T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİKTE EKİP ÇALIŞMASI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANARAK KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

GÜLCAN TAŞKIRAN ESKİCİ

DANIŞMAN
PROF.DR.ÜLKÜ BAYKAL

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

Bu çalışma 07.01.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora ProgramıDoktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr.Ülkü BAYKAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr.Aytolan YILDIRIM
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr.Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr.Esra UĞUR
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr.Ayşe Nefise BAHÇECİK
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gülcan TAŞKIRAN ESKİCİ



İTHAF

Annem Hatice Taşkıran ve babam Mustafa Taşkıran'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle her zaman bana ışık tutan, çok değerli hocalarım, danışmanım Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a ve anabilim dalı başkanım Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a

Tez izlem süreci boyunca emek ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Esra UĞUR'a

Her sürecimde sonsuz desteklerini esirgemeyen çok değerli ve kıymetli hocalarım, Doç.Dr. Arzu Kader HARMANCI SEREN'e, Dr. Öğr. Üyesi Feride EŞKİN BACAKSIZ'a ve Dr.Öğr. Üyesi Handan ALAN'a

Tezimin her aşamasında yoğunluğuna rağmen bana zaman ayıran, sevgili Dr. Roger WATSON'a

Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde çalışan, kıymetli zamanlarını bu çalışma için harcayan ve araştırmaya destek veren tüm kurum yöneticileri ile değerli meslektaşlarıma,

İlkokuldan doktoraya tüm eğitim sürecim ve hayatımın diğer her anında, beni her zaman destekleyen ve hiçbir fedakarlıktan çekinmeyen, bu hayattaki en kıymetli varlıklarım annem Hatice TAŞKIRAN ile babam Mustafa TAŞKIRAN'a

Her zaman en büyük destekçim olan, en bunaldığım anlarda bir nefes olan yol arkadaşım, sevgili eşim, Kadir ESKİCİ'ye

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Gülcan TAŞKIRAN ESKİCİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI....2
BEYAN....İİİ
İTHAF....İV
TEŞEKKÜR....V
İÇİNDEKİLER....Vİ
TABLOLAR LİSTESİ....İX
ŞEKİLLER LİSTESİ....X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ....Xİ
ÖZET....Xİİİ
ABSTRACT....XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ....1
2. GENEL BİLGİLER....5
2.1. Karşılanmayan hemşirelik bakımı kavramı....5
2.1.1. KHB ile ilgili araştırmalar....6
2.1.2. Hemşirelerin kişisel, mesleki ve çalışma ortamı özellikleri ile KHB ilişkisi....6
2.2. Ekip çalışması kavramı....11
2.2.1. Salas Modeli....13
2.3. Hemşirelikte ekip çalışması....16
2.4. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ve hemşirelikte ekip çalışması ilişkisi....18
2.5. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli....19
2.6. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi....20
3. GEREÇ VE YÖNTEM....23
3.1. Araştırmanın amacı ve türü....23
3.2. Araştırma soruları....23
3.3. Araştırmanın yeri ve zamanı....23
3.4. Araştırmanın evren ve örneklemi....24
3.5. Veri toplama aracı....26
3.5.1. Kişisel ve mesleki özellikler formu....27
3.5.2. Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)....28
3.5.3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA)....29

3.6. Verilerin toplanması 31
3.7. Verilerin analizi 32
3.8. Araştırmanın etik yönü 34
3.9. Araştırmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları 34
4. BULGULAR 36
4.1. Birinci aşamaya ilişkin bulgular 36
4.1.1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri 36
4.1.2. HEÇÖ'nun uyarlama çalışmasına ilişkin bulgular 37
4.1.2.1. Geçerliliğe ilişkin bulgular 37
4.1.2.2. Güvenirliğe ilişkin bulgular 41
4.2. İkinci aşamaya ilişkin bulgular 44
4.2.1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı 44
4.2.2. Hemşirelerin çalışma ortamı özelliklerine yönelik bulguların dağılımı 47
4.2.3. Hemşirelerin KHBA ve HEÇÖ puan ortalamalarının dağılımı 50
4.2.4. KHBA'nın sayı ve yüzde dağılımlarına yönelik bulgular 50
4.2.5. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar 53
4.2.6. Hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar 57
4.2.7. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki ilişki 63
4.2.8. Hemşirelerin HEÇÖ ile KHBA toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 66
4.2.9. Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler 67
5. TARTIŞMA 70
5.1. HEÇÖ'nun uyarlama çalışmasına ilişkin bulguların tartışılması 70
5.2. Hemşirelerin HEÇÖ puan ortalamaları ile KHBA puan ortalamaları ve dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması 74
5.3. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki farklılıklara ilişkin bulguların tartışılması 77
5.4. Hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki farklılıklara ilişkin bulguların tartışılması 79
5.5. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri ile ilişkili olan etmenler 84
5.6. Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler 85
5.7. Sonuçlar 88
5.8. Öneriler 90

KAYNAKLAR....93
FORMLAR....106
EK 7: ETİK KURUL KARARI....113
EK 8: KURUM İZİN YAZILARI....114
TELİF HAKKI İZNİ....123
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI....125
ÖZGEÇMİŞ....126

TABLOLAR LİSTESİ

"Tablo 2-1: "Hemşire sayısı ile KHB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar"- Griffiths ve ark. (2018a, p.7)'den" 8
"Tablo 2-2: "Etkili ekiplerin bilgi beceri ve yetenekleri"- Baker ve ark. (2006, p.1581)'dan" 14
Tablo 2-3: HEÇ ile KHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar 18
Tablo 3-1: Araştırma verilerinin toplandığı hastanelerin özellikleri 26
Tablo 3-2: Kişisel ve mesleki özellikler formunda yer alan sorular 27
Tablo 3-3: KHBA'nın Cronbach alfa değerleri 31
Tablo 3-4: Kullanılan istatistiksel yöntemler 33
Tablo 3-5: Pearson korelasyon katsayısı yorumu 34
Tablo 4-1: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları 37
Tablo 4-2: HEÇÖ'nun kapsam geçerlik indeksi 38
Tablo 4-3: HEÇÖ uyum iyiliği indeksleri 40
Tablo 4-4: HEÇÖ'nun tanımlayıcı ve psikometrik özellikleri 42
Tablo 4-5: Test tekrar test analizi 44
Tablo 4-6: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı 46
Tablo 4-7: Hemşirelerin görev yaptığı hastane özelliklerine yönelik bulguların dağılımı 47
Tablo 4-8: Hemşirelerin görev yaptığı servis özelliklerine yönelik bulguların dağılımı 49
Tablo 4-9: HEÇÖ, KHBA toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 50
Tablo 4-10: Karşılanmayan hemşirelik bakımlarının dağılımı 51
Tablo 4-11: Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerinin dağılımı 52
Tablo 4-12: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar 55
Tablo 4-13: Hemşirelerin çalıştıkları hastane özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar 58
Tablo 4-14: Hemşirelerin çalıştıkları servis özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar 61
Tablo 4-15: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki ilişki 63
Tablo 4-16: Hemşirelerin memnuniyet düzeyleri ile KHBA arasındaki ilişki 65
Tablo 4-17: Hemşirelerin HEÇÖ ile KHBA toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 66
Tablo 4-18: Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler 68

ŞEKİLLER LİSTESİ

"Şekil 2-1: "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli (KHBM)"- Kalisch ve ark. (2009a, p.1512).'dan"....20
Şekil 2-2: Araştırmanın kavramsal çerçevesi ve modeli 21
Şekil 3-1: Evren ve örneklem özellikleri 25
Şekil 3-2: Araştırma süreci....32
Şekil 4-1: HEÇÖ'nun Yapı geçerliliği....41

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)

CFI: Comperative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İndeksi)

CRM: Crew Resource Management (Ekip Kaynak Yönetimi)

Df: Degrees of Freedom (Serbestlik Derecesi)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

ESMO: European Society for Medical Oncology (Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği)

FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

GFI: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)

HEÇ: Hemşirelikte Ekip Çalışması

HEÇÖ: Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği

ISO: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Organizasyonu)

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KHB: Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı

KHBA: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi

KHBA_A: KHBA'nın A Bölümü

KHBA_B: KHBA'nın B Bölümü

KHBM: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli

KMO: Kaiser Meyer Olkin örneklem yeterlilik testi

NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İyiliği İndeksi)

NNFI: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İyiliği İndeksi)

NTS: The Nursing Teamwork Survey (Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS: Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)

TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Performansı ve Hasta Güvenliğini Artırmak için Ekip Stratejileri ve Araçları)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

