemşire sayısının yetersiz olması hemşirelerin işi yükünü arttırmaktadır (45,47,55,56). Ayrıca beklenmedik olaylar (örneğin; hasta durumundaki aciliyet, hasta durumunda

beklenmedik değişiklikler, hastaneye yatırılan ve taburcu edilen hastalardaki yoğunluk) sonucu ve hastaların hastalıklarının özellikleri (daha fazla bakım gerektiren hastaların sayısının fazla olması) hasta başına harcanan süreyi (iş yükü) arttırmaktadır. Hemşire istihdamının yetersiz olmasıyla bağlantılı olarak artan iş yükü, vardiyalı çalışma koşulları (uzun çalışma saatleri), fazla mesai yaparak çalışma yoğunluğunun artması KHB'nin en önemli sebepleri arasındandır (57-61).

Malzeme (materyal) kaynakları eksikliği, KHB'nin diğer bir nedenidir. Gerekli olduğunda ilaçların, sarf malzemelerin bulunamaması veya yetersizliği, kullanılması gereken tıbbi cihazların bulunmaması veya uygun biçimde çalışmaması KHB'nin önemli nedenleri arasında yer alır (62).

İletişim de KHB'nin önemli nedenleri arasındadır. Gerek hemşirelerin birbirleriyle gerekse ekip üyeleri arasındaki iletişim kopukluğu ve gerginlik KHB'ye sebep olan faktörlerdendir. Hemşirelerin; meslektaşlarıyla, hekimlerle ve diğer sağlık personelleri (örneğin fizyoterapist, eczacı, diyetisyen vb.) ile ekip olarak takım halinde çalıştıklarında verilen bakımın etkili ve eksiksiz bir şekilde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında ekip çalışmasının hasta güvenliği için gerekli olduğu kabul edilmiştir (14,63).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sonuçları

KHB, hem hastalar hem de hemşireler üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. KHB; nazokomiyal enfeksiyonlar, basınç ülserleri, yetersiz ambulasyon, hasta düşmeleri, pnömoni, üst gastrointestinal kanama, ilaç hataları, kardiyak arrest ve hasta mortalitesine varan ve hasta bakım kalitesini düşüren çok ciddi olumsuz hasta sonuçlarına sebep olmaktadır (15,51,58,64,65). Ayrıca KHB, hasta yaşam kalitesinin azalması ve hastanede kalış süresinin uzamasıyla birlikte hastane bakım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (13,66,67,68).

KHB, hasta üzerindeki olumsuz sonuçların yanı sıra personel üzerinde de olumsuz etkilere neden olmaktadır. Hemşirelik bakımında KHB'nin daha az olduğu birimlerde çalışmakta olan hemşirelerin mevcut pozisyonlarının daha iyi ve iş tatminkarlığının daha fazla olduğu gözlenmektedir. Dolayısıyla KHB, hemşirelerin meslek memnuniyetsizlik oranlarını arttırmakta ve iş doyumunu azalmaktadır. Personel sayısının yeterliliği algısının da iş

doyumunda önemli bir etken olduğu, tükenmişlik sendromunun görülmediği belirlenmiştir (48,58). Ayrıca KHB ve mazeretsiz işe gelmemenin yüksek olduğu birimlerde işten ayrılma niyetinin ve iş memnuniyetsizliğinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (69). Bu durumun dolaylı olarak hemşire yetersizliğine ve hastanın tamamlanmayan işlerinin hemşireyi strese maruz bırakmasına, özgüven duygusunu ve yeteneklerini azaltmasına neden olabileceği belirlenmiştir. KHB'na neden olan hemşirelerin kendilerini suçlu, endişeli ve hayal kırıklığı içinde hissettikleri görülmektedir (70-73).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesi

Hasta güvenliği hareketi için KHB önemli bir sorundur ve bu sorunun aşılması gerekmektedir. KHB ile ilgili hemşireler genellikle açık olmamakta ve bu durum KHB'nin gizli bir sır olarak kalmasına sebep olmaktadır (11,41,43). Hemşirelerin KHB ile ilgili bildirim yapmasını cesaretlendirici yaklaşımlarda bulunmaya gereksinim vardır. Hemşireler açık ve ayrıntılı bir şekilde paylaşımda bulunduklarında KHB'nin boyutu ve türleri daha ayrıntılı bir şekilde ortaya çıkacaktır (41,43).

Hemşireler, hemşirelik bakım kalitesinden sorumludur ve KHB'yi hemşirelerin kendilerinin ortaya koyması önemlidir. Hemşireler ve diğer ekip üyeleri KHB'nin çözümü için desteğe ve mevcut olanakların arttırılmasına ihtiyaç duymaktadır (14). Hemşirelik bakım kalitesinin arttırılması ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için KHB'nin hızlı ve doğru olarak kayıt altına alınması, raporlanması ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında KHB'nin rapor edilmesinin değer aralığı olarak ifade edilmesi, personelin cesaretlendirilmesi, KHB'nin sürekli olarak araştırılması, uzman görüşlerine uyum gösterilmesi, ekip çalışmasının geliştirilmesi önemlidir (43). Aynı zamanda hastanın durumunun akut veya kronik olması, yetersiz istihdam, ekip üyeleri arasındaki iletişim kopukluğu, yetersiz malzeme vb. koşullardan kaynaklanan KHB'nin nedenlerine, nedenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik yapıcı tarzda çalışmalar yapılmasına gereksinim vardır (41,54). Bu amaçla geliştirilen ölçeklerin (örneğin MISSCARE Survey (Karşılanamayan Bakım Ölçeği)) düzenli olarak kullanılması, sonuçların çalışanlarla ve yöneticilerle paylaşılması önemlidir. KHB ile ilgili çalışma çevresinde gerçekleştirilecek olumlu yöndeki değişiklikler hem hemşirelerin iş koşullarının kalitesini hem de hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkileyecektir (70). KHB'nin azaltılması ve yeterli istihdamın

sağlanmasına yönelik girişimler hemşirelik bakım kalitesini ve iş doyumunun sağlanması için vazgeçilmezdir (48,69).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma Trakya bölgesindeki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakım ve nedenlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, 21.08.2017-21.12.2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaneler şunlardır;

- Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi
- Edirne İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastaneler **(**Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Keşan Devlet Hastanesi, Uzunköprü Devlet Hastanesi**),**
- Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastaneler (Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çorlu Devlet Hastanesi, Çerkezköy Devlet Hastanesi)
- Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastaneler (Kırklareli Devlet Hastanesi, Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Babaeski Devlet Hastanesi)
- Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde de çalışma yapılması planlanmış ancak izin alınamadığı için yapılamamıştır.

Araştırma bakım gerektiren birimlerde gerçekleştirilmiş olup poliklinik, yönetim alanı, satın alma, sterilizasyon, acil servis, ameliyathane, kadın doğum servisinin doğum birimi, diyaliz, ayaktan kemoterapi üniteleri, kan alma birimi, kalite birimi gibi birimler dahil edilmemiştir. Araştırma belirtilen hastane ve seçilen birimlerde çalışan hemşirelerle yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma Edirne, Tekirdağ ve Kırklareli illerinde bulunan kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Araştırmanın evrenini hastanelerin bakım gerektiren birimlerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Kamu ve üniversite hastanelerinde seçilen birimlerde toplam 977 çalışan hemşire bulunmaktadır. Edirne ilindeki hastanelerde, seçilen birimlerde çalışan hemşire sayısı 494 kişi, Tekirdağ ilindeki hastanelerde çalışan hemşire 288 kişi, Kırklareli ilindeki hastanelerde çalışan hemşire sayısı 195 kişidir. %5 kabul edilebilir hata ve %99 güven seviyesinde $n=(Nt^2p.q)/d^2(N-1)+t^2p.q$ formülü kullanılarak en az 389 kişiye ulaşılması gerektiği bulunmuştur. Bu 389 kişi tabakalı örneklem yöntemiyle üç il için ayrı ayrı paylaştırılmıştır. Buna göre Edirne ilinde 494 kişiden 196 kişiye, Tekirdağ ilinde 288 kişiden 144 kişiye, Kırklareli ilinde 195 kişiden 78 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Edirne ilinden 229 kişi, Tekirdağ ilinden 165 kişi, Kırklareli ilinden 111 kişi olmak üzere toplamda 505 kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 1. Araştırma yapılan hastanelerdeki ulaşılması gereken ve ulaşılan personel sayıları

İller	Hastane İsimleri	Araştırmaya Alınan Servislerdeki Mevcut Personel Sayısı	Ulaşılması Gereken Minimum Personel Sayısı	Ulaşılan Personel Sayısı
EDİRNE	Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	276	110	115
	Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi	107	42	51
	Keşan Devlet Hastanesi	60	24	33
	Uzunköprü Devlet Hastanesi	51	20	30
TEKİRDAĞ	Tekirdağ Devlet Hastanesi	90	36	48
	Çorlu Devlet Hastanesi	134	53	64
	Çerkezköy Devlet Hastanesi	64	26	53
KIRKLARELİ	Kırklareli Devlet Hastanesi	84	34	44
	Lüleburgaz Devlet Hastanesi	76	30	45
	Babaeski Devlet Hastanesi	35	14	22

ARAŞTIRMA SORULARI

- Trakya bölgesindeki karşılanamayan hemşirelik bakımının miktarı ve nedenleri nelerdir?
- Katılımcıların sosyodemografik ve çalışma özellikleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ölçek puanları ve karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenleri ölçek puanları arasında fark var mıdır?

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler: Ölçekten alınan toplam puan ve alt boyut puanları

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik ve çalışma özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, çalışma saatleri, çalışılan birim)

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilen ve 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan Karşılanamayan Bakım Ölçeği (MISSCARE Survey) kullanılmıştır (EK-2) (17).

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu) ve çalışma özellikleri (mesleki çalışma yılı, çalışılan birim, çalışma saatleri) sorgulayan 7 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

Karşılanamayan Bakım Ölçeği (MISSCARE Survey)

Kalisch ve Williams 2009 yılında Karşılanamayan Bakım Ölçeği'ni geliştirmiştir. Karşılanamayan Bakım Ölçeği, Amerika'daki birçok bölgede çeşitli tipteki hastanelerden bilgi toplamak amacıyla daha faydalı hale getirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 37 madde ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm 21 madde; karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri, ikinci bölüm;16 madde ve 3 alt boyuttan (iş gücü kaynakları, iletişim ve malzeme kaynakları) oluşan karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleridir. Ölçeğin birinci bölümü 5'li likert tipinde bir ölçektir (hiçbir zaman verilmiyor, sıklıkla verilmiyor, bazen verilmiyor, nadiren verilmiyor, uygun değil). Birinci bölümün puan aralığı 1-4 arasındadır (hiçbir zaman verilmiyor=4, sıklıkla verilmiyor=3, bazen verilmiyor=2, nadiren verilmiyor=1). "Uygun değil" seçeneği puanlamaya alınmamaktadır. Bu bölümde ölçekten alınan puan arttıkça karşılanamayan bakım artmaktadır. Ölçeğin ikinci bölümü ise 4'lü likerttir (önemli bir neden, orta düzeyde bir neden, küçük bir neden, bakımın verilememesi için bir neden değil). İkinci bölümün puan aralığı da 1-4 arasındadır (önemli bir neden=4, orta düzeyde bir neden=3, küçük bir neden=2, bakımın verilememesi için bir neden değil=1). Bu bölümde ölçekten alınan puan arttıkça karşılanamayan bakım için önemli olmaktadır.