α: Cronbach's Alfa iç tutarlık katsayısı

χ2: Ki-kare

ÖZET

Taşkıran Eskici, G. (2020). Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Amaç: Araştırma, Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının yapılması ve karşılanmayan hemşirelik bakımının mevcut durumu, nedenleri ve etkileyen faktörlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada metodolojik, ikinci aşamada tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımlar kullanılmıştır. İstanbul'da kamu, üniversite ve özel hastanelerde çalışan 486 hemşire birinci aşamasının ve 1310 hemşire ikinci aşamanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplamada "Kişisel ve Mesleki Özellikler Formu", "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği" ve "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi" kullanılmıştır. Veri toplama aşamasından önce etik kurul onayı ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden yazılı kurum izinleri alınmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS 22,0 paket programı ve LISREL 8,7 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın ilk aşamasında ölçek toplam Kapsam Geçerlik İndeksi 0,94 olarak hesaplanmıştır. 33 madde ve 5 alt boyuttan oluşan orijinal ölçek yapısı doğrulayıcı faktör analizi sonucunda doğrulanmış ve tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri 0,48 ile 0,91 arasında bulunmuştur. Uyum iyiliği indeksleri $\chi 2/df=2,57$, RMSEA=0,057 ve CFI=0,94 olarak bulunmuştur. Ölçek toplamında Cronbach alpha değerinin 0,95 ve alt boyutlarda 0,85-0,95 arasında değiştiği saptanmıştır. İkinci aşamada ise hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyinin yüksek ($\bar{x}=2,93\pm0,87$) olduğu ve çoğunlukla karşılanmayan ilk üç hemşirelik bakımının sırasıyla; her iki saatte bir hastanın çevrilmesi ($\bar{x}=3,09\pm1,10$), hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma ($\bar{x}=3,07\pm1,17$) ve hastaya ağız bakımı verilmesi ($\bar{x}=2,88\pm1,20$) olduğu saptanmıştır. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ile daha çok hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin özellikler arasında anlamlı farklılıklar olduğu, ayrıca hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılı, serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ve son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı değişkenlerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı etkisinin olduğu saptanmıştır. Hemşirelikte ekip çalışmasının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerine önemli düzeyde ters bir etkisinin olduğu ve tek başına karşılanmayan hemşirelik bakımındaki değişimin %23,6'sını açıkladığı ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması geçerli ve güvenilir bir araçtır. Karşılanmayan hemşirelik bakımını hemşirelerin kişisel özelliklerinden çok hemşire-hasta oranı, fazla mesai saatleri, işe devamsızlık durumları, kuruma ilişkin memnuniyet düzeyleri gibi çalışma ortamı özellikleri ve kendi aralarındaki ekip çalışmasının etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; Hemşirelikte ekip çalışması; Geçerlik ve güvenirlik; Karşılanmayan hemşirelik bakımı; Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri

ABSTRACT

Taşkıran Eskici, G. (2020). Adapting the Nursing Teamwork Survey to Turkish and investigation its effects on missed nursing care. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Nursing Management. Doktora Tezi. İstanbul.

Aim: The research was carried out in order to perform the Turkish adaptation of the Nursing Teamwork Survey and to examine the current status, causes and factors affecting the missed nursing care.

Method: The research was carried out in two stages. Methodological designs were used in the first stage and descriptive and correlative designs were used in the second stage. The sample consisted of 486 nurses in first stage and 1310 nurses in second stage working in public, university and private hospitals in Istanbul. In the data collection, "Personal and Professional Characteristics Form", "Nursing Teamwork Survey" and "MISSCARE Survey" were used. Prior to the data collection phase, approval of an ethics committee and written permission from the hospitals where the research was conducted were obtained. The data obtained from the study were analyzed using SPSS 22.0 package program and LISREL 8.7 program.

Findings: Content validity indices of 33 items were 0.94. The factor loadings of all items were between 0.48 and 0.91. As a result of the confirmatory factor analysis, it was determined that the factor structure (consisting of 33 items and 5 factors) of the original scale was verified without any modification. The goodness of fit indices were $\chi 2/df=2.57$, RMSEA=0.057 and CFI=0.94. In addition, similar results were obtained with the goodness of fit indexes of the original survey. Cronbach's coefficient alpha was 0.95 for the total scale (it varied between 0.85-0.95 for the subscales). In the second stage, nurses' level of missed nursing care was high ($\bar{x}=2.93\pm0.87$ out of 4 points) and the first three nursing care mostly missed; "turning patient every 2 hours" ($\bar{x}=3.09\pm1.10$), "ambulation three times per day or as ordered" ($\bar{x}=3.07\pm1.17$) and "mouth care" ($\bar{x}=2,88\pm1,20$). There are more significant differences between missed nursing care and work environment characteristics of nurses and it was found that nurses' experience in profession, the average number of patients per nurse in the unit and the number of days of absenteeism in the last three months had a significant effect on missed nursing care. It was found that nursing teamwork had a significant adverse effect on missed nursing care and explained 23.6% of the change in missed nursing care.

Conclusion: Turkish version of the Nursing Teamwork Survey is a valid and reliable tool. It was determined that nurse-patient ratio, overtime hours, absenteeism, nurses' satisfaction levels with hospital and unit characteristics and nursing teamwork affected the missed nursing care more than the personal characteristics of nurses.

Keywords: Nursing; Nursing teamwork; Validity and reliability; Missed nursing care; Reasons for missed nursing care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde gün geçtikçe daha fazla gündeme gelen ve dünya çapında dikkat çeken önemli bir konu haline gelmiştir. Hasta güvenliğinin artırılması ve istenilen kalite hedeflerine ulaşılabilmesi için sağlık bakım ortamındaki hataların önceden belirlenerek önlenmesi büyük önem taşımaktadır (Walton ve ark. 2010). Sağlık bakım ortamındaki hatalar, tıbbi hatalar ve ihmal hataları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ancak son yıllarda araştırmalarda daha çok tıbbi hatalara odaklanılmakta, bakımın kalitesi ve hasta güvenliği gibi sağlık sonuçları ile doğrudan ilişkili olan ihmal hataları arka planda kalabilmektedir. İhmal hatalarını fark etmek tıbbi hataları fark etmekten daha zor olduğundan, sonuçta daha büyük bir sorunun ortaya çıkma olasılığı daha yüksek olabilmektedir (Kalisch ve ark. 2011a). Dolayısıyla ihmal hatalarının önceden tanınması ve önlenmesi özellikle hemşirelik hizmetlerinin kalitesi açısından çok önemli olmaktadır.

Kalisch (2006) hemşirelerin bakımı kaçırdıklarının tamamen farkında olduklarını ve kolayca belirleyebildiklerini gözlemlemiştir. Ayrıca, sorulmadıkça bu konuyu açıkça kabul etmediklerini veya tartışmadıklarını başka bir deyişle, çoğu hasta bakım ünitesinde bu durumun "tartışmaya açık olmadığını" ve bunun nedenin de, hemşirelerin durumu düzeltmek için kendilerini suçlu ve güçsüz hissetmeleri veya korku yaşamaları olabileceğini belirtmiştir (Kalisch 2006). Ayrıca Kalisch çalışmasının sonucunda, alan yazında yeni bir kavram olan "Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı (KHB)" kavramını ortaya çıkarmıştır. Böylece, KHB, ilk kez Kalisch ve Williams (2009, p.211) tarafından "gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi" olarak tanımlanmıştır. KHB, aynı zamanda hasta güvenliği literatüründe yer alan önemli bir ihmal hatası olarak ele alınmaktadır.

Son 10 yıldaki araştırmalar da karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyetinin azalması, hasta düşmeleri, kalp yetmezliği, akut miyokard infarktüsü, acil servislerde flebit, hastane enfeksiyonları, tıbbi hatalar, basınç ülserleri, huzur evinde kalanlar arasında üriner sistem enfeksiyonu, hastanede kalış süresinin uzaması, taburculukta gecikme, fiziksel sakatlık ve hatta ölüm oranının artması arasında ilişki olduğu üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, KHB'nin uluslararası bağlamda sorun oluşturduğu, hastalar açısından ve sağlık sistemleri için ciddi güvenlik ve maliyet etkileri yarattığı belirtilmektedir

(Schubert ve ark. 2012; Carthon ve ark. 2015; Brooks-Carthon ve ark. 2016; Kalisch 2016; Lake ve ark. 2016).

Bu nedenle özelikle son yıllarda KHB konusu alan yazında giderek artan bir ilgi ile araştırılmaktadır. Çalışmalarda, KHB'nin nedenlerine (Blackman ve ark. 2015; Ball ve ark. 2016), ilişkili faktörlerine (Kalisch ve ark. 2012a; Jones ve ark. 2015; Bragadóttir ve ark. 2017; Duffy ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019) veya etkileyen faktörlerine (Kalisch ve ark. 2011a; Palese ve ark. 2015) ve hastalar ile hemşireler üzerindeki sonuçlarına (Papastavrou ve ark. 2014) odaklanılmıştır.

Dünyanın pek çok bölgesinde yürütülen araştırma sonuçlarında, gerekli hemşirelik bakımının çeşitli nedenlerden dolayı ihmal edildiği gösterilmektedir. Bu durum KHB'nin küresel ölçekte bir sorun oluşturduğunu gösterirken, aynı zamanda dünya genelinde araştırmacıların bu konu üzerinde yoğunlaşmasına da yol açmaktadır. Ancak Türkiye'de KHB'yi konu alan tek bir araştırma makalesine (Kalisch ve ark. 2012a) rastlanmış olup, bu konuda daha fazla veriye ve kanıta gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmayla KHB'ye yönelik farklı hastane gruplarından geniş ve kapsamlı veri sağlanması amaçlanmıştır.

Uluslararası alan yazında, hem en sık ihmal edilen bakım türleri hem de ihmalin ortaya çıkma nedenleri hakkında pek çok veriye ulaşılabilmektedir. Araştırma sonuçları en sık karşılanmayan bakımların genellikle hastaların hareket ettirilmesi, ağız bakımı, disiplinler arası konferanslara katılım, karşılanmayan veya geciktirilmiş ilaç uygulamaları, hastanın yatak içi mobilizasyonu olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer yandan bakımın kaçırılmasının nedenlerinin; çoğunlukla hemşirelik bakımını yönetme sürecindeki kayıt sistemi ve teknoloji prosedürleri, çalışan personel sayısının yetersizliği ve hasta kabulü ile taburculuk işlevlerinin yoğun olması gibi bakım ortamının yapısal boyutları ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Kalisch ve ark. 2012a; Papastavrou ve ark. 2014; Jones ve ark. 2015; Palese ve ark. 2015; Ball ve ark. 2016; Lake ve ark. 2016; Bragadóttir ve ark. 2017; Duffy ve ark. 2018; Smith ve ark. 2018).

Alan yazında görüldüğü üzere sıklıkla karşılanmayan bakımlar ve nedenlerine ilişkin kapsamlı bilgi olmasına karşın; KHB'yi etkileyen çeşitli etmenler hakkında hala bilinmeyen pek çok bileşen olduğu üzerinde durulmaktadır. Alan yazında ekip çalışması (Kalisch ve Lee 2010; Kalisch ve ark. 2013), hasta memnuniyeti (Lake ve ark. 2016), hemşirelerin çalışma

ortamı (Smith ve ark. 2018), hemşire iş yükü (Orique ve ark. 2016), kişisel özellikler (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019) ve hasta güvenliği kültürü (Kim ve ark. 2018) gibi etmenlerin KHB ile ilişkisi incelenmiştir. Bunlardan özellikle hemşire çalışma ortamı, hemşire iş yükü ve kişisel özelliklerinin KHB ile ilişkisinin farklı ülke örneklerinden sıklıkla çalışıldığı görülmekle birlikte, ekip çalışması ve KHB ilişkini inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu saptanmıştır.

Ekip çalışması, hasta sonuçlarını etkilediği için doğrudan ve KHB'yi etkilediğinden dolaylı olarak hasta güvenliğini tehdit eden çok önemli bir etmen olarak değerlendirilmektedir. Alan yazında ekip çalışması üzerine yapılan araştırmalar; "Ekip Kaynak Yönetimi (EKY)" gibi daha çok havacılık ve işletme sektörüne odaklanmış ve sağlık sektörüne özgü kendi değişkenleriyle ekip çalışmasına yönelik kapsamlı veri sağlayan çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri içerisindeki ekip çalışması üzerine yapılan araştırmalar, cerrahi servisler, yoğun bakımlar ve acil bakım servisleri gibi özel ve sınırlı alanlarda yoğunlaşmaktadır (Kalisch ve ark. 2010a; Alexanian ve ark. 2015). Alan yazında ekip kavramı, genellikle cerrahi ve acil ekipleri gibi öncelikle disiplinler arası ekipler olarak ele alınmaktadır (Alexanian ve ark. 2015; Körner ve ark. 2015; Gaston ve ark. 2016). Ancak, hemşirelik ekiplerinin yapısında, multidisipliner sağlık ekiplerine göre bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. Multidisipliner sağlık ekipleri, daha bireysel düzeyde çalışıp, fiziksel olarak aynı alanda ve sürekli yüz yüze çalışmamakta, gerektikçe disiplinler arası toplantılar ile işbirliğini sürdürmektedirler. Hemşirelik ekipleri ise uzun süreler boyunca, sürekli olarak birlikte çalışmakta ve ekip üyeleri arasındaki iş akışı, eş zamanlı olarak ve birbirlerine bağımlı olarak ilerlemektedir (Kalisch ve ark. 2010b). Gerçekte sağlık hizmetlerinde hem disiplinler arası ekip, hem de her hasta bakım ünitesinde hemşirelik ekibinde olduğu gibi disiplinler içi ekip çalışmasının, her ikisi de istenilen kalite sonuçları için kritik önem taşımaktadır (Bragadóttir ve ark. 2019).

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü, hemşirelik ekipleri tarafından sağlanmakla birlikte, hemşirelikte ekip çalışması hakkında çok az araştırma yapılmıştır (Kalisch ve ark. 2010a). Ancak son yıllarda özellikle bu konuda yeni araçların (Valentine ve ark. 2011) geliştirilmesiyle, yapılan araştırma sayısında giderek artış görülmektedir. Türkiye'de ise ekip çalışması konusunda diğer disiplinleri de kapsayan çeşitli çalışmalar (Ulusoy ve Tokgöz 2009; Lafçı ve ark. 2016;) ve hemşireler üzerinde yapılan

çalışmalar (Çelik ve Karaca 2017; Düzgün ve ark. 2019) yapılmış iken bu çalışmalarda sadece hemşirelere özgü ekip çalışmasını ölçen, geçerli ve güvenilir bir araç kullanılmamış ve genel ekip çalışmasını ölçen araçlardan yararlanılmıştır. Dolayısıyla hemşirelerin kendi içindeki ekip çalışmasını ölçmeye yönelik özgün, geçerli ve güvenilir Türkçe araç bulunmamaktadır.

Hemşirelerin ekip çalışmasını ölçmek amacıyla Türkçe bir araç bulunmaması nedeniyle bu çalışmada öncelikle Kalisch ve ark. (2010a) tarafından hemşirelere özgü geliştirilen orijinal adı "The Nursing Teamwork Survey" olan "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)"nin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. KHB konusunda ise Türkiye'de yapılmış az sayıda çalışma bulunmakla birlikte farklı hastane gruplarını kapsayan geniş örneklemde bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın ikinci aşamasında KHB konusunda daha ayrıntılı veriye ulaşabilmek ve uluslararası alan yazın ile karşılaştırabilmek amacıyla; en sık karşılanmayan hemşirelik bakımları ve nedenleri incelenerek, karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri, çalışma ortamı özellikleri arasında fark olup olmadığı, KHB'nin hemşirelikte ekip çalışmasıyla ilişkisi ve KHB'yi etkileyen tüm etmenler ortaya konmaya çalışılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karşılanmayan hemşirelik bakımı kavramı

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, alan yazında yeni bir kavram olarak Kalisch (2006) tarafından nitel bir araştırma sonucu ortaya atılmıştır. Karşılanmayan hemşirelik bakımı Kalisch ve Williams (2009, p.211) tarafından *"gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi"* olarak tanımlanmaktadır. Gerekli hasta bakımı ise hasta gereksinimlerine uygun temel hemşirelik bakımı standardıdır. Hasta güvenliği alan yazınında tıbbi hatalar ve ihmal hataları olmak üzere iki ana başlıkta ele alınmaktadır. Araştırmalarda tıbbi hatalar konusuna daha fazla önem verilirken, ihmal hataları arka planda kalmıştır (Kalisch ve ark. 2009a). Karşılanmayan hemşirelik bakımı da hasta güvenliği yazınında önemli bir ihmal hatası olarak kabul edilmektedir. Alan yazın incelendiğinde, karşılanmayan hemşirelik bakımı "kaçırılmış bakım", "karşılanmayan bakım", "geri bırakılmış bakım", "eksik bakım", "tamamlanmamış bakım" ve "ertelenmiş bakım" gibi farklı şekillerde belirtilmektedir. Bu araştırma da ise metin içindeki akıcılığı korumak ve araştırmada kullanılan ölçek adı ile benzer olması adına "Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı (KHB)" olarak kullanılmasına karar verilmiştir.