Karşılanamayan Bakım Ölçeği'nin Cronbach alfa değerleri; Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun (2012) çalışmasında birinci bölüm için 0,936, ikinci bölüm alt boyutlarından; iletişim 0,911, malzeme kaynakları 0,688, iş gücü kaynakları 0,765 olarak bulunmuştur (17).

Bu çalışmada Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Bölümünün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Bölümünün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,93, iş gücü kaynakları alt boyutu için 0,71, iletişim alt boyutu için 0,93, malzeme kaynakları alt boyutu için 0,85 olarak bulunmuştur.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada verilerin toplanması için "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Karşılanamayan Bakım Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden 550 hemşireden, 21 Ağustos-21 Aralık 2017 tarihleri arasında hastane ziyaretleri yapılarak toplanmıştır. Araştırmayı kabul eden hemşirelere anketler verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Anketlerin doldurulma süresi yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS (versiyon 20. SPSS Inc.) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olma durumunun incelenmesinde Skewness ve Kurtosise değerleri kullanılmıştır. Hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özelliklerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeği ve karşılanamayan ilk beş bakım gereksinimi madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grubu olan değişkenlerde bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmada, Karşılanamayan Bakım Ölçeği'ni kullanabilmek için ölçeğin telif hakkına sahip Beatrice J. Kalisch'den e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-3). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan (EK-4) etik onay ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden (EK 5-6-7-8) gerekli resmi izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılarak yanıtlar gönüllülük esasına dayandığından araştırma kapsamına alınacak olan hemşirelerin istekli olmalarına dikkat edilerek çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanıp yazılı onamları alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER

Araştırmanın verilerin toplandığı Edirne ilinde bulunan Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Edirne, Tekirdağ ve Kırklareli illerine bağlı devlet hastanelerinde bakım verilen servislerde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, sadece bu araştırma grubuna genellenebilir. Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin araştırma yapılmasını kabul etmemeleri de araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

Ayrıca hemşirelerin KHB'yi açık bir şekilde belirtmek istememeleri, gizlemeleri ve KHB'nin karşılanamadığı halde karşılanmış olarak gösterilip, ölçek sorularına bu durumu gizleyerek yanıt verme olasılıkları araştırmanın sınırlılıklarıdır. Daha önce yapılan çalışmalar da hemşirelerin bazen KHB'nin farkında olduklarını ve bunları kolayca tanımlayabildiklerini ancak; kendilerine sorulduklarında açıkça durumu kabul etmediklerini ve bunu bir sır olarak nitelendirdiklerini göstermektedir (43).

Hemşirelerin vardiya sistemi ile çalışması sebebiyle gönüllülere ulaşmada güçlük yaşanmıştır. Bunların yanı sıra ölçeğin birinci bölümünde Türkçe'ye çevrilmiş "hiçbir zaman verilmiyor, sıklıkla verilmiyor, bazen verilmiyor, nadiren verilmiyor, uygun değil" şeklindeki değerlendirme seçeneklerinin hemşireler tarafından anlaşılmasında zorluk yaşanmıştır. En olumlu seçeneğin belirtilmediği ve seçeneklerin olumsuz bir şekilde verildiğini düşünmeleri yaşanan güçlükler arasındadır. Ancak gerekli açıklamalar yapılması sonucunda ölçek değerlendirme seçenekleri anlaşılmıştır.

BULGULAR

Karşılanamayan Bakım Ölçeği kullanılarak Trakya bölgesindeki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakım ve nedenlerini ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bulgular beş başlık altında değerlendirilmiştir.

- Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Karşılanamayan Bakımı Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
- Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Maddelerinin ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Maddelerinin Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerinin Karşılanamayan Bakım Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Çalışma Özelliklerinin En Çok Karşılanamayan Beş Bakım Gereksinimi Maddesi Puan Ortalaması ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılanların %39,8'i 36 yaş ve üstü, %90,1'i kadın, %67,5'i evlidir. Katılımcıların %69,1'i lisans mezunu, %48,9'u ilçe devlet hastanesinde, %35'i yoğun bakımda çalışmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ve çalışma saatleri incelendiğinde; %43,6'sının 10 yıl ve üzerinde çalıştığı ve %75,6'sının gündüz ve gece (karma vardiya) şeklinde çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özellikleri (n: 505)

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
16-25 yaş arası	112	22,2
26-35 yaş arası	192	38,0
36 yaş ve üstü	201	39,8
Cinsiyet		
Kadın	455	90,1
Erkek	50	9,9
Medeni durum		
Evli	341	67,5
Bekar	164	32,5
Eğitim durumu		
Lise	31	6,1
Önlisans	96	19,0
Lisans	349	69,1
Yüksek lisans ve doktora	29	5,8
Hastane türü		
Üniversite Hastanesi	115	22,8
Merkez Devlet Hastanesi	143	28,3
İlçe Devlet Hastanesi	247	48,9
Çalıştığı birim		
Yoğun bakım	177	35,0
Cerrahi birim	164	32,5
Dahili birim	164	32,5
Meslekte çalışma süresi		
≤ 2 yıl	51	10,1
3-5 yıl	107	21,2
6-10 yıl	127	25,1
≥ 10 yıl	220	43,6
Çalışma saati		
08-16 sürekli gündüz	69	13,7
Gündüz ve gece (karma vardiya: 8-16-24 saatlik)	382	75,6
24 saatlik vardiya	54	10,7

KARŞILANAMAYAN BAKIM ÖLÇEĞİNDEN ALINAN PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri için ölçek puan ortalaması 1,63±0,35, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri için ölçek

puan ortalaması 3,22±0,65 olarak bulunmuştur. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyut puan ortalamaları ise; İşgücü kaynakları 3,67±0,49, İletişim 2,99±0,81, Malzeme kaynakları 3,31±0,82 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenleri bölümlerinden aldıkları puanlar (n:505)

Ölçek ve Alt Boyutlar		En az - en çok	$\bar{x}$ ±SS
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri		**1 – 3,1**	**1,63±0,35**
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri		**1,25 - 4**	**3,22±0,65**
KHBH. Nedenlerinin Alt Boyutları	F1.İşgücü Kaynakları	2 - 4	3,67±0,49
	F2.İletişim	1 - 4	2,99±0,81
	F3.Malzeme Kaynakları	1 - 4	3,31±0,82

KHBH:Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri

KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ MADDELERİNİN VE NEDENLERİNİN PUAN ORTALAMALARI

Bu bölümde Karşılanamayan Bakım Ölçeğinin birinci bölümü olan "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri" maddelerinin puan ortalaması karşılanmama düzeyi en yüksekten en düşüğe doğru ve ikinci bölümü olan "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri" maddelerinin puan ortalaması karşılanmama nedeni en çoktan en aza doğru olacak şekilde Tablo 4 ve Tablo 5 de verilmiştir.

Tablo 4. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri maddelerinin puan ortalaması (karşılanmama düzeyi en yüksekten en düşüğe doğru) (n:505)

Bakım Gereksinimi Maddeleri	$\bar{x}$ ±SS*
Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	2,50±1,33
Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	2,35±1,29
Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	2,25±1,18
Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	2,22±1,34
Hastaya ağız bakımı verilmesi	2,07±1,19
Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	2,04±1,22
Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	1,84±1,16
Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	1,78±0,87
Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	1,68±1,03
Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	1,64±0,93
Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	1,61±1,11
Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	1,43±0,75
Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	1,36±0,65
İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	1,34±0,78
Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	1,33±0,73
Her şiftte hastanın değerlendirilmesi	1,19±0,63
Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	1,16±0,53
İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	1,16±0,57
Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	1,13±0,46
Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	1,13±0,49
Ellerin yıkanması	1,08±0,35

*Puan aralığı 1-4 arasıdır

Tablo 4'de karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanmama düzeyi en yüksekten en düşüğe doğru verilmiştir. En fazla karşılanamayan hemşirelik bakımının "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri maddelerinin puan ortalaması (karşılanmama nedeni en çoktan en aza doğru) (n:505)

Maddeler	$\bar{x}$ ±SS*
Çalışan personel sayısının yetersizliği	3,81±0,54
Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	3,65±0,61
Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk	3,61±0,72
Acil hasta durumu (örn. bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	3,60±0,76
Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	3,38±0,90
Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	3,30±0,91
Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	3,24±0,99
Doktorlarla/Tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	3,11±0,99
Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	3,06±0,99
Hasta dağılımındaki dengesizlik	3,04±0,99
Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	3,01±1,00
Önceki şiftten veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	2,99±1,02
Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	2,96±1,06
Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	2,96±0,95
Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması	2,90±1,11
Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	2,85±1,10

*Puan aralığı 1-4 arasıdır.

Tablo 5'de karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri en çoktan en aza doğru verilmiştir. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetinin en önemli nedeninin "Çalışan personel sayısının yetersizliği" olduğu bulunmuştur.

HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN KARŞILANAMAYAN BAKIM ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılanamayan Bakım Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ile Karşılanamayan Bakım Ölçeğinin puan ortalamasının karşılaştırılmasında, yaş grubuna göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (post hoc ileri analizi Tukey HSD), cinsiyet ve medeni duruma göre bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin yaş grubu, cinsiyet ve medeni durumuna göre karşılanamayan bakım gereksinimleri puan ortalaması, karşılanamayan bakım gereksinimleri nedenlerinin toplam ve üç alt boyutunun puanları incelendiğinde, grupların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 505)

Özellikler	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (Toplam Puan) $\bar{x}$ ±SS	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (Toplam) $\bar{x}$ ±SS	Karşılanamayan Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Ölçeğinin Alt Boyutları		
				İş Gücü Kaynakları $\bar{x}$ ±SS	İletişim $\bar{x}$ ±SS	Malzeme Kaynakları $\bar{x}$ ±SS
Yaş grubu						
19-25 yaş arası	112	1,66±0,33	3,26±0,61	3,70±0,46	3,03±0,76	3,37±0,81
26-35 yaş arası	192	1,62±0,34	3,19±0,60	3,69±0,45	2,93±0,78	3,30±0,77
36 yaş ve üstü	201	1,63±0,37	3,22±0,71	3,63±0,53	3,01±0,86	3,28±0,86
F		*0,369*	*0,425*	*1,140*	*0,755*	*0,475*
p		*0,692*	*0,654*	*0,321*	*0,471*	*0,622*
Cinsiyet						
Kadın	455	1,63±0,35	3,22±0,66	3,67±0,49	2,98±0,82	3,31±0,83
Erkek	50	1,65±0,32	3,22±0,59	3,63±0,47	3,00±0,74	3,30±0,74
t		*0,459*	*0,022*	*0,662*	*0,172*	*0,081*
p		*0,646*	*0,982*	*0,508*	*0,863*	*0,935*
Medeni durum						
Evli	341	1,64±0,35	3,22±0,63	3,68±0,46	2,99±0,79	3,31±0,80
Bekar	164	1,62±0,35	3,20±0,70	3,65±0,54	2,97±0,85	3,31±0,85
t		*0,389*	*0,350*	*0,654*	*0,350*	*0,078*
p		*0,697*	*0,726*	*0,513*	*0,726*	*0,938*