Hastaneler ortak amacı gerçekleştirmek için, yöneticiler, bakımı verenler ve destek personellerden oluşan hiyerarşik bir yapı içinde işlev göstermektedir. Hastanenin ortak misyona ulaşması ve çalışanların bireysel sorumlulukları yerine getirmesi için ekiplerin etkili işbirliği içinde hareket etmeleri gerekmektedir. Hastanelerin ortak amacı genellikle kaliteli sağlık hizmeti sunmak olup sonuçları hastaların sağlığına ilişkin çıktılar ve doyumları ile ölçülebilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin, sistemin işleyişine ilişkin protokoller ve hasta sonuçları arasında bağlantı sağlayan önemli bir insan kaynağını oluşturduğu belirtilmektedir (Schuckhart 2010).

Sağlık bakımı ile ilişkili komplikasyonlar, hasta bakımının uygun kalitede sunulmamasından kaynaklanmaktadır. Araştırma sonuçları, sistemin işleyişine ilişkin protokoller, hemşirelik bakımı ile hasta sağlık göstergeleri ve doyumu arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermektedir. Hemşireler tarafından bakımın geciktirilmesi veya karşılanmaması hasta doyumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Aiken ve ark. 2002). Hastanın gereksinim duyduğu bakımın çeşitli nedenlerle yerine getirilememiş olması, hem

hemşirelik bakım kalitesini hem de hasta güvenliği ve hasta sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Korniewicz ve El-Masri 2010; Zencir ve Eşer 2015). Çok uluslu prospektif bir çalışmada, sağlık bakım ortamlarında %74,5 hata meydana geldiği ve bunların dörtte üçünün ihmalle ilgili olduğu saptanmıştır (Valentin ve ark. 2009).

2.1.1. KHB ile ilgili araştırmalar

Son yıllarda yapılan çalışmalarda karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hasta güvenliği, tıbbi hatalar, ölüm oranları, efensiyonların tekrarlaması gibi hasta çıktıları ve iş doyumu, işten ayrılma niyeti gibi hemşire çıktıları arasında ilişki olduğu görülmektedir.

Avrupa çapında toplam 488 hastanede ve 31,627 hemşire ile büyük bir örneklem grubuyla yürütülen çalışmada, hemşirelerin son vardiyada bazı hemşirelik bakımlarını kaçırma sıklığı; ülkelere göre İngiltere'de %75 ve Almanya'da %93 arasında değişmekte iken, 12 ülke genelinde ise toplamda bakımların %88'nin kaçırıldığı saptanmıştır (Ball ve ark. 2014; Griffiths ve ark. 2014a; Zander ve ark. 2014). Ayrıca Güney Kore, Kuveyt Devleti ve İsviçre'de yapılan araştırmalarda, karşılanmayan hemşirelik bakımının sık görülen bir durum olduğu gösterilmektedir (Al-Kandari ve Thomas 2009; Schubert ve ark. 2013; Cho ve ark. 2016). Benzer şekilde Amerika, İzlanda ve Avustralya ülkelerinde yapılan araştırmalarda, hemşirelerin çoğunluğunun yüksek oranda karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdiği ortaya konmuştur (Bragadóttir ve ark. 2017; Chapman ve ark. 2017; Smith ve ark. 2018). Sonuç olarak, Dünya çapında farklı kıta ve ülke örneklemlerinde yapılan çalışmalarda hemşirelerin bakımları sıklıkla kaçırıldığı belirlenmiştir. Bu durum kültürel ve ekonomik farklılıklardan bağımsız olarak, karşılanmayan hemşirelik bakımının küresel olarak yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalarda, çoğunlukla karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hemşirelerin kişisel, mesleki ve çalışma ortamı özellikleri arasındaki farklılıklar ve ilişkiler ele alınmıştır.

2.1.2. Hemşirelerin kişisel, mesleki ve çalışma ortamı özellikleri ile KHB ilişkisi

Yapılan araştırmalarda özellikle KHB kavramı ile hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin çalıştıkları hastane ve servisin özellikleri ile kişisel, mesleki özellikleri arasındaki ilişkilere odaklanıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda hastane özellikleri olarak genellikle hastane grubu, hastanenin yatak kapasitesi, bulunduğu bölge, akreditasyon ve "Magnet Hastane" özellikleri; servis özellikleri olarak servisin yatak kapasitesi, toplam hemşire

sayısı, hemşire-hasta oranı, hastaların serviste ortalama yatış gün sayısı, serviteki bakım kayıt yöntemi, ekip üyeleri arasındaki iletişim, ekip çalışması ve servis yöneticisiyle olan ilişkiler; hemşire özellikleri olarak meslekte, hastanede ve serviste toplam çalışma yılı, eğitim durumu, haftalık çalışma saati, haftalık fazla mesai saati, işten ayrılma niyeti, iş yükü, son üç ay veya bir ay içinde işe devamsızlık durumu ve çalışma ortamı özellikleri ile ilgili doyum düzeyleri dikkate alınmıştır (Kalisch ve ark. 2011a; Kalisch ve Lee 2010; Kalisch ve ark. 2013; Bragadóttir ve ark. 2017). Diğer yandan Jones ve arkadaşlarının (2015) KHB'ye odaklanan 54 makaleyi inceleyen derleme çalışmaları sonucunda; çalışmalarda KHB'nin öncülleri olarak hemşire (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, pozisyon, görev, çalışma saatleri vb.), hasta (hastanede yatış gün ortalaması, hastalığın şiddeti vb.), hastane (büyüklük, Magnet durumu vb.), servis (hasta popülasyonu, personel sayısı vb.) ve çalışma ortamı (ekip çalışması, kaynakların yeterliliği vb.) özelliklerinin incelendiği raporlandırılmıştır. Araştırmalarda KHB ile ilişkisi incelenen bu özelliklerden bazıları, alt başlıklar şeklinde aşağıda ayrıntılı şekilde ele alınmıştır.

- **Hemşire sayısı ile KHB ilişkisi**

Alan yazında her ne kadar görevlendirilen hemşire sayısı ve hasta sonuçları arasındaki ilişkiye yönelik kanıtlar dikkate değer ve kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmiş olsa da karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ilişkisini doğrudan inceleyen araştırmaların daha sınırlı olduğu görülmüştür. Hemşirelik işlevlerinin ölçülmesinin zor olması ve sıklıkla sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları tarafından kullanılabilir bir biçimde rutin olarak kaydedilmemesinin bunda etkili olduğu belirtilmektedir (Lucero ve ark. 2010). Bununla birlikte, günümüzde hemşire sayısı ile karşılanmayan bakım arasındaki ilişkiyi ve hemşire sayısının hasta ve personel sonuçları üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar artmaktadır (Griffiths ve ark. 2014b).

Griffiths ve arkadaşları (2018a), "karşılanmayan hemşirelik bakımı-missed nursing care", "geri bırakılmış bakım-care rationing", "eksik bakım-care left undone" ve "tamamlanmamış bakım-unfinished care" anahtar kelimelerini kullanarak bu konuda bir alan yazın taraması yaparak, karşılanmayan hemşirelik bakımı ile personel sayısı, beceri karışımı veya hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi bildiren nicel çalışmaları incelemişlerdir. Tarama sonucunda toplam 18 çalışma incelenmiş ve bu çalışmaların ikisi hemşire örneklemi yerine hasta örneklemi ile yapılmış ve bu iki çalışmada, farklı karşılanmayan hemşirelik

bakımı düzeyleri bildirilmiş, daha fazla sayıda bakım destek personelinin karşılanmayan hemşirelik bakımının düşük olması ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu 18 çalışmanın 15'inde hemşire hemşire sayısının düşük olması, yüksek karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyi ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Ayrıca Griffiths ve ark. (2014a), 11 ve üzerinde hastaya bakım veren hemşirelerin 6 ve daha az sayıda hastaya bakan hemşirelere göre bakımları %26 oranla daha fazla kaçırdığı bulunmuştur. Griffiths ve ark. (2018a, p.7)'nın alan yazın taraması sonucu oluşturdukları tablo Türkçe'ye çevrilerek Tablo 2-1'de sunulmuştur.