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (gruplar arası/grup içi/toplam serbestlik derecesi: 2/502/504)
t: Bağımsız gruplarda t testi (sd: 503)

Hemşirelerin Çalışma Özelliklerinin Karşılanamayan Bakımı Ölçeği Puanları İle Karşılaştırılması

Hemşirelerin mesleki özelliklerinden eğitim düzeyi, çalıştıkları hastane türü, birim, meslekte çalışma süresi ve çalışma saatlerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (post hoc ileri analizi Tukey HSD) kullanılmıştır (Tablo 7). Hemşirelerin eğitim durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerinin puan ortalaması incelendiğinde, grupların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin puan ortalaması ve karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenlerinden malzeme kaynakları alt boyutunun puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre grupların karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam ve iki alt boyutunun (iş gücü kaynakları ve iletişim) puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 7). Farkın hangi eğitim grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde;

- Lise mezunu hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü toplam puan ortalamasının ön lisans ve lisans eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Lise mezunu hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü iş gücü kaynakları alt boyut puan ortalamasının ön lisans ve lisans eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Lise mezunu hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü iletişim alt boyut puan ortalamasının ön lisans ve lisans eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n:505)

Özellikler	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (Toplam) $\bar{x}$ ±SS	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (Toplam) $\bar{x}$ ±SS	Karşılanamayan Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Alt Boyutları		
				İş Gücü Kaynakları $\bar{x}$ ±SS	İletişim $\bar{x}$ ±SS	Malzeme Kaynakları $\bar{x}$ ±SS
Eğitim durumu						
Lise[a]	31	1,61±0,33	3,54±0,55	3,90±0,18	3,35±0,76	3,62±0,74
Önlisans[b]	96	1,57±0,32	3,16±0,72	3,60±0,56	2,91±0,89	3,33±0,81
Lisans[c]	349	1,66±0,35	3,19±0,63	3,67±0,48	2,96±0,78	3,26±0,82
Yükseklisans/doktora[d]	29	1,57±0,40	3,33±0,65	3,64±0,50	3,16±0,81	3,44±0,77
F (sd:3/501/504)		*1,996*	*3,303*	*3,133*	*3,003*	*2,171*
p		*0,114*	***0,020***	***0,025***	***0,030***	*0,091*
Fark			***a> b, c***	***a> b, c***	***a> b, c***	
Hastane türü						
Üniversite Hastanesi[a]	115	1,63±0,33	3,18±0,56	3,75±0,39	2,88±0,76	3,31±0,69
Merkez Devlet Hast. [b]	143	1,69±0,37	3,39±0,56	3,73±0,41	3,18±0,71	3,55±0,67
İlçe Devlet Hast. [c]	247	1,60±0,34	3,14±0,73	3,59±0,55	2,92±0,87	3,17±0,91
F (sd: 2/502/504)		*2,835*	*7,226*	*6,276*	*5,823*	*10,569*
p		*0,060*	***0,001***	***0,002***	***0,003***	***0,000***
			a,c< b	***a,b> c***	***a,c< b***	***a,c< b***
Çalışılan birim						
Yoğun bakım[a]	177	1,56±0,33	3,15±0,68	3,63±0,53	2,89±0,83	3,26±0,82
Cerrahi[b]	164	1,60±0,32	3,17±0,65	3,62±0,50	2,95±0,80	3,24±0,85
Dahili[c]	164	1,74±0,38	3,34±0,61	3,76±0,40	3,13±0,79	3,43±0,77
F (sd:2/502/504)		*12,170*	*4,564*	*4,433*	*3,874*	*2,581*
p		***0,000***	***0,011***	***0,012***	***0,021***	*0,077*
Fark		***a,b< c***	***a,b< c***	***a,b< c***	***a< c***	

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (sd: serbestlik derecesi gruplar arası/grup içi/toplam sd sırası ile verilmiştir)

Tablo 7 (devam). Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 505)

Özellikler	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (Toplam) $\bar{x}$ ±SS	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (Toplam) $\bar{x}$ ±SS	Karşılanamayan Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Alt Boyutları		
				İş Gücü Kaynakları $\bar{x}$ ±SS	İletişim $\bar{x}$ ±SS	Malzeme Kaynakları $\bar{x}$ ±SS
Meslekte çalışma süresi						
≤ 2 yıl	51	1,60±0,26	3,15±0,69	3,58±0,54	2,93±0,80	3,22±0,87
3-5 yıl	107	1,71±0,35	3,23±0,58	3,73±0,45	2,99±0,74	3,31±0,79
6-10 yıl	127	1,60±0,36	3,21±0,62	3,68±0,45	2,96±0,82	3,36±0,79
≥ 10 yıl	220	1,62±0,36	3,23±0,69	3,65±0,51	3,01±0,84	3,30±0,84
F (sd:3/501/504)		*2,182*	*0,229*	*1,268*	*0,203*	*0,409*
p		*0,089*	*0,876*	*0,285*	*0,894*	*0,747*
Çalışma saati						
Sürekli gündüz [a](08-16)	69	1,58±0,32	3,30±0,65	3,65±0,49	3,09±0,82	3,48±0,74
Gündüz ve gece [b](karma vardiya: 8-16-24s.)	382	1,65±0,35	3,22±0,62	3,70±0,45	2,98±0,78	3,27±0,83
24 saatlik vardiya[c]	54	1,61±0,36	3,12±0,81	3,44±0,63	2,90±0,97	3,35±0,81
F (sd:2/502/504)		*1,147*	*1,230*	*7,157*	*0,854*	*2,015*
p		*0,318*	*0,293*	***0,001***	*0,426*	*0,134*
Fark				***a,b>c***		

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (gruplar arası/grup içi/toplam serbestlik derecesi: 2/502/504)

Hemşirelerin çalıştığı hastane türüne göre karşılanamayan bakım ölçeği puan ortalaması incelendiğinde, grupların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$), karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam puan, iş gücü kaynakları ve iletişim alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ($p<0,05$), malzeme kaynakları alt boyut puan ortalaması arasında ise çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 7). Farkın hangi hastane grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde;

- Merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam puan ortalamasının üniversite hastanesi ve ilçe devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Üniversite hastanesi ve merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin iş gücü kaynakları alt boyut puan ortalamasının ilçe devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin iletişim alt boyut puan ortalamasının üniversite hastanesi ve ilçe devlet hastanelerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamasının üniversite hastanesi ve ilçe devlet hastanelerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı birime göre karşılanamayan bakım ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$), karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam puan, iş gücü kaynakları ve iletişim alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 7). Farkın hangi birimler arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde;

- Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalamasının yoğun bakım ve cerrahi birimlerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü toplam puan ortalamasının yoğun bakım ve cerrahi birimlerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü iş gücü kaynakları alt boyut puan ortalamasının yoğun bakım ve cerrahi birimlerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü iletişim alt boyut puan ortalamasının yoğun bakımda çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre grupların karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümü malzeme kaynakları alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo7) (Dahili birimlerde çalışanların malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerinin puan ortalaması incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 7).

Hemşirelerin çalışma saatlerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerinin puan ortalaması incelendiğinde, grupların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin puan ortalaması, karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan ortalaması, iletişim ve malzeme kaynakları alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 7). Çalışma saatlerine göre hemşirelerin karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenleri iş gücü kaynakları alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$, Tablo 7). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, sürekli gündüz ve karma

vardiya (8-16-24 saat) şeklinde çalışan hemşirelerin iş gücü kaynakları alt boyut puan ortalamasının 24 saatlik vardiya şeklinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN EN ÇOK KARŞILANAMAYAN BEŞ BAKIM GEREKSİNİMİ MADDESİ PUAN ORTALAMASI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Hemşirelerin eğitim durumu, çalıştığı hastane türü ve birime göre Karşılanamayan Bakım Ölçeğinin en çok karşılanamayan beş bakım gereksinimi maddesinin puan ortalamasının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) kullanılmıştır (Tablo 8).

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre en çok karşılanamayan ilk beş hemşirelik gereksinimleri maddesinin/uygulamasının karşılanma düzeyi puanları incelendiğinde, beş madde için de grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 8).

Hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanamayan ilk sıradaki hemşirelik gereksinimleri maddesinin/uygulamasının karşılanma düzeyi puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 8). İleri analizde, merkez (2,60±1,36) ve ilçe devlet hastanesinde (2,56±1,35) çalışan hemşirelerin *"hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma"* uygulamasına yönelik puan ortalamasının üniversite hastanesinde çalışanlara (2,23±1,20) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), merkez ve ilçe devlet hastanesinin puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanamayan ikinci sıradaki hemşirelik gereksinimleri maddesi olan *"her iki saatte bir hastanın çevrilmesi"* uygulamasının puanları incelendiğinde, üniversite hastanesi (2,18±1,21), merkez devlet hastanesi (2,25±1,28) ve ilçe devlet hastanesinde (2,48±1,33) çalışanların puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 8).

Hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanamayan üçüncü sıradaki hemşirelik gereksinimleri maddesi olan *"hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi"* uygulamasının puanları incelendiğinde, üniversite hastanesi (2,13±1,04), merkez devlet hastanesi (2,15±1,22) ve ilçe devlet hastanesinde (2,37±1,21) çalışanların puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 8).

Hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanamayan dördüncü sıradaki hemşirelik gereksinimleri maddesi olan *"çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi"* uygulamasının karşılanma düzeyi puanları incelendiğinde, gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 8). İleri analizde, üniversite hastanesi (2,52±1,37) ve merkez devlet hastanesinde (2,38±1,32) çalışan hemşirelerin bu uygulamaya yönelik puan ortalamasının ilçe devlet hastanesinde çalışanlara (2,00±1,31) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), üniversite ve merkez devlet hastanesinin puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanamayan beşinci sıradaki hemşirelik gereksinimleri maddesi olan *"hastaya ağız bakımı verilmesi"* uygulamasının karşılanma düzeyi puanları incelendiğinde, gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 8). İleri analizde, ilçe devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin bu uygulamaya yönelik puan ortalamasının (2,23±1,27) üniversite hastanesinde çalışanlara (1,82±0,92) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), merkez devlet hastanesi (2,00±1,18) ile üniversite ve ilçe devlet hastanesinin puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre en çok karşılanamayan ilk beş bakım gereksinimine ait madde puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 505)

Özellikler	n	En Çok Karşılanamayan İlk Beş Bakım Gereksinimi				
		1.Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma $\bar{x}$ ±SS	2.Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi $\bar{x}$ ±SS	3.Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi $\bar{x}$ ±SS	4.Çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi $\bar{x}$ ±SS	5.Hastaya ağız bakımı verilmesi $\bar{x}$ ±SS
Eğitim durumu						
Lise [a]	31	2,19±1,30	2,61±1,33	2,48±1.23	2,06±1,24	2,39±1,26
Önlisans[b]	96	2,58±1,37	2,32±1,33	2,21±1.16	1,95±1,32	1,96±1,13
Lisans [c]	349	2,51±1,31	2,34±1,29	2.25±1.17	2,30±1,34	2,07±1,19
Yükseklisans/doktora[d]	29	2,38±1,40	2,28±1,28	2.21±1.29	2,34±1,42	2,17±1,23
F (sd:3/501/504)		*0,758*	*0,484*	*0,456*	*2,010*	*1,095*
p		*0,518*	*0,693*	*0,713*	*0,112*	*0,351*
Hastane türü						
Üniversite Hastanesi [a]	115	2,23±1,20	2,18±1,21	2,13±1,04	2,52±1,37	1,82±0,92
Merkez Devlet Hast. [b]	143	2,60±1,36	2,25±1,28	2,15±1,22	2,38±1,32	2,00±1,18
İlçe Devlet Hast. [c]	247	2,56±1.35	2,48±1,33	2,37±1,21	2,00±1,31	2,23±1,27
F (sd: 2/502/504)		*3,136*	*2,591*	*2,480*	*7,557*	*5,336*
p		***0,044***	*0,076*	*0,085*	***0,001***	***0,005***
Fark		***a<b,c***			***a,b> c***	***a< c***
Çalışılan birim						
Yoğun bakım [a]	177	3,19±1,20	1,43±0,80	1,45±0,83	2,93±1,40	1,22±0,59
Cerrahi [b]	164	1,57±0,92	2,76±1,23	2,62±1,13	1,71±1,01	2,70±1,18
Dahili[c]	164	2,66±1,27	2,92±1,25	2,76±1,10	1,97±1,24	2,37±1,14
F (sd:2/502/504)		*8,019*	*94,696*	*84,485*	*46,851*	*103,982*
p		***0,000***	***0,000***	***0,000***	***0,000***	***0,000***
Fark		***a> c >b***	***a<b,c***	***a<b,c***	***a>b,c***	***a<c<b***

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, ileri analizi Tukey HSD testi (serbestlik derecesi gruplar arası/grup içi/toplam sd sırası ile verilmiştir)

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan ilk sıradaki hemşirelik bakım gereksinimleri olan *"hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma /dolaştırma"* maddesinin puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 8). İleri analizde, tüm ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<0,05$), yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma maddesine yönelik puan ortalamasının (3,19±1,20) dahili (2,66±1,27) ve cerrahi biriminde çalışanlara (1,57±0,92) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), dahili birimde çalışanların puan ortalamasının da cerrahi birimde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan ikinci sıradaki hemşirelik gereksinimleri olan *"her iki saatte bir hastanın çevrilmesi"* maddesinin puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 8). İleri analizde, cerrahi (2,76±1,23) ve dahili birimde (2,92±1,25) çalışan hemşirelerin her iki saatte bir hastanın çevrilmesi maddesine yönelik puan ortalamasının yoğun bakım ünitesinde çalışanlara (1,43±0,80) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), cerrahi ve dahili birimleri arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan üçüncü sıradaki hemşirelik gereksinimi *"hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi"* maddesinin puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 8). İleri analizde, cerrahi (2,62±1,13) ve dahili birimde (2,76±1,10) çalışan hemşirelerin hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi maddesine yönelik puan ortalamasının yoğun bakım ünitesinde çalışanlara (1,45±0,83) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), cerrahi ve dahili birimleri arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan dördüncü sıradaki hemşirelik gereksinimi *"çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi"* maddesinin puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 8). İleri analizde, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin (2,93±1,40) çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi maddesine yönelik puan ortalamasının cerrahi (1,71±1,01) ve dahili birimde çalışanlara (1,97±1,24) göre anlamlı düzeyde yüksek

olduğu ($p<0,05$), cerrahi ve dahili birimleri arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan beşinci sıradaki hemşirelik bakım gereksinimi olan*"hastaya ağız bakımı verilmesi"* maddesinin puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 8). İleri analizde, tüm ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu, cerrahi biriminde çalışan hemşirelerin (2,70±1,18) hastaya ağız bakımı verilmesi maddesine yönelik puan ortalamasının dahiliye birimi (2,37±1,14) ve yoğun bakım ünitesinde çalışanlara (1,22±0,59) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), dahili birimde çalışanların puan ortalamasının da yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışma sonunda elde edilen bulgular ve çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen hemşirelerin çalıştığı birime göre en çok karşılanamayan ilk sıradaki hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması (Tablo 8) sonucuna göre G*Power (3.1.9.2) programında %5 alfa hata payı (iki yönlü) ile yapılan post hoc güç analizinde, birimin en çok karşılanamayan bakım gereksinimi puanı üzerine etki büyüklüğü .51 (F için büyük etki), güç 1.00 (% 100) olarak bulunmuş ve örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Bu bölümde Karşılanamayan Bakım Ölçeği'ne ait bulgular dört başlık altında tartışılmıştır.

- Karşılanamayan Bakımı Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Maddelerinin ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Maddelerinin Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerinin Karşılanamayan Bakım Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Çalışma Özelliklerinin En Çok Karşılanamayan Beş Bakım Gereksinimi Maddesi Puan Ortalaması ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

KARŞILANAMAYAN BAKIM ÖLÇEĞİNDEN ALINAN PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri için ölçek puan ortalaması 1,63±0,35, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri için ölçek puan ortalaması 3,22±0,65 olarak bulunmuştur. Karşılanamayan hemşirelik bakım

hizmetlerinin nedenleri alt boyut puan ortalamalarının ise; iş gücü kaynakları alt boyutu için 3,67±0,49, iletişim alt boyutu için 2,99±0,81, malzeme kaynakları alt boyutu için 3,31±0,82 olduğu bulunmuştur. Kalisch ve ark tarafından yapılan çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin puan ortalaması Türkiye için 1,40±0,41, ABD için 1,77±0,39 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinde genel ölçek puan ortalaması Türkiye için 3,14±0,71, ABD için 2,66±0,49 olarak bulunmuştur (17). Bu çalışmanın sonuçlarına göre; çalışmamızda Türkiye'deki çalışmadan daha fazla KHB olduğu, ABD'ye göre de daha az KHB olduğu görülmüştür. Çalışmamızda Türkiye ve ABD'den KHB için daha fazla neden belirtilmiştir. Türkiye'deki hemşirelerin karşılanamayan bakımın az olduğunu söylemelerine rağmen hemşirelik bakımının karşılanamaması için daha fazla neden belirtmeleri Türkiye'deki hemşirelerin KHB'yi daha fazla gizlediklerini, Türk hemşirelerin ihmal hatalarını ABD'deki hemşirelerden daha fazla bildirmekten korktuklarını düşündürmektedir. Kalisch ve Lee'nin çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalamasının 1,55±0,41 olduğu bulunmuştur. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyut puan ortalamaları; iş gücü kaynakları 2,29±0,58, iletişim 3,04±0,65, malzeme kaynakları 2,57±0,70 olarak bulunmuştur (Ölçek puan aralığı 1-4 arasındadır). Aynı çalışmada yönetici hemşireler için karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması 1,62±0,34, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyut puan ortalamaları; iş gücü kaynakları 2,67±0,69, iletişim 2,20±0,51, materyal kaynakları 2,57±0,70 olarak bulunmuştur (63). Kaliforniya'da Orique ve ark.'nın yaptığı çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin puan ortalaması 3,65±0,55 olarak bulunmuştur (Bu çalışmada ölçek puan aralığı 1-5 arasındadır). Bu durum Kaliforniya'da çalışmanın yapıldığı hastanelerde karşılanamayan bakımın fazla olduğunu göstermektedir (74). Kalisch ve Lee'nin başka bir çalışmasında magnet hastanelerde karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması 1,50±0,21, magnet olmayan hastanelerde 1,57±0,15 olarak bulunmuştur. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyut puan ortalaması magnet hastaneler için; iletişim 2,23±0,18, iş gücü kaynakları 3,00±0,29, materyal kaynakları 2,56±0,22, magnet olmayan hastaneler için; iletişim 2,32±0,20, iş gücü kaynakları 3,12±0,18, materyal kaynakları 2,61±0,23 olarak belirlenmiştir (49). Bragadottir ve Kalisch tarafından İzlanda'da puan aralığı 1-5 arasında olan ölçek kullanılarak yapılan çalışmada lisans mezunu hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım

gereksinimi puan ortalamasının 2,09±0,51, lise mezunu hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalamasının 1,82±0,59 olduğu saptanmıştır. Karşılanamayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin nedenleri genel puan ortalaması lisans mezunu hemşireler için 2,32±0,38, alt boyutlardan iş gücü kaynakları 3,03±0,53, iletişim 1,96±0,43, materyal kaynakları 2,18±0,63 olarak bulunmuştur. Lise mezunu hemşireler için ise karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri genel puan ortalaması 2,21±0,62, alt boyutlarından iş gücü kaynakları 2,79±0,82, iletişim 1,88±0,60, materyal kaynakları 2,03±0,75 olarak bulunmuştur (16). Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'in çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması 1,56±0,40 olarak bulunmuştur (Puan aralığı 1-4 arasındadır) (15). Kalisch ve Doumit'in ABD ve Lübnan'daki hemşireleri karşılaştırarak yaptıkları çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması ABD için 1,71±0,34, Lübnan için 1,31±0,35 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bulguları Lübnan'daki hemşirelerin karşılayamadıkları hemşirelik bakımının ABD'deki hemşirelere göre daha az olduğunu göstermektedir. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri için alt boyut puan ortalamaları ise; iş gücü kaynakları için ABD'de 3,19±0,57, Lübnan'da 3,17±0,61, iletişim için ABD'de 2,38±0,59, Lübnan'da 2,60±0,71, materyal kaynakları ABD'de 2,65±0,65, Lübnan'da 2,91±0,74 olarak bulunmuştur (76). Yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinde farklılık olduğu ve karşılanamayan hemşirelik bakımının olduğu görülmüştür.

Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri için alt boyutlarda belirtilen nedenlerin sıralamasında ölçek alt boyutlarında en çok belirtilen neden iş gücü kaynağı, ikinci sırada malzeme kaynakları, en az belirtilen neden de iletişimdir. Kalisch ve Lee'nin çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyutlarında en fazla neden olarak belirtilen alt boyut iş gücü kaynakları olarak belirtilmiştir. İş gücü kaynaklarını alt boyutunu materyal kaynakları ikinci sırada takip etmekte en az neden olarak belirtilen alt boyut iletişimdir (63). Kalisch ve Xie'nin çalışmasında da karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyutlarında en fazla iş gücü kaynakları, sonra malzeme kaynakları, en az da iletişim kaynakları neden olarak belirtilmiştir (75). Kalisch, Lastrom ve Williams'ın çalışmasında da hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyut sıralaması en çok neden gösterilenden en az neden gösterilene doğru; iş gücü kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişimdir (13). Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'in çalışmasında

karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyutlarında en fazla neden olarak iş gücü kaynağı gösterilmiş, bunu materyal kaynakları ve iletişim izlemiştir (15). Yapılan çalışmalarda karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin, neden olarak belirtilme düzeyleri çalışmalarda farklılık göstermektedir. Ancak karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri alt boyutlarının neden olarak belirtilme sıralaması benzerlik göstermektedir.

KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ MADDELERİNİN VE NEDENLERİNİN PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Bu bölümde karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri maddelerinin ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri maddelerinin puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru sıralaması tartışılmıştır.