"Tablo 2-1: "Hemşire sayısı ile KHB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar"- Griffiths ve ark. (2018a, p.7)'den"

Çalışma*	Ülke	Hastane	Servis	Örneklem	Örneklem sayısı	Yüksek hemşire sayısı ile düşük karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyi ilişkili mi?
Al-Kandari ve Thomas 2009	Kuveyt devleti	5	Tıbbi/Cerrahi	RN	780	Evet
Ausserhofer ve ark. 2014[a]	Avrupa	488	Tıbbi/Cerrahi	RN	33,659	Evet
Ball ve ark. 2014[a]	İngiltere	46	Tıbbi/Cerrahi	RN	2917	Evet
Ball ve ark. 2016[a]	İsveç	79	Tıbbi/Cerrahi	RN	10,174	Evet
Bruyneel ve ark. 2015[a]	Avrupa	217	Tıbbi/Cerrahi	RN	10,733	Evet
Cho ve ark. 2015	Kore	1	Hastane geneli tüm servisler	RN	232	Evet
Cho ve ark. 2016	Kore	51	Hastane geneli tüm servisler	RN	3037	Evet
Dabney ve Kalisch 2015	ABD	2	Hastane geneli tüm servisler	Hasta	729	Evet (Bazı sonuçlar)
Friese ve ark. 2013	ABD	9	Onkoloji	RN ve HCSW	2318	Evet
Griffiths ve ark. 2014[a]	Avrupa	488	Tıbbi/Cerrahi	RN	31,627	Evet
Kalisch, Tschannen ve Lee 2011a	ABD	10	Hastane geneli tüm servisler	RN ve HCSW	4086	Evet
Kalisch ve ark. 2011b	ABD	10	Hastane geneli tüm servisler	RN ve HCSW	4288	Evet
Kalisch ve ark. 2013	ABD/ Lübnan	2	Tıbbi/Cerrahi ve yoğun bakım servisleri	RN	747	Hayır
Orique ve ark. 2016	ABD	1	Hastane geneli tüm servisler	RN ve HCSW	169	Evet

Palese ve ark. 2015	İtalya	12	Cerahi	RN ve HCSW	205 109	Evet
Schubert ve ark. 2013[a]	İsviçre	35	Tıbbi/Cerrahi	RN	1633	Evet (Bazı sonuçlar)
Weiss ve ark. 2011	ABD	4	Tıbbi/Cerrahi	Hasta	1892	Hayır
Zander ve ark. 2014[a]	Almanya	49	Tıbbi/Cerrahi	RN	1511	Karışık

*Tablonun orijinal çalışmasına atıf yapıldığı için, tablodaki kaynaklardan bu araştırmada kullanılmayanlar kaynaklar listesinde verilmemiştir. [a] Bu çalışmalar, 12 Avrupa ülkesinde RN4Cast çalışmasının bir parçası olarak toplanan verilere dayanan çalışmalardır. ABD:Amerika Birleşik Devletleri; HCSW: Health-care support worker (Bakım destek personeli); RN: Registered nurses (Lisanslı hemşireler)

Kalisch ve ark. (2011a) da 4086 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşire sayısının yetersiz olduğunu algılayan katılımcıların, daha yüksek düzeyde karşılanmayan hemşirelik bakımı rapor ettiklerini ortaya koymuştur. Sochalski (2004) ise son vardiyada bakım verilen hasta sayısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımının orta derecede ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bunun yanında alan yazındaki karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hemşire sayısı ilişkisini inceleyen çalışmaların çoğunluğu, hemşirelerin sayısal yeterliliğine ilişkin algılarına dayanmaktadır. İstatistiksel ve klinik olarak anlamlı sonuçları olan ve objektif olarak hemşire istihdam ölçütlerini kullanan çalışmaya rastlanılmamıştır (Kalisch ve ark. 2011a).

- **Hemşire iş yükü ile KHB ilişkisi**

Hemşirelerin hastaya özgü iş yükü ve servisin işleyişine ilişkin durumsal iş yükü gibi çeşitli iş yükü türleri bulunmaktadır (Carayon ve Gurses 2008). Hemşirelerin çalıştığı servis türleri, belirli hasta gruplarına veya tıbbi tanıya göre hasta gereksinimlerini karşılamak üzere düzenlenmiştir. Bu nedenle, hemşire insan kaynağına duyulan gereksinim, her servis türü ve hasta grubu için farklılık göstermektedir (Castner ve ark. 2015). Örneğin açık kalp ameliyatı sonrası mekanik ventilasyon ile desteklenen bir hasta, göğüs ağrısı için izlenen bir hastaya göre, hemşire için farklı bir iş yükü oluşturmaktadır. Hastaya özgü iş yükü, hastaların tıbbi gereksinimleri ve fonksiyonel durumlarıyla ilgili olarak değişiklik göstermektedir. Durumsal iş yükü, servisin işleyişine göre andan ana veya vardiyaya göre değişen iş gereklerini içermektedir (Carayon ve Gurses 2008). Alan yazında da çalışanların yetkinliğinin düşük olmasının, iş yükü ve hasta-hemşire oranının fazla olmasının tıbbi hatalara ve ihmal hatalarına öncülük ettiği belirtilmektedir (Bittner ve Gravlin 2009; Bellis 2010).

- **Malzeme kaynakları ve KHB ilişkisi**

Malzeme kaynakları, hasta bakımını gerçekleştirmek için gerektiğinde hemşirenin gereksinim duyduğu ekipman ve malzemeleri içermektedir (Kalisch ve Williams 2009). Aynı zamanda, güvenli hasta bakımı sağlamak için gerekli araçlar ve donanım olarak da belirtilmektedir (Carayon ve ark. 2006). Malzeme kaynakları, alan yazında pek çok çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımının öncülü olarak belirlenmiştir (Tucker ve ark. 2008; Kalisch ve ark. 2009b). Kalisch ve ark. (2009b) da çalışmasında, katılımcıların %50'sinin malzeme kaynakları eksikliğinin hemşirelik bakımının kaçırılmasına neden olduğunu belirttiği ortaya konmuştur. Diğer bir çalışmada ise gerektiğinde malzeme ve cihazların bulunmamasının sistem hatalarının %18'inin nedenini oluşturduğu bulunmuştur (Tucker ve ark. 2008).

- **Ekip iletişimi ile KHB ilişkisi**

İletişim ve ekip çalışması birbiriyle bağlantılı olup karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenler arasında belirtilmektedir (Kalisch ve Lee 2011). Kalisch ve ark. (2009b) çalışmasında, katılımcıların %38'i zayıf iletişimin karşılanmayan hemşirelik bakımı için önemli bir neden olduğunu ifade etmiştir. Aydemir ve Yıldırım (2018)'ın aktardığına göre Uluslararası Ortak Komisyon (JCI) 1995-2005 yılları arasında incelenen hata raporlarının %70'inin ana nedeninin ekip üyeleri arasındaki yetersiz iletişim olduğunu belirtmiştir.

Alan yazında iletişim ve karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiye yönelik kanıt oluşturabilecek birçok araştırma yapılmıştır. Jirapaet ve arkadaşlarının (2006), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 27 hemşire ile güvenli hasta bakımının önündeki engeller ve sık görülen hemşirelik hataları hakkında yaptığı görüşmeler sonucunda; güvenli hemşirelik uygulamalarına engel olarak beş ana tema ortaya çıkarılmıştır. Bu temelar; insan duyarlılığı, sistem zayıflıkları, sorunlu tıbbi cihazlar, zayıf ekip iletişimi ve durumsal iş yükü olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde, Kalisch ve arkadaşlarının (2009c, p.298), 107 lisanslı hemşire, 15 pratisyen hemşire ve 51 yardımcı destek personeli ile odak grup görüşmeleri yoluyla karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerini inceledikleri araştırma sonucunda da; karşılanmayan hemşirelik bakımının ana nedeninin, ekip üyelerinin hasta bakım görevlerini bölümlere ayırması ve birbirlerine karşılıklı destek sunmamaları doğrultusunda

"benim işim değil" sendromunun ortaya çıkması olduğu belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar, lisanslı hemşirelerin yardımcı destek personeline etkisiz görev aktarımı yaptığına veya hiç görev aktarmadığına da değinmişlerdir. Bu durumun da etkili ekip çalışmasını bozmakta olduğu ve böylece karşılanmayan hemşirelik bakımının oluşma olasılığını arttırdığı üzerinde durulmuştur. Araştırmalardan da anlaşıldığı gibi etkili iletişim ve ekip çalışmasının, karşılanmayan hemşirelik bakımının azaltılması ve böylece meydana gelebilecek tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin arttılmasında kritik öneme sahip olduğu söylenebilir.

2.2. Ekip çalışması kavramı

Sağlık hizmetlerinde, hataların önemli bir oranı etkili iletişim ve ekip çalışması eksikliğine bağlanmaktadır (Leonard ve ark. 2004). İletişim sorunları ve etkin olmayan ekip çalışmasının hasta güvenliğini ihlal eden olayların meydana gelmesinde önemli etmenler olduğu belirtilmektedir (Sutcliffe ve ark. 2004). Bu bağlamda, etkili iletişim ve etkin ekip çalışmasının yüksek güvenilirlik elde etmek ve hasta bakımının güvenli bir şekilde verilmesini desteklemek için "güvenlik kültürü" oluşturmada gerekli olduğu üzerinde durulmaktadır (Leonard ve ark. 2004). Ayrıca sağlık çalışanlarının hasta bakımında eşgüdüm sağlamak ve bakımı etkin yönetmek için ekipler halinde çalışsalar da iletişim, durumsal farkındalık, karar verme ve ekip çalışması gibi teknik olmayan beceriler konusunda iyi eğitimli olmadıkları belirtilmiştir (Morey ve ark. 2002). Dolayısıyla istenen "güvenlik kültürü"nün oluşturulmasında gerekli olan iletişim ve ekip çalışması konusunda sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bunu destekleyecek şekilde Yılmaz ve Yıldırım (2018) çalışmalarında temel eğitimleri sırasında ve hizmet içi eğitimlerde ekip çalışmasına ilişkin eğitim alan hemşirelerin ekip çalışması tutumlarının daha iyi olduğunu saptamıştır.