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Maddelerinin Puan Ortalamasının Tartışılması

Çalışmamızda en fazla karşılanamayan bakımın "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde genellikle en fazla karşılanamayan bakımın "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" olduğu bulunmuştur (13,15,16,17,49,51,53,54,74,76). Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun Türkiye'deki çalışmasında en fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı "Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi" olarak bulunmuştur (17). Bu çalışmanın sonuçları çalışmamızla farklılık göstermektedir. Çalışmamızda en fazla karşılanamayan bakımın "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma" olmasının hemşirelerin iş yükünün fazla olması, personel sayısının yetersizliği, kayıt altına alınmayan bir bakım olması ve hastaların yanında refakatçi bulunmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Bu bakımın karşılanmaması yani hastaların yeterli düzeyde mobilize edilmemesi hastada dekübit, artan ağrı ve rahatsızlık, fiziksel sakatlık, hastanede kalış süresinin uzaması gibi olumsuz hasta sonuçlarına sebep olmaktadır (11,13,17).

Çalışmamızda en fazla karşılanan hemşirelik bakımı "Ellerin yıkanması" olarak bulunmuştur. Bunun nazokomiyal enfeksiyonların yayılmasının önlenmesi ve hijyenik bakım

verilmesi için olumlu bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin asepsi ve antisepsiye önem verdiğini göstermektedir. Literatür incelendiğinde en fazla karşılanan bakımın "Her şiftte hastanın değerlendirilmesi" olduğu belirlenmiştir (13,15,17,49,51,53,54,74,76). Bragadottir ve Kalisch'in çalışmasında lisans mezunu hemşirelerin en fazla karşıladıkları bakım "Çağrı ziline/sinyaline 5 dakika içinde yanıt verilmesi", lise mezunu hemşirelerin en fazla karşıladıkları bakım "Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi" olarak bulunmuştur (16). Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun çalışmasında Türkiye'deki hemşireler için ve Kalisch ve Domit'in çalışmasında Lübnan'daki hemşireler için en fazla karşıladıkları hemşirelik bakımı "Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi" olarak bulunmuştur (17,76). Kalisch'in çalışmasında hemşire yardımcıları tarafından en fazla karşılanan hemşirelik bakımı "İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması" olarak bulunmuştur (53).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Maddelerinin Puan Ortalamasının Tartışılması

Bu çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımının nedeni olarak en fazla "Çalışan personel sayısının yetersizliği" olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar yetersiz hemşire istihdamının gerekli hemşirelik bakımının verilememesi için önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bakım verilen hasta sayısının fazla, hemşire sayısının yetersiz olması hemşirenin iş yükünü artırmaktadır (45,47,56). Bu durum hastaların yeterli bakımı alamamasına ve nazokomiyal enfeksiyonlar, basınç ülserleri, hasta düşmeleri, pnömoni vb. olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır (15,51,58,64). Ayrıca yetersiz personel sayısıyla çalışmaya bağlı olarak iş yükünün artmasıyla beraber hemşirelerin işten memnuniyetsizlik oranlarının arttığı ve iş doyumunun azaldığı görülmüştür. Bu durum hemşirelerde tükenmişlik sendromunun görülmesine sebep olmaktadır (48,58). Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'in çalışmasında, Kalisch'in hemşire yardımcıları ile yaptığı çalışmada ve Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun Türkiye'deki hemşirelerle yaptığı çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımının nedeninin "Çalışan personel sayısının yetersizliği" olduğu bulunmuştur (15,17,53). Bu çalışmaların bulguları çalışmamızla uyumludur. Kalisch, Landstrom ve Williams'ın, Bragadottir ve Kalisch'in çalışmalarında ve Kalisch'in lisans mezunu hemşirelerle yaptığı çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımının nedeninin "Hasta sayısında beklenmedik bir

artış ya/ya da çalışan birimde yoğunluk" olduğu belirlenmiştir (13,16,53). Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun ABD'deki hemşirelerle yaptığı çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımının nedeninin "Gerekli olduğunda ilaçların bulunamaması" olduğu saptanmıştır (17). Orique ve ark'nın yaptığı çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımının nedeni "Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn:hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)" olarak bulunmuştur (74).

Bu çalışmada en az neden olarak belirtilen maddenin "Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn:Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)" olduğu saptanmıştır. Bu sonuç çalışmamızda diğer sağlık meslek gruplarıyla iletişimin iyi şekilde devam ettiğini ve diğer sağlık meslek gruplarının hastalar için gereken bakımı verdiklerini düşündürmektedir. Kalisch, Landstom ve Williams'ın, Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'in, Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun ve Kalisch'in çalışmalarında en az belirtilen nedenin "Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması" olduğu saptanmıştır (13,15,17,53). Bragadottir ve Kalisch'in lisans mezunu hemşirelerle yaptığı çalışmada ve Orique ve ark. tarafından yapılan çalışmada en az belirtilen nedenin "Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu" olduğu saptanmıştır (16,74). Bragadottir ve Kalisch'in lise mezunu hemşirelerle yaptığı çalışmada en az belirtilen neden "Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması" olarak bulunmuştur (16).

HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN KARŞILANAMAYAN BAKIM ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelerin eğitim durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam ve iki alt boyutunun (iş gücü kaynakları ve iletişim) puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark çıkmıştır. Lise mezunu hemşirelerin toplam ve iki alt boyutunun puan ortalamalarının önlisans ve lisans eğitimi olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Kalisch'in çalışmasında lisans mezunu hemşirelerin belirttiği nedenlerden iş gücü ve malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamalarının hemşire yardımcılarına göre yüksek olduğu bulunmuştur (53). Bragadottir ve Kalisch'in çalışmasında lisans mezunu hemşirelerin iş gücü

ve malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamalarının lise mezunu hemşirelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (16).

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştığı hastane türüyle karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan, iş gücü kaynakları, iletişim ve malzeme kaynakları alt boyutları arasında anlamlı fark çıkmıştır. Merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri toplam puan, iletişim ve malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamalarının üniversite ve ilçe devlet hastanelerinde çalışanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Merkez devlet hastanelerinin yatak kapasitelerinin ilçe devlet hastanesine göre daha fazla olması ve merkez devlet hastanelerinde bakım gerektiren daha komplike hastalığı olan hastalara bakım verilmesine bağlı olarak iş yükünün daha fazla olmasından dolayı daha fazla neden belirttikleri düşünülmektedir. Artan iş yüküyle beraber iletişim sorunlarının da daha fazla yaşandığı düşünülmektedir. Bu durumun merkez devlet hastanesinde ilçe devlet hastanesine göre hasta sayısının fazlalığı ile orantılı olarak malzeme kaynaklarına daha çok ihtiyaç duyulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Üniversite hastanesi ve merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri iş gücü alt boyut puan ortalaması ilçe devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun üniversite hastanesinin ve merkez devlet hastanelerinin yatak kapasitelerinin ilçe devlet hastanelerine göre daha fazla olması ve personel sayısının yetersiz olabileceği ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Literatürde karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin hastane türüyle ilişkisine yönelik bulgu yer almamaktadır. Kalisch ve Lee'nin magnet ve magnet olmayan hastanelerde yaptığı çalışmada magnet hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri iletişim ve iş gücü kaynakları alt boyutlarının magnet olmayan hastanelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Malzeme kaynakları alt boyutunda iki hastane türü arasında anlamlı fark bulunamamıştır (49). Bragadottir, Kalisch ve Tryggvadottir çalışmalarında eğitim hastanelerinde diğer hastanelere göre daha fazla KHB olduğunu belirtmişlerdir (77).

Hemşirelerin çalıştığı birime göre dahili birimlerde çalışan hemşirelerin, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan ortalaması ve iş gücü kaynakları alt boyut puan

ortalamasının cerrahi birimler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Dahili birimlerde daha fazla bakım gerektiren, daha uzun süre hastanede kalması gereken kronik hastalığı olan hastalar tedavi gördüğünden hemşirelerin iş yükü artmaktadır. Uzun süre hastanede kalışlarla bağlantılı olarak hastalarda daha fazla komplikasyon gelişmekte ve daha fazla bakım gereksinimi doğmaktadır. Artan iş yüküyle beraber servislerde yeterli personel olmamasıyla ilişkili olarak daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu düşünülmektedir. Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenlerinden iletişim alt boyut puan ortalaması yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Yoğun bakım ünitesindeki hemşireler dahili birimlere göre daha fazla bireyselleştirilmiş bakım vermektedir ve yoğun bakımlar daha izole yerler olduğundan dolayı iletişim sorunu daha az yaşanabilmektedir. Bununla birlikte dahili birimlerde hemşireler diğer sağlık çalışanı (hekim, fizyoterapist vb.) ve hasta yakınları ile sürekli iletişimde bulunduğundan yoğun bakım ünitelerine göre iletişim sorunu daha fazla yaşanabilir. Kalisch ve Williams'ın çalışmasında da dahili birimlerden olan nefroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin cerrahi birimler ve yoğun bakım ünitelerine göre daha fazla karşılanamayan bakımın olduğu bulunmuştur. Nefroloji kliniğinde çalışanların karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinden olan iletişim alt boyut puan ortalaması yoğun bakım ünitelerine göre anlamı düzeyde yüksek çıkmıştır (13). Kalisch, Tschannen ve Lee'in çalışmasında ise karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi ile çalışılan birim arasında anlamlı fark çıkmamıştır (47). Bragadottir, Kalisch ve Trygguadottir'in çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin dahili ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (77). Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'in çalışmasında karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi ile çalışılan birim arasında fark çıkmamıştır (15). Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin kadın doğum kliniğinde çalışanların dahili, cerrahi birimler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (17). Friese ve ark. yaptığı çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin onkoloji birimlerinde, onkoloji birimi dışındaki dahili ve cerrahi birimlere göre daha az olduğu belirlenmiştir (50).

Hemşirelerin çalışma saatlerine göre iş gücü alt boyut puan ortalamasında fark çıkmıştır. Sürekli gündüz ve karma vardiya (8-16-24 saat) şeklinde çalışan hemşirelerin iş

gücü alt boyutunun puan ortalamasının 24 saatlik vardiya şeklinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun hastayı 24 saatte takip eden yani bir gününü hastalarla geçiren hemşirenin hastayı daha iyi tanıyıp, takip ederek hastanın kişisel özelliklerini daha iyi öğrenerek, ihtiyacı olan bakımı daha iyi belirleyerek daha etkili bakım verdiği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak 24 saatlik vardiya şeklinde çalışanların, sürekli gündüz ve karma vardiya (8-16-24 saat) şeklinde çalışanlara göre karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri iş gücü alt boyutunu daha az neden olarak belirttikleri düşünülmektedir. Kalisch, Tschannen ve Lee çalışmalarında çalışma saatlerinin uzunluğunun KHB'ını arttıran faktörler arasında olduğunu belirtmiştir. Ayrıca gece vardiyasında çalışanlarda daha az KHB'nın olduğu belirlenmiştir (48). Kalisch ve Doumit'in, Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'in ve Kalisch ve Lee'nin çalışmalarında da gece vardiyasında çalışan hemşirelerin gündüz vardiyasında çalışanlara göre daha az KHB olduğunu belirtmişlerdir (15,75,76).