Bir ekibin temel özellikleri;

- İki veya daha fazla kişiden oluşması,
- Her bireyin gerçekleştirmesi gereken belirli bir rol veya görevinin olması, ulaşmak için diğer ekip üyeleriyle etkileşime girmesi veya eşgüdüm sağlaması,
- Ortak bir amaç veya sonucun olması,

- Kararların ortak verilmesi,
- Genellikle yüksek iş yükü ile çalışan uzmanlık, bilgi ve becerileri içermesi,
- İş akışı ve hedeflerle ilgili ortak eylem ve bağımlılığın olması,
- Daha büyük bir organizasyon sisteminin parçasını oluşturması şeklinde sıralanmıştır (Lo 2011).

Görevleriyle ilgili işlevleri yerine getirmek için eşgüdüm içinde çalışma ve işbirliği yapma gereksinimini karşılamak üzere ekipler genellikle hiyerarşik olarak ve bazen de coğrafi olarak yapılanırlar (Salas ve ark. 2008). Alan yazında meslek üyeleri arasındaki (interdisipliner) ve meslek grupları arasındaki (multidisipliner) ekip kavramları, birbirine karıştırılabilmektedir. Disiplinlerarası ekip çalışmasında, farklı disiplinlerin yaklaşımları birleştirilmekte ve ortak bir iletişim yaklaşımından çok işbirliğine dayalı olan iletişim süreçleri izlenmektedir. Ayrıca bu ekip çalışmasında farklı disiplinlerden gelen yetenek ve deneyimlerin bütünleştirmeden kullanılması söz konusu olabilmektedir. İnterdisipliner ekip çalışmasında ise mesleğine özgü olan ve doğrudan veya dolaylı olarak ekibin geri kalanına iletilebilen, hedeflere ulaşmak için disipline özgü parametreler kapsamında çalışılmaktadır (Jessup 2007).

Ekip üyeleri, ortak hedeflerine ulaşmak için hem görev hem de ekip çalışması süreçlerine katılmalıdır. Ekip üyesinin görev çalışması, bireysel olarak diğer üyelerle etkileşiminden bağımsız olarak kendi performansının bir bileşeni olarak ele alınmaktadır. Ekip çalışması ise birden fazla ekip üyesinin performansını etkin bir şekilde uyumlaştırmak için gereken ortak performansın bileşeni olarak kabul edilmektedir (Salas ve ark. 2008). Ekip çalışması, "ekip performansının dinamik süreçlerine katkıda bulunan, birbiriyle ilişkili biliş, tutum ve davranışlar kümesi" olarak tanımlanmıştır (Salas ve ark. 2008, p.541). Sonuçta ekibin etkinliği, belirlenmiş bazı ölçütlere göre ekip performans sonuçlarının bir değerlendirmesi olarak belirtilebilir. Böylece, ekip düzeyinde performans ve etkinlik tanımları, bir görevi tamamlarken gerekli olan faaliyetleri ve bu faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesini kapsamaktadır (Lo 2011). Etkili ekip çalışması, farklı disiplinler tarafından ele alınan bir kavram olup konuyla ilgili pekçok kavramsal model tanımlanmıştır. Bu modellerden en çok bilinen ve bu çalışmada uyarlaması yapılan ölçeğin kuramsal temelini oluşturan Salas modeline aşağıda değinilmiştir.

2.2.1. Salas Modeli

Salas'ın kavramsal çerçevesi etkili ekip çalışması için beş temel bileşeni tanımlamaktadır (Salas ve ark. 2005). Bunlar; ekip liderliği, ekip uyumu, karşılıklı performans izleme, destek davranışı ve değişimlere uyum yeteneğidir. Bu beş bileşen arasındaki etkileşim ise; liderlik, ekip uyumu, performans izleme ve destek davranışını doğrudan etkilemekte, ekip uyumu ve destek davranışı performans izlemeyi etkilemekte ve performans izleme ve destek davranışı değişimlere uyum yeteneği sağlamaktadır. Bu ilişkiler ekip anlayışı, kapalı iletişim döngüsü ve karşılıklı güven olmak üzere üç eşgüdüm yaklaşımıyla desteklenmektedir (Salas ve ark. 2005). Bu üç eşgüdüm sağlama yaklaşımı, etkili ekip çalışmasının bileşenlerini ve ekip üyelerinin etkili ekip çalışmasını sürdürebilmesi için sahip olması gereken bilgi, beceri ve yeteneği içermektedir (Baker ve ark. 2006). Ayrıca, her meslek üyesinin görevleriyle ilgili bilgi ve becerisi sağlık hizmetinin sunumunda yeterli olmayıp her ekip üyesinin ekip çalışması sürecinde birbirlerinin eylemlerine uyum sağlama ve bir prosedürün nasıl olması gerektiğine ilişkin ortak bir anlayış gibi yeteneklere de sahip olması gerekmektedir (Baker ve ark. 2006). Salas ve arkadaşları tarafından tanımlanan bu çerçevenin bileşenleri, etkili ekip süreçlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için temel olarak ele alınmaktadır. Bu bileşenler aşağıda Tablo 2-2'de ayrıntılı sunulmuştur.

Salas'ın modelinde tanımlanan ve ekip çalışmasını olumlu yönde etkilediği belirlenen bileşenler, Kalisch ve arkadaşlarının çalışmasında güven, ekip uyumu, destek, ekip anlayışı ve ekip liderliği olarak beş bileşene indirgenmiştir (Kalisch ve ark. 2009c; Kalisch ve Lee, 2009). Salas modeli ayrıca hemşirelikte ekip çalışmasını ölçmek için bir ölçme aracının "The Nursing Teamwork Survey (NTS)" geliştirilmesine temel oluşturmuştur (Kalisch ve ark. 2009c). Ölçeğin psikometrik özellikleri Amerika Birleşik Devletleri'nde büyük bir hemşire örneklemi üzerinde test edilmiş ve sonuç olarak geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Kalisch ve ark. 2009c).

"Tablo 2-2: "Etkili ekiplerin bilgi beceri ve yetenekleri"- Baker ve ark. (2006, p.1581)'dan"

Ekip çalışması bileşenleri	Tanım
Ekip liderliği	Diğer ekip üyelerinin işlevlerini yönetme ve uyumlaştırma, ekip performansını değerlendirme, görev verme, bilgi, beceri ve yetenekleri geliştirme, ekip üyelerini motive etme, planlama ve organize etme ve olumlu bir çalışma ortamı oluşturma yeteneğidir.
Karşılıklı performans izleme	Ekip ortamı hakkında ortak bir anlayış geliştirme ve ekip arkadaşının performansını doğru bir şekilde izlemek için uygun görev stratejilerini uygulama becerisidir.
Destek davranışı	Diğer ekip üyelerinin gereksinimlerini önceden tahmin edebilme; artan iş yükü veya baskı dönemlerinde dengeyi sağlamak için iş yükünü üyeler arasında kaydırabilme yeteneğidir.
Değişime uyum yeteneği	Ekip içi kaynakların yeniden dağıtımını yapabilme, çevreden toplanan bilgilere dayalı stratejileri ayarlayabilme, değişen koşullara uygun olacak şekilde ekibin eylem akışını değiştirebilme yeteneğidir.
Ekip anlayışı	Ekip içindeki ilişkilerin yapısı ve ekip üyelerinin nasıl etkileşime girdiği
Kapalı iletişim döngüsü	Gönderenin iletişimi başlatması, alıcının iletişimin başladığını onaylaması ve içeriği tekrar etmesi, gönderenin o içeriğin doğruluğunu onaylamasıdır.
Ekip uyumu	Ekip etkileşimi sırasında başkalarının davranışlarını dikkate alma eğilimini, ekip hedeflerinin bireysel hedeflerden önemli olduğu inancını içermektedir.
Karşılıklı güven	Ekip üyelerinin rollerini yerine getireceklerine ve ekip arkadaşlarının çıkarlarını koruyacaklarına ilişkin ortak bir inancın olmasıdır.

Mickan (2005) çalışmasında, etkili ekiplerin yararlarını üç başlıkta ele almış olup kuruma yararını; hastaların yatış süresi ve maaliyetlerinin azalması, beklenmeyen hataların azalması ve hastalar için daha erişilebilir olma, hastalara yararını; doyumun artması, tedavinin kabulü ve sağlık sonuçlarının iyi olması, ekip üyelerine yararını; rollerin açık olması ve iş doyumunun artması olarak belirtmektedir. Salas'ın ekip çalışması yaklaşımının nesnel sonuçları; hasta sonuçlarında (fonksiyonel iyileşme, doyum vb.), örgütsel sonuçlarda (verimlilik, maliyetlerin azalması vb.), çalışan davranışlarında (devamsızlığın azalması vb.) ve hasta davranışlarında (tıbbi tavsiyelere uyma vb.) ölçülebilir iyileştirmeleri içermektedir (Salas ve ark. 2005).

Etkili ekiplerin bileşenlerini açıklamada Salas'ın modeli oldukça kabul görmektedir. Gerçek bir ekip çalışması, eşgüdüm ve işbirliği içinde çalışmaktan daha fazlası olarak tanımlanmaktadır. Salas'ın açıkladığı gibi etkili ekipler, sürekli olarak aşağıdaki bilgi, beceri ve tutumları sergilemelidir (Baker ve ark. 2006). Bunlar;

- Açık ve ortak bir amaç doğrultusunda çalışmak,
- Birbirlerinin eksiklerini gidermek,
- Düzenli olarak birbirlerine ve ekibe geribildirimde bulunmak,
- Oto kontrol sağlamak,
- Birbirlerinin eylemlerini ve gereksinimlerini öngörmek,
- Görev paylaşımlarını yeniden düzenleyebilmek,
- Stres altında stratejilerini belirleyebilmek,
- İletişim kurmaya gerek kalmadan uyumlu çalışmak,
- Ekibin hedeflerine bireysel hedeflerden fazla değer vermek,
- Ekibin başarılı olabilme becerisine kuvvetle inanmak şeklinde belirtilmektedir.

Ekip çalışması kavramının önemi bugüne kadar havacılık ve ordu gibi pek çok meslek grubunda vurgulanmıştır (Salas ve ark. 2008). Bu kuruluşlar oldukça karmaşık yapıda ve birçok risk etmenini içerdiklerinden yüksek güvenilirlikteki organizasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Bu kurumlar, hata ve kazalara neden olabilecek karmaşık yapıda işlevleri içermesine karşın, hata önleme odaklı çalışarak çoğu kazayı önlemede başarılı olmaktadırlar. Sağlık hizmetleri ve hemşirelik mesleği de bu organizasyon ölçütlerine uyan karmaşık yapıda ve riskli uygulamaları barındırmaktadır (Kalisch ve Lee 2009). Yüksek güvenilirlikteki organizasyonlarda etkili ekipler için oluşturulan kavramsal çerçeve, daha sonra sağlık alanında da kabul görmüştür (Gaston ve ark. 2016).

Ekip eğitimi programları, bu yüksek güvenilirlikteki organizasyonlar için önemlidir. Ekip Kaynak Yönetimi (EKY), uzun süredir bu organizasyonlarda kullanılmaktadır. EKY eğitimleri pilot ekipleri, sağlık bakım ekipleri, posta ekipleri ve hava trafik kontrol ekipleri gibi birçok ekip yapılarında olumlu sonuçlar göstermiştir (Baker ve ark. 2006). Bu bağlamda

sağlık bakım ekipleri ve hemşirelerin etkin ekip yaklaşımına yönelik eğitimlerin düzenli şekilde verilmesi gerekmektedir.

2.3. Hemşirelikte ekip çalışması

Hemşirelik ekibi, "hastane ortamında hasta bakım servislerinde çalışan yönetici hemşireler, lisanslı hemşireler, hemşire yardımcıları ve birim sekreterlerinden oluşan ekip" olarak tanımlanmıştır (Kalisch ve ark. 2010a, p.42).

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), ekip çalışması süreçlerini yüksek güvenilirlikteki organizasyonlarda incelemiş ve sağlık çalışanları arasında ekip çalışması becerilerini ve iletişimi geliştirmek için tasarlanmış bir müfredat olan "TeamSTEPPS" (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety- Performansı ve Hasta Güvenliğini Artırmak için Ekip Stratejileri ve Araçları)'i oluşturmuştur (AHRQ 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de ekip çalışması ve ekip çalışması temelli bakımı hasta güvenliğinin önemli etmenlerinden biri olarak tanımlamıştır (WHO 2009;2011). Ayrıca Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) de raporlarında ekip çalışması temelli hemşirelik bakımının kaliteli sağlık hizmetleri açısından önemini açıkça vurgulamıştır (Institute of Medicine 2000). Bununla birlikte hemşirelik ekibi, hasta çıktılarında önemli bir rol oynamakta ve etkin ekip çalışmasının, hemşirelikte sağlıklı bir çalışma ortamının öncüllerinden biri olduğu, belirtilmektedir (Bragadóttir ve ark. 2019).

Ekip çalışması üzerine yapılan araştırmalar EKY gibi daha çok havacılık ve işletme sektörüne odaklanmış ve sağlık sektörüne özgü kendi değişkenleriyle ekip çalışmasına yönelik kapsamlı bir analiz sağlayan bilinen çok az araştırma vardır. Benzer şekilde ekip çalışması araştırmalarında da cerrahi servisler, yoğun bakımlar ve acil bakım servisleri gibi sınırlı alanlara yoğunlaşılmıştır (Kalisch ve ark. 2010a; Alexanian ve ark. 2015; Körner ve ark. 2015; Gaston ve ark. 2016). Ayrıca, hastanelerdeki sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü hemşirelik ekipleri tarafından sağlansa da hemşirelikte ekip çalışması hakkında çok az araştırma yapılmıştır (Kalisch ve ark. 2010a). Fakat son yıllarda özellikle bu konuda yeni araçların geliştirilmesiyle, yapılan araştırma sayısının giderek arttığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hem disiplinler arası (multidisipliner) hem de disiplin içi (interdisipliner) ekip çalışmasının her ikisi de istenilen kalite sonuçlarına ulaşılmasında kritik önem taşımaktadır (Bragadóttir ve ark. 2019). Ayrıca alan yazında iyi çalışan

ekiplerin, yalnız çalışan bireylere göre daha az hata yaptıkları üzerinde durulmaktadır (Baker ve ark. 2006). Dolayısıyla etkili bir ekip çalışmasının hem hasta sonuçları hem de hemşireler üzerinde bazı olumlu etkileri bulunmaktadır (Jones ve ark. 2015; Bragadóttir ve ark. 2017; Griffiths ve ark. 2018b). Etkili ekip çalışmasının hasta sonuçlarıyla ilgili olarak hasta güvenliğini arttırdığı, tıbbi hataları azalttığı (Shortell ve Singer 2008) ve ölüm oranlarını düşürdüğü (Wheelan ve ark. 2003) belirtilmiştir. Hemşire sonuçlarıyla ilgili olarak doyumu, bağlılığı ve verimliliği arttırdığı (Estryn-Behar ve ark. 2007; Kalisch ve ark. 2010b; Kaiser ve Westers 2018) ve yüksek kaliteli hasta bakımını etkin ve verimli bir şekilde sağlamak için çeşitli hemşirelik becerileri ve uzmanlığı (Kalisch ve Lee 2010) kazandırdığı üzerinde durulmuştur. Ayrıca ekip çalışmasının, deneyimi az olan hemşirelerin denetlenmesini veya danışmanlık hizmeti almalarını sağladığı da (Nelsey ve Brownie 2012) belirtilmektedir. Buna karşılık işlevsel olmayan ekiplerde, çatışmanın ve devamsızlığın arttığı, performans ve iş doyumunun azaldığı saptanmıştır (Carver ve Candela 2008; Kalisch ve ark. 2010b). Ekip çalışması ayrıca hemşirelerin stresini azaltma, hasta güvenliğini koruma ve daha fazla hasta doyumunun sağlanmasıyla da ilişkilendirilmiştir (Kalisch ve Lee 2009). Elbette bu sonuçların gerçekleşmesi için hemşirelik ekiplerinin yapısının ve işlevinin anlaşılmasının ekiplerin güçlendirilmesinde kritik bir önemi bulunmaktadır. Hastanelerde sağlık çalışanlarının çoğunluğunu oluşturan ve hasta bakımında öncül rol üstlenen hemşireler arasındaki ekip çalışmasının incelenmesi bu açıdan çok önemlidir (Kaiser ve Westers 2018).