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN EN ÇOK KARŞILANAMAYAN BEŞ BAKIM GEREKSİNİMİ MADDESİ PUAN ORTALAMASI İLE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma özelliklerine göre en çok karşılanamayan beş bakım gereksinimi maddesi puan ortalaması ile hastane türü ve çalışılan birim arasında fark çıkmıştır. Literatürde hemşirelerin çalışma özelliklerinin en çok karşılanmayan beş bakım gereksinimi maddeleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgu yer almamaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanmayan birinci, dördüncü ve beşinci bakımlar arasında fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştığı hastane türüne göre en çok karşılanamayan ilk sıradaki hemşirelik bakımı maddesinin/uygulamasının merkez ve ilçe devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma dolaştırma" uygulamasına yönelik puan ortalaması üniversite hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu durumun üniversite hastanesindeki hastaların hastalıklarının daha komplike olmasından dolayı bu bakıma daha fazla ihtiyaç duyduklarından ve iyileşme sürecini hızlandırmak, hastanede kalış süresini kısaltmak ve hastada dekübit vb. komplikasyonların

oluşmasını önleyerek hastanın durumunun olumsuz sonuçlanmaması sağlamak ve buna bağlı olarak hemşirenin kendi iş yükünü azaltmak adına bu bakımın verilmesine özen gösterdikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastane türüne göre en çok karşılanamayan dördüncü sıradaki hemşirelik bakımı maddesi karşılanma düzeyi puanları incelendiğinde üniversite ve merkez devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin "Çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi" uygulamasına yönelik puan ortalamasının ilçe devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeninin üniversite ve merkez devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ilçe devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre hasta sayısının daha fazla olması, hasta durumundaki ani değişikliklerin fazla olabilmesi, yatan hastaların daha komplike vakalar olması, üniversite ve merkez devlet hastanelerinin yatak kapasitesinin ilçe devlet hastanesine göre daha fazla olmasıyla birlikte çalışan personel sayısının bu durumlarda yeterli olamamasına bağlı olarak iş yükünün artması gibi sebeplerle bu bakımı beklenilen süre içerisinde karşılayamadıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin hastane türüne göre en çok karşılanamayan beşinci sıradaki bakımın karşılanma düzeyi puanları incelendiğinde; ilçe devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin "Hastaya ağız bakımı verilmesi" uygulamasına yönelik puan ortalamasının üniversite hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun ilçe devlet hastanesindeki hastaların durumunun üniversite hastanesindeki hastalara göre daha iyi olmasından, bakımlarını kendi başına yapabileceklerinin düşünülmesinden kaynaklandığı öngörülmektedir. Ayrıca bu bakım hastaların durumuna göre verilmesi gereken önemli bir bakımdır.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan ilk sıradaki hemşirelik bakımı olan "Hastayı günde üç kez gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma" maddesinin puanları incelendiğinde; yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamasının dahili ve cerrahi birimlerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, dahili birimlerde çalışanların puan ortalamasının da cerrahi birimlerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tedavisi için gerekli olan bakım ekipmanlarının (sonda, dren, monitör, göğüs tüpü, infüzyon pompası vb.) cerrahi ve dahili birimlerdeki hastalara göre daha fazla olması, hastanın mobilize edilirken bazı

ekipmanların sökülerek bazılarının da hastada kalacak gerekecek şekilde mobilize edilmesi zorlu ve zaman alan bir süreçtir. Bunu gerçekleştirecek yeterli personel olmamasından dolayı bu bakımın en fazla yoğun bakım ünitelerinde karşılanmadığı düşünülmektedir. Cerrahi biriminde de mobilizasyon atlanmaması gereken ve post op dönemde hastalarda gelişebilecek komplikasyonların (tromboflebit vb.) önlenmesi için erken dönemde verilmesi gereken önemli bir bakım olmasından dolayı dahili birimlere göre daha fazla karşılanan bir bakım olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan ikinci sıradaki hemşirelik bakımı olan "Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi" maddesinin puanları incelendiğinde cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin bu maddeye yönelik puan ortalaması yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur. Bunun sebebinin yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların dahili ve cerrahi birimlerde yatan hastalara göre daha fazla immobil olmasından ve sürekli aynı pozisyonda yatmaya bağlı oluşabilecek komplikasyonların (dekübit vb.) önlenmesi için bu bakımın yoğun bakım ünitelerinde dahili ve cerrahi birimlere göre daha fazla verildiği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştığı birime göre en çok karşılanamayan üçüncü sıradaki hemşirelik bakımı olan "Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi" maddesi puan ortalamasının cerrahi ve dahili birimlerde çalışanların yoğun bakım ünitelerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde immobil hastaların cerrahi ve dahili birimlere göre daha fazla olması, bu hastaların hastanede kalış sürelerinin uzun olması ve hijyen açısından bu bakımı ihtiyaç duymalarından dolayı bu bakımın daha fazla verildiği düşünülmektedir. Cerrahi ve dahili birimlerdeki hastaların yoğun bakım ünitesindeki hastalara göre daha mobil olmasından dolayı bu bakımı hastaların kendisi veya hasta yakınlarıyla birlikte yapılabileceği düşünülerek ihtiyacı olan hastalara da yardım edilmeyerek ya da gerekli bakım verilmeyerek bu bakımın atlanıldığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan dördüncü sıradaki hemşirelik bakımı "Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi" maddesinin puan ortalaması incelendiğinde yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bu bakıma yönelik puan ortalamasının cerrahi ve dahili birimlerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakımdaki hastaların tedavi ve bakımlarının cerrahi ve dahili

birimlere göre daha fazla olması, hasta durumundaki ani değişikliklerin olması gibi durumlardan dolayı çağrı ziline beklenen sürede yanıt verilemediği düşünülmektedir. Ayrıca hastalar monitörizasyonla yakın takip edildiğinden hastaların acil ihtiyacı onlara öncelik verilerek diğer hastaların öncelik sırasına göre ihtiyacının geç karşılandığı ve bunun bir etkeninin de yeterli personel olmamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre en çok karşılanamayan beşinci sıradaki hemşirelik bakımı "Hastaya ağız bakımı verilmesi" maddesinin puan ortalaması incelendiğinde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamasının dahili birimler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışanlara göre anlamı düzeyde yüksek olduğu, dahili birimlerde çalışanların puan ortalamasının da yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitesinde bu bakımın diğer birimlere göre en fazla verilmesinin sebebinin yoğun bakımdaki hastaların daha çok ağız yoluyla beslenemeyen, nazogastrik sondası olan, mekanik ventilatöre bağlı olan hastalar olması ve bu hastalarda ağız mukozasının bütünlüğünün sağlanması, oluşabilecek komplikasyonların (ağız kuruluğu, ağız kokusu, periodental hastalıklar, ventilatör ilişkili pnömoni vb.) önlenmesi için verilmesi gereken önemli bir bakım olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dahili birimlerde de cerrahi birimlere göre daha fazla bakıma ihtiyaç duyan (SVH'li hastalar, kemoterapi, radyoterapi uygulanan hastalar, nörolojik problemi olan hastalar vb.) ve kronik hastalığı olan hastalar olmasından dolayı ağız bakımı verilmesi gereken ve atlanılmaması gereken bir bakımdır. Cerrahi birimlerde dahili birimlere oranla daha az bu bakıma ihtiyaç duyan, kısa süreli yatışları olan, bağımsızlık düzeyleri daha iyi hastalar vardır ya da hastaların bu bakımı kendilerinin yapabileceği düşünülerek hemşireler tarafından bu bakım karşılanamayabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Trakya bölgesindeki kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakım ve nedenlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması 1,63±0,35, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan ortalaması 3,22±0,65, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri işgücü kaynakları alt boyut puan ortalaması 3,67±0,49, iletişim alt boyut puan ortalaması 2,99±0,81, malzeme kaynakları alt boyut ortalaması 3,31±0,82 olarak bulunmuştur.

- En fazla karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma", en fazla karşılanan bakım gereksiniminin "Ellerin yıkanması" olduğu belirlenmiştir.

- Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümünde karşılanamayan hemşirelik bakımı için en çok belirtilen sebebin "Çalışan personel sayısının yetersizliği", en az belirtilen sebebin "Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması" olduğu bulunmuştur.

- Hemşirelerin eğitim durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam ve iki alt boyutunda (iş gücü kaynakları ve iletişim) puan ortalamaları

arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Lise mezunu hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam, iş gücü kaynakları ve iletişim alt boyut puan ortalamalarının ön lisans ve lisans eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Hemşirelerin çalıştığı hastane türüne göre karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam puan, iş gücü kaynakları, iletişim ve malzeme alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark çıkmıştır ($p<0,05$). Merkez devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan, iletişim ve malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamalarının üniversite hastanesi ve ilçe devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Üniversite ve merkez devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin iş gücü alt boyut puan ortalamasının ilçe devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

- Hemşirelerin çalıştığı birime göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam puan, iş gücü ve iletişim alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalamasının, hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin toplam puan ve iş gücü alt boyut puan ortalamalarının yoğun bakım üniteleri ve cerrahi birimlerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin iletişim alt boyut puan ortalamasının yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Hemşirelerin çalışma saatlerine ile iş gücü alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,01$). Sürekli gündüz ve karma vardiya (8-16-24 saat) şeklinde çalışan hemşirelerin iş gücü alt boyut puan ortalamasının 24 saatlik vardiya şeklinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

ÖNERİLER

- Çalışmanın farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanması, KHB'yi ve nedenleri ortaya çıkarmak için daha fazla çalışma yapılması, bu amaçla geliştirilen ölçeklerin daha sık aralıklarla kullanılarak sonuçların çalışan ve yöneticilerle paylaşılması,

- KHB hasta güvenliği için önemli bir sorun olduğundan yapılan çalışmaların sonuçları dikkate alınarak hastanelerde yöneticilerin karşılanamayan hemşirelik bakımını önlemeye yönelik çözümler üretmesi ve karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla çalışmalar yapması önerilmektedir.

ÖZET

Araştırma Trakya bölgesindeki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakım ve nedenlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırma Trakya bölgesindeki hastanelerde bakım gerektiren birimlerde çalışan 550 hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan 7 sorudan oluşan tanıtıcı bilgi formu ve "Karşılanamayan Bakım Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Skewnes ve Kurtosise değerleri, t testi, tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması 1,63±0,35, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan ortalaması 3,22±0,65 olarak bulunmuştur. En fazla karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma" olduğu, karşılanamayan hemşirelik bakımı için en çok belirtilen nedenin "Çalışan personel sayısının yetersizliği" olduğu belirlenmiştir. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalamasıyla çalışılan birim arasında, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri toplam puan ortalamasıyla çalışılan birim, eğitim durumu ve hastane türü arasında, hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin alt boyutları puan ortalamalarından; iş gücü kaynaklarıyla çalışılan birim, eğitim durumu, hastane türü ve çalışma saatleri arasında,

iletişimle çalışılan birim, eğitim durumu ve hastane türü arasında, malzeme kaynaklarıyla hastane türü arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç olarak; Trakya bölgesindeki kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakımın var olduğu ve nedenlerinin alt boyut sıralamasının en çoktan en aza doğru iş gücü kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim olduğu belirlenmiştir. Karşılanamayan hemşirelik bakımının ortaya çıkarılmasına yönelik farklı örneklemlerde çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Karşılanamayan hemşirelik bakımı, hemşire, bakım, hasta, hastane

MISSED NURSING CARE AND REASONS OF NURSES WHO ARE WORKING AT PUBLIC AND UNIVERSITY HOSPITALS IN THRACE REGION

SUMMARY

The research is a descriptive study for revealing missed nursing care and its reasons of nurses working at public and university hospitals in Thrace Region.

Research conducted with the 550 nurses who work at departments need nursing care in hospitals which are in Thrace region. Information form prepared by researcher, consisted of 7 questions and "MISSCARE Survey" were used for collecting data. For analysis of parameters; number, percentage, average, standart deviation, Skewnes and Kurtosise values, t test, one way Anova were used.

In the study, average point of nursing care was found 1,63±0,35, total point average of missed nursing care's reasons was found 3,22±0,65. It is determined that the most missed nursing care is "The patient stand up/walk around three times in a day or as required", the most indicated reason of missed nursing care is "Lack of working personnels numbers". Significantly differences were found between averege point of missed nursing care and unit, averege point of missed nursing care reasons and units, educational status, hospital type; average point of labour resource subdminesions and units, educational status', hospital type,

working times’; average point of comminucation subdimensions and units, educational status’, hospital type; average point of material resources and hospital type.

As a result it was determined that missed nursing care of nurses working at public and university hospitals in Thrace Region exist and order of reason’s subdimension from the most to least is labour resource, material resource, communication. It is suggested that repeating the study to reveal missed nursing care with different samples.

Key Words: Missed nursing care, nurse, care, patient, hospital

KAYNAKLAR

1. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;74–82.

2. Gökmen Baykara Z. Hemşirelik Bakım Kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi 2011;1(2):92-99.

3. Bakım. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük içinde. (tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ba018bf05e315.50034726) Erişim Tarihi: 18 Haziran 2018)

4. Öztunç G. Hemşireliğin Doğası. Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın Yayıncılık; 2013;26-35.

5. Kıvanç M.M. Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012;220-222.

6. Lackman V D. Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. Ethics, Law, and Policy. 2012;21(2):112-116.

7. Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(3):137-140.

8. Jasmine T. Art, Science or Both?. Keeping the Care in Nursing. Nursing Clinics of North America. 2009;44(4):415-421.

9. Papastavrou E, Efstathıo G, Charalambous A. Nurses' and Patients' Perceptions of Caring Behaviors: Quantitative Systcmatic Review of Comparative Studies. Journal of Advanced Nursing 2011;67(6):1191-1205.

10. Atar NY, Aştı TA. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012;20(2):129-139.

11. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2009;65(7):1509-1517.

12. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P et al. Errors In Administration of Parenteral Drugs In Intensive Care Units: Multinational Prospective Study. BMJ 2009;338:b814.

13. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed Nursing Care: Errors of Omission. Nurs Outlook 2009;57(1):3-9.

14. Kalisch BJ, Lee KH. The Impact Of Teamwork On Missed Nursing Care. Nurs Outlook 2010;58(5):233-241.

15. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital Variation In Missed Care. American Journal of Medical Quality 2011;26(4):291-99.

16. Bragadottir H, Kalisch BJ. Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. Nordic College of Caring Science 2018;1-10.

17. Kalisch BJ, Terzioğlu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric Properties And Findings. Nursing Economic 2012;30(1):29-37.

18. Villamin C, Anderson J, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Variations in Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units. Journal of Nursing Care Quality 2018;1-7.

19. Amidei CS. Routine Editorial. Omissions Of Care. Journal of Neuroscience Nursing 2007;39(1):4.

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

21. Rolfe G. Some further questions on the nature of caring. International Journal of Nursing Studies 2009;46:143–146.

22. Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. International Journal of Nursing Practice 2010;16:51–56.

23. Dinç L. Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi 2009;40(2):113-119.

24. Dalpezzo NK. Nursing care: A concept analysis. Nursing Forum 2009;44(4):256-264.

25. Cortis JD, Kendrick K. Nursing ethics, caring and culture. Nursing Ethics. 2003;10(1):77-88.

26. Engster D. Rethinking Care Theory: The practice of caring and the obligation to care. Hypatia 2005;20(3):50-74.

27. Carante LC. Coalescing the Theory of Roach and Other Truth-Seekers. International Journal of Nursing Science 2015;5(1):1-4.

28. Wikberg A., Eriksson K. Intercultural caring-an abductive model. Scand Journal Caring Science 2008;22:485-496.

29. Mlinar S. First and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. Nursing Ethics 2010;17(4):491–500.

30. Papastavrou E, Efstathıou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparativem studies. Journal of Advanced Nursing 2011;67(6):1191–1205.

31. Mackintosch C. Is there a place for "care" within nursing?. International Journal of Nursing Studies 2000;37(3):321-327.

32. Birol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik ile İlgili Kuramlar. İzmir: Dumat Ofset Matbaacılık Ltd.Şti; 2011. s.52-90.

33. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Hemşirelik Tanımı Kuramı Virginia Henderson. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.155-174.

34. Allıgood MR. Nursing theorits and their work. E book USA. Elsevier Mosby, 2017;12-24.

35. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Bakım- Öz Tedavi Kuramı Lydia E.Hall. İstanbul:Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.293-308.

36. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İnsanlar Arası İlişkiler Kuramı Joyce Travelbee. İstanbul:Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.260-280.

37. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Öz-Bakım Kuramı Dorothea E.Orem. İstanbul:Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.319-339.

38. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Yaşam Modeline Dayalı Hemşirelik Kuramı Roper, Logan, Tierney. İstanbul:Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.184-212.

39. Dinç L. Hemşirelik Etiğinin Temeli ve Hedefi. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;11(1):1-10.

40. Birol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Süreci. İzmir:Dumat Ofset Matbaacılık Ltd.Şti; 2011. s.94-98.

41. Kalisch BJ. Missed Nursing Care: A Qualitative Study. J Nurs Care Qual 2006;21(4):306-13.

42. "Miss"Türkçe çeviri. Passwoord Dictionary for Learning of English. Ankara:İnkılap Kitapevi A.S; 2004. s.546.

43. Kalisch BJ, Aebersold M. Overcoming Barriers To Patient Safety. Nurs Econ 2006;24(3):143-148.

44. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. Journal of Clinical Nursing 2013;23:1785-1795.

45. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. J Nurs Care Qual 2012;27(1):6-12.

46. Moreno- Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interial-Guzmán MG. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. Aquichan. 2015;15(3):318-328.

47. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do Staffing Levels Predict Missed Nursing Care? International Journal for Quality Health Care 2011;23(3):302-308.

48. Kalisch BJ, Tschanen D, Lee H. Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction? J Healthc Manag 2011:56(2):117-131.

49. Kalisch BJ, Lee KH. Missed Nursing Care:Magnet Versus Non-Magnet Hospitals. Nurs Outlook 2012;60(5):32-39.

50. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns And Correlates Of Missed Nursing Care in Inpatient Oncology Units. Cancer Nurs 2013;36(6):51-57.

51. Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing Of Tool To Measure Missed Nursing Care. JONA 2009;39(5):211-19.

52. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient Perceptions of Missed Nursing Care. Joint Comission Journal on Quality and Patient Safety 2012;38(4):161-167.

53. Kalisch BJ, Nurse and Nurse Assistant Perceptions of Missed Nursing Care. The Journal of Nursing Administration 2009;39(11):485-493.

54. Kalisch BJ, Gosselin K, Choi SH. A Comparison of Patient Care Units With High Versus Low Levels of Missed Nursing Care. Health Care Manage Rev 2012;37(4):320-8.

55. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, VerrallC et al. Factors influencing why nursing care is missed. Journal of Clinical Nursing 2014;24:47-56.

56. Willis E, Harvey C, Thompson S, Pearson M, Meyer A**.** Work Intensification and Quality Assurance Missed Nursing Care. J Nurs Care Qual 2017;1-7.

57. Rauhala A, Mika Kivimaki M, Fagerstrom L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. Journal of Advanced Nursing 2007;57(3):286-295.

58. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. Applied Nursing Research 2011;24:244-255.

59. Piscotty R, Kalisch BJ. The challenges of "missed nursing care". Nursing Management. Nursing Management 2014;41-44.

60. Kalisch BJ, Friese CR, Choi SH, Rochman M. Hospital Nurse Staffing. Medical Care 2011;49(8):775-779.

61. Cho E, Lee NM, Kim YE, Kim S, Lee K, Park KO et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 2016;263-271.

62. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RRM. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. Clinical Nursing Studies 2015;3(4):60-65.

63. Kalisch BJ, Lee KH. Congruence of Perceptions Among Nursing Leaders and Staff Regarding Missed Nursing Care and Teamwork. The Journal of Nursing Administration 2012;42(10):473-477.

64. Jones TL, Gemeinhardt G**,** Thompson JA, Hamilton P. Measuring Unfinished Nursing Care. J Nurs Care Qual 2016;31(1):90-97.

65. Simpson KR, Lyndon A. Consequences of Delayed, Unfinished, or Missed Nursing Care During Labor and Birth. J Perinat Neonat Nurs 2017;31(1):32-40.

66. Piscotty RJ, Kalisch BL, PhD, Gracey-Thomas A. Impact of Healthcare Information Technology on Nursing Practice. Journal of Nursing Scholarship 2015;47(4):287–293.

67. Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Dasso N, Zanini MP et al. Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care. BMJ Qual Safety 2017;1-4.

68. Cho SH, Mark BA, Knafl G, Chang HE, Yoon HJ. Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. Journal of Nursing Scholarship 2017;1-9.

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

70. Winter R, Neville S. Registered Nurse Perspective On Delayed or Missed Nursing Cares in a New Zealand Hospital. Nurs Prax N. Z. 2012;28(1):19-28.

71. Harvey C, Willis E, Henderson J, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C et al. Priced to care: Factors underpinning missed care. Journal of Industrial Relations 2016;58(4):510–526.

72. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International Journal of Nursing Studies 2015;52:1121–1137.

73. Harvey C, Thompson S, Pearson M, Willis E, Toffoli L. Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers. Nursing Inquiry. 2017;1-8.

74. Orique SB, Patty CM, Woods E. Missed Nursing Care and Unit-Level Nurse Workload in the Acute and Post-Acute Settings. J Nurs Care Qual 2016;31(1):84-89.

75. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. Western Journal of Nursing Research 2014;1-16.

76. Kalisch BJ and Doumit M. Missed Nursing Care, Level of Staffing and Job Satisfaction. The Journal of Nursing Administration. 2013;43(5):274-279.

77. Bragadottir H, Kalisch BJ, Tryggvadottir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. Journal of Clinical Nursing 2016;26:1524-1534.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Karşılanamayan hemşirelik bakım modeli……...11

TABLOLAR

Tablo 1. Araştırma yapılan hastanelerdeki ulaşılması gereken ve ulaşılan personel sayıları……...19

Tablo 2. Hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özellikleri (n: 505)……..24

Tablo 3. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenleri bölümlerinden aldıkları puanlar (n:505)…….……...25

Tablo 4. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri maddelerinin puan ortalaması (karşılanmama düzeyi en yüksekten en düşüğe doğru) (n:505)…….....26

Tablo 5. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri maddelerinin puan ortalaması (karşılanmama nedeni en çoktan en aza doğru) (n:505)……..27

Tablo 6. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 505)……..……..29

Tablo 7. Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre Karşılanamayan Bakımı Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 505)……..……...31

Tablo 7 (devam). Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre Karşılanamayan Bakım Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n:505)…….....32

Tablo 8. Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre en çok karşılanamayan ilk beş bakım gereksinimine ait madde puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 505)…….37

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Edirne'nin Keşan ilçesinde doğan Ayşe ÇİMEN ilk ve orta öğretimini Yenimuhacir İlköğretim okulunda, lise eğitimini Tekirdağ Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. 2010 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde başladığı eğitimini 2014 yılında tamamlayıp 'hemşire' ünvanını almıştır. 2016 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2014-2016 yılları arasında Namık Kemal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmıştır. 2016 ağustos ayından beri de Uzunköprü Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır.

EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek 2. Karşılanamayan Bakım Ölçeği

Ek 3. Ölçek Kullanım İzni

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 5. Resmi İzin Yazısı (Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi)

Ek 6. Resmi İzin Yazısı (Edirne İl Sağlık Müdürlüğü)

Ek 7. Resmi İzin Yazısı (Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü)

Ek 8. Resmi İzin Yazısı (Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü)

Ek 9. Resmi İzin Yazısı (Namık Kemal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Manar ASLAN'ın danışmanlığını yürüttüğü, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümü yüksek lisans programında 'Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri' adlı bilimsel araştırmaya veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

Bilimsel amaçla yapılan bu araştırmada katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup, kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Çalışma size herhangi bir mali yük getirmemektedir. Ölçekte yer alan sorulara içtenlikle yanıt vermeniz, araştırmanının bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Vereceğiniz cevaplar sadece ilgili bilimsel araştırma dahilinde kullanılacaktır. Ölçeği doldurmakla çalışmamıza yaptığınız değerli katkı ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz .

Ayşe ÇİMEN (Yüksek lisans öğrencisi)

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

1- Yaşınız: ……..

2- Cinsiyet ☐ Kadın ☐ Erkek

3- Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar

4- Eğitim durumu:

☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans-Doktora

5- Meslekte çalışma yılınız:

☐1-2 yıl arası ☐ 3-5 yıl arası ☐ 6-10 yıl arası ☐ 10 yıldan fazla

6- Çalışma saatleriniz:

☐ 08-16 sürekli gündüz ☐ Gündüz ve gece (karma vardiya: 8-16-24 saatlik)

☐ 24 saatlik vardiya

7- Çalıştığınız birim:

☐ Dahili birimler ☐ Cerrahi birimler ☐ Yoğun bakım

Ek 2. Karşılanamayan Bakım Ölçeği

KARŞILANAMAYAN BAKIM ÖLÇEĞİ

Bölüm 1- Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

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

	Hiç bir zaman Verilmiyor	**Sıklıkla Verilmiyor**	**Bazen Verilmiyor**	**Nadiren Verilmiyor**	**Uygun değil**
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma					
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi					
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi					
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi					
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi					
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi					
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi					
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi					
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi					
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi					
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi					

12. Hastaya ağız bakımı verilmesi					
13. Ellerin yıkanması					
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme					
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması					
16. Her şiftte hastanın değerlendirilmesi					
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi					
18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi					
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması					
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi					
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi					

Bölüm 2-Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri

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.

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

Ek 3. Ölçek Kullanım İzni

Gmail **Ayse Tuluoglu <aysetuluoglu@gmail.com>**

About permission of using scale
2 ileti

Ayse Tuluoglu <aysetuluoglu@gmail.com> 27 Şubat 2017 21:09
Alıcı: bkalisch@med.umich.edu

Dear Beatrice KALİSCH,
My name is Ayşe ÇİMEN. I'm from Turkey. I'm a post graduate student on nursing management in Trakya University.
Can I use the Misscare Survey scale, that, you make validity and realibility in Türkish with Assoc.Prof. Sergül Duygulu and Prof. Füsun Terzioğlu, in my thesis.
I consulted Assoc.Prof. Sergül DUYGULU and if you let me to use your scale I will use it in my thesis.

kalisch, Bea <bkalisch@med.umich.edu> 28 Şubat 2017 06:45
Alıcı: Ayse Tuluoglu <aysetuluoglu@gmail.com>

Thank you for your interest in the *MISSCARE Survey Turkish.* You have permission to use it if you are willing to send the results (data) so that I can continue to monitor the psychometric properties of the tool. Let me know if you have questions.

Sincerely,

Bea

Beatrice J. Kalisch, RN, PhD, FAAN

Titus Distinguished Professor of Nursing

University of Michigan

School of Nursing

2703 White Oak Drive

Ann Arbor, Michigan 48103

bkalisch@umich.edu

7342555998 or 7342220920

[Alıntılanan metin gizlendi]

****
Electronic Mail is not secure, may not be read every day, and should not be used for urgent or sensitive issues

Ek 4. Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/123	
	1PROTOKOL ADI	Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Vermedikleri Ya da Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 11/20** **Tarih:14.06.2017**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe ÇİMEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmanın isminin "Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri" olarak değiştirilmesinde sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeret!!
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeret!!
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	Mazeret!!
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 5. Resmi İzin Yazısı (Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi)

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 79056779-600 -E.176278 13/11/2017
Konu : İzleme hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25/07/2017 tarihli ve E.147668 sayılı yazı,

İlgi yazınız incelenmiş olup, Ayşe ÇİMEN'in ilgili tez çalışmasını Kurumumuzda yürütme isteği Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Gündeniz ALTIAY
Merkez Müdürü V.

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon:(0284) 235 27 31 Faks(0284) 235 27 30
E-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tuh.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Neriman ÜNAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Resmi İzin Yazısı (Edirne İl Sağlık Müdürlüğü)

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - EDİRNE İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
08/08/2017 15:40 - 26559790 - 605.01 - E.9223
00050700916

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 26559790/605.01
Konu : Araştırma İzni (Ayşe ÇİMEN)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü'nün 27/07/2017 tarihli ve 73702 sayılı yazısı.

İlgi kayıtlı yazı ile Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD yüksek lisans program öğrencisi Ayşe ÇİMEN tarafından "Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri" konulu çalışmanın yapılmak istenildiği belirtilmiştir.

Söz konusu çalışma ile ilgili izin talep dosyası komisyon tarafından değerlendirilmiş olup 08.08.2017 tarihinde karara bağlanmıştır. Bu çerçevede çalışmanın sağlık tesisinizde gönüllülük esasına dayalı olarak ve sunulan veri toplama araçları ile gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Selma HEVES YILMAZ
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
Trakya Üniversitesi İlgili Yazı ve Ekleri

Dağıtım:
Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi Yöneticiliği
Edirne Keşan İlçe Devlet Hastanesi Yöneticiliği
Edirne Uzunköprü İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği

Sarıcapaşa Mahallesi/Sarıcapaşa Camii Caddesi/no:17/ EDİRNE
e-posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207
e-Posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://edirne.khb.saglik.gov.tr
Bilgi için:Emine AYDIN ÖZGÜR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0284 226 82 45/1532

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6a87bdf8-8890-4b63-8d40-3797fa416b25 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Resmi İzin Yazısı (Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü)

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/08/2017-80522

TEKİRDAĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - TEKİRDAĞ KHB EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
21/08/2017 17:32 - 42232655 - 044 - E.397
0005134046

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 42232655-044
Konu : Araştırma İzni/Ayşe ÇİMEN

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Trakya Üniveristesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 27/07/2017 tarihli ve 59426830-302.08.01-E.73701 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hemşire Ayşe ÇİMEN'in **"Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri"** isimli tez çalışmasının anketini Tekirdağ, Çorlu Çerkezköy Devlet Hastanelerinde çalışan hemşirelere 21/08/2017 – 21/12/2017 tarihleri arasında uygulayabilmesi için gerekli izin talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, sonucun bir örneğinin CD formatında Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve Ar-Ge Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Cengiz BECERİR
Genel Sekreter

Ek: Protokol (4 Sayfa)

Dağıtım:
Trakya Üniversitesi Rektörlüğü (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
Tekirdağ Devlet Hastanesi
Çorlu İlçe Devlet Hastanesi
Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi

Ayşe ÇİMEN (aysetuluoglu@gmail.com)

100. Yıl Mah. Hüseyin Mumcuoğlu Cad. No:37/A 59100/ TEKİRDAĞ
tekirdagkhb.egitim@saglik.gov.tr www.tekirdag.khb.saglik.gov.tr
Faks No:0 282 2625729
e-Posta:GULAYDIN.TABU@saglik.gov.tr İnt.Adresi: " Kanser Taramalarını Yaptır Endişeni Kaldır "
Bilgi için:Gülaydın TABU
Unvan:EBE
Telefon No:0(282)2586565/1049

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 415eab2d-9545-4827-a29e-ab15c00f4273 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8. Resmi İzin Yazısı (Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü)

KIRKLARELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - KIRKLARELİ İLİ KHGOS İNSAN KAYNAKLARI BİRİMİ
10/08/2017 17:26 - 82030386 - 799 - E.3669

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82030386-799
Konu : Ayşe ÇİMEN Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 27/07/2017 tarihli ve E.73703 sayılı yazısı ile Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe ÇİMEN'in Birliğimize bağlı Kırklareli Devlet Hastanesi, Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Babaeski Devlet Hastanesinde "Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri" isimli anket çalışması yapmak istediği bildirilmiştir.

Anket uygulamasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması. söz konusu araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimizce değerlendirilip onaylandıktan sonra kullanılması kaydıyla gerekli iznin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Hüseyin ASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../.../2017

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Fatma Banu İŞLER
Genel Sekreter V.

karakas mah. istanc cad. no 9 c blok Selma ÖZÇELİK
Faks No:
e-Posta:selma.can2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 02882120120 DAHİLİ 211

Bilgi için:Selma ÖZÇELİK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0(288) 212 01 20

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 0fef839e-9eab-47ed-b5b8-1519e7afa821 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 8982d029-9d3b-4f31-4336-3e865b3b5d2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9. Resmi İzin Yazısı (Namık Kemal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/01/2018-E.1063

BE8V3UA89

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45976400-302.14.01-E. 1063 25/01/2018
Konu : Tez Çalışması

Sayın Ayşe ÇİMEN

İlgi sayılı yazınız tarafımızca incelenmiş olup; "Trakya Bölgesindeki Kamu ve Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri" konulu tez çalışmanızı Merkez Müdürlüğümüzde yapmanız uygun görülmemiştir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Yrd. Doç. Dr. Tolga ERSÖZLÜ
Merkez Müdürü V.

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
25/01/2018
Vural DUĞAN
Şef

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.nku.edu.tr/Validate_Doc.aspx?V=BE8V3UA89
Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. Süleymanpaşa / TEKİRDAĞ
Telefon:0282 250 00 00 Faks(282) 250 9950
E-Posta:bashekimlik@nku.edu.tr;hastane@nku.edu.tr Elektronik Ağ:http://hastane.nku.edu.tr/
Kep Adresi: namikkemaluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Vural Duğan
Şef
Dahili No: 7045

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.