Bu çalışmanın birinci aşaması, Türkiye'deki hemşirelerin ekip çalışmasının geçerli ve güvenilir bir araç ile ölçülebilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de ekip çalışması konusunda diğer disiplinleri de kapsayan çeşitli çalışmalar (Ulusoy ve Tokgöz 2009; Lafçı ve ark. 2016) ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalar (Çelik ve Karaca 2017; Düzgün ve ark. 2019) bulunmakla birlikte bu çalışmalarda hemşirelere özgü ekip çalışmasını ölçen, geçerli ve güvenilir bir araç kullanılmamıştır. Dolayısıyla hemşirelerin kendi içindeki ekip çalışmasını ölçmek için ulusal alan yazında geçerli ve güvenilir Türkçe araç bulunmamaktadır. Bu çalışmada uluslararası alan yazın taraması yapılmış ve sonucunda elde edilen Kalisch ve ark. (2010a) tarafından geliştirilen "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)"nin Türk hemşireleri üzerinde geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir. HEÇÖ'nun kavramsal çerçevesi Salas'ın ekip çalışması modeline dayanmakta (Kalisch ve ark. 2010a) olup etkili ekip çalışması için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumları içermektedir.

Etkin ekip çalışması hasta güvenliğinin arttırılmasına katkıda bulunan ana bileşenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Mohamed ve Abed 2016). Ekip çalışmasının sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin arttırılmasında önemli olduğu, ayrıca karşılanmayan hemşirelik bakımı da bir ihmal hatası olması nedeniyle hemşirelerin ekip çalışması ile doğrudan ilişkili olabilecek önemli bir konudur.

2.4. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ve hemşirelikte ekip çalışması ilişkisi

Hemşirelikte ekip çalışması (HEÇ) ve KHB arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaları incelemek için alan yazın taraması yapılmıştır. Tarama, Türkçe; "ekip çalışması", "karşılanmayan hemşirelik bakımı", "verilemeyen hemşirelik bakımı" ve "kaçırılmış hemşirelik bakımı" ve İngilizce; "teamwork", "missed care", "care left undone", "unfinished nursing care" ve "rationed nursing care" anahtar kelimeleri kullanılarak yapılmıştır. Alan yazın taraması sonucunda, Türkiye'de hemşirelikte ekip çalışması ve KHB kavramlarını birlikte ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası alan yazında ise bu iki kavram arasındaki ilişkiyi inceleyen beş araştırma bulunmuştur (Tablo 2-3).

Tablo 2-3: HEÇ ile KHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar

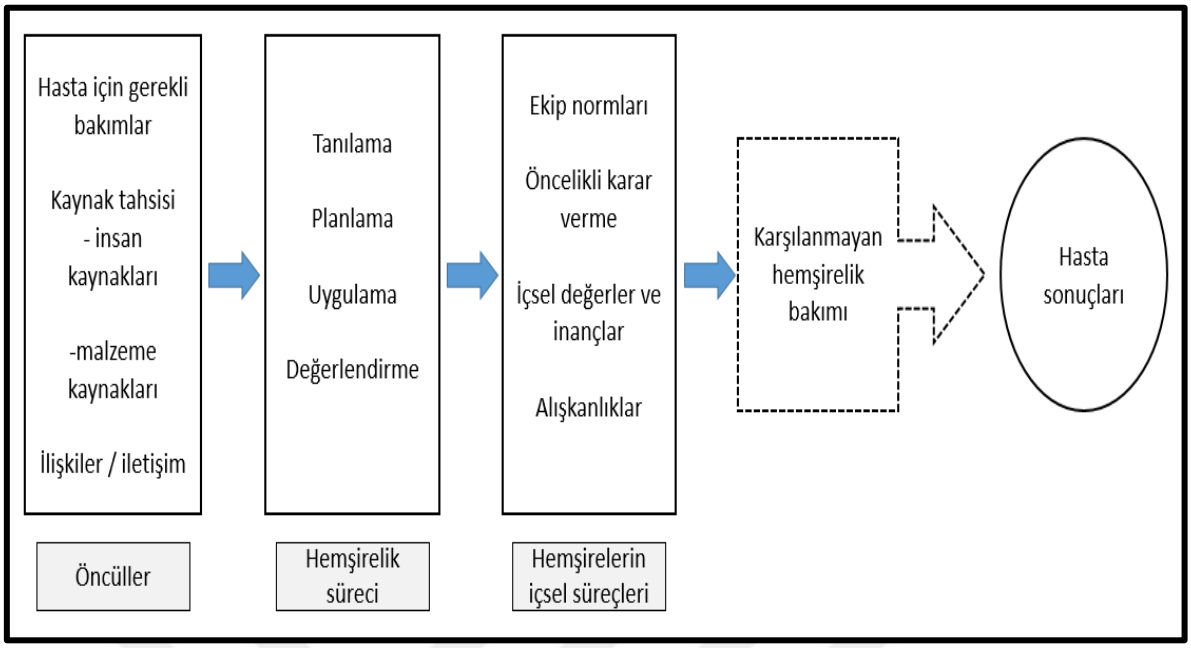
Çalışma	Ülke	Hastane	Servis	Örneklem	Örneklem sayısı	Ekip çalışması ile KHB arasında ilişki sonucu
(Kalisch ve Lee 2010)	ABD	4 hastane	50 Cerrahi, Dahiliye, Yoğun bakım, Rehabilitasyon servisi	-Lisanslı hemşireler -Pratisyen hemşireler -Hemşire yardımcıları	2216	KHB ile HEÇ arasında negatif bir ilişki var. HEÇ tek başına KHB'yi %11 etkiliyor.
(Papastavrou ve ark. 2014)	Güney Kıbrıs	Kamu hastaneleri	Cerrahi ve dahiliye servisleri	-Lisanslı hemşireler	356	KHB ile ekip çalışması arasında negatif bir ilişki var. HEÇ tek başına KHB'yi %13,3 etkiliyor.
(Chapman ve ark. 2017)	Avustralya	4 hastane	6 farklı servis	Hemşireler	334	KHB ile HEÇ arasında negatif bir ilişki var. HEÇ tek başına KHB'yi %9 etkiliyor.
(Mohamed ve Abed 2016)	Mısır	Üniversite hastaneleri	Yoğun bakımlar	Hemşireler	58	KHB ile HEÇ arasında ilişki bulunmamıştır.
(Bragadóttir ve ark. 2017)	İzlanda	8 hastane	27 Cerrahi, dahiliye ve yoğun bakım servisi	-Lisanslı hemşireler -Pratisyen hemşireler	864	KHB ile HEÇ arasında negatif bir ilişki var. HEÇ tek başına KHB'yi %14 etkiliyor.

Bu araştırmaların sonucunda KHB ile HEÇ arasında negatif bir ilişkinin olduğu ve ekip çalışmasının %9 ile %14 arasında değişen oranda KHB üzerine etkisinin olduğu belirtilmiştir (Kalisch ve Lee 2010; Papastavrou ve ark. 2014; Chapman ve ark. 2017; Bragadóttir ve ark. 2017). Ausserhofer ve arkadaşları (2014) da ağız bakımı gibi hemşireler tarafından ciddi olarak algılanabilen bakım uygulamalarının daha az ve hastayı ayağa kaldırma/dolaştırma gibi ekip çalışması gerektiren hemşirelik bakımlarının kaçırılmasının daha çok olası olduğunu vurgulamıştır.

2.5. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli

Kalisch ve arkadaşlarının (2009a) çalışmasında, nitel görüşmelerden ortaya çıkarılan temalar, Donabedian (2005)'ın sağlık bakım kalitesi çerçevesine uyarlanarak "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli (Missed Nursing Care Model)" geliştirilmiştir. Kalisch ve ark. (2009a) insan kaynakları, malzeme kaynakları, ekip çalışması ve iletişim gibi hasta bakımının yapısal etmenlerinin karşılanmayan hemşirelik bakımındaki farklılıkları açıkladığını belirtmişlerdir. Karşılanmayan hemşirelik bakımının ayrıca hemşirelik süreci ve hemşirelerin ekip normları, öncelikli karar verme becerileri ile içsel değer, inanç ve alışkanlıklarından etkilendiği belirtilmiştir (Kalisch ve ark. 2009a).

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli (KHBM) aşağıda Şekil 2-1'de sunulmuştur. Model, karşılanmayan hemşirelik bakımını ortaya koyan ve hemşirelerin görüşlerinden oluşturulan başlıkları içermektedir. Bunlar; bakım ortamında, hemşirelik uygulamalarını kolaylaştıran ya da engelleyen öncüller, hemşirelik sürecinin bileşenleri, hemşirelerin içsel algı ve karar süreçleri, gecikmiş veya karşılanmamış bakım ve hasta sonuçları şeklinde tanımlanmıştır (Kalisch ve ark. 2009a, p.1512).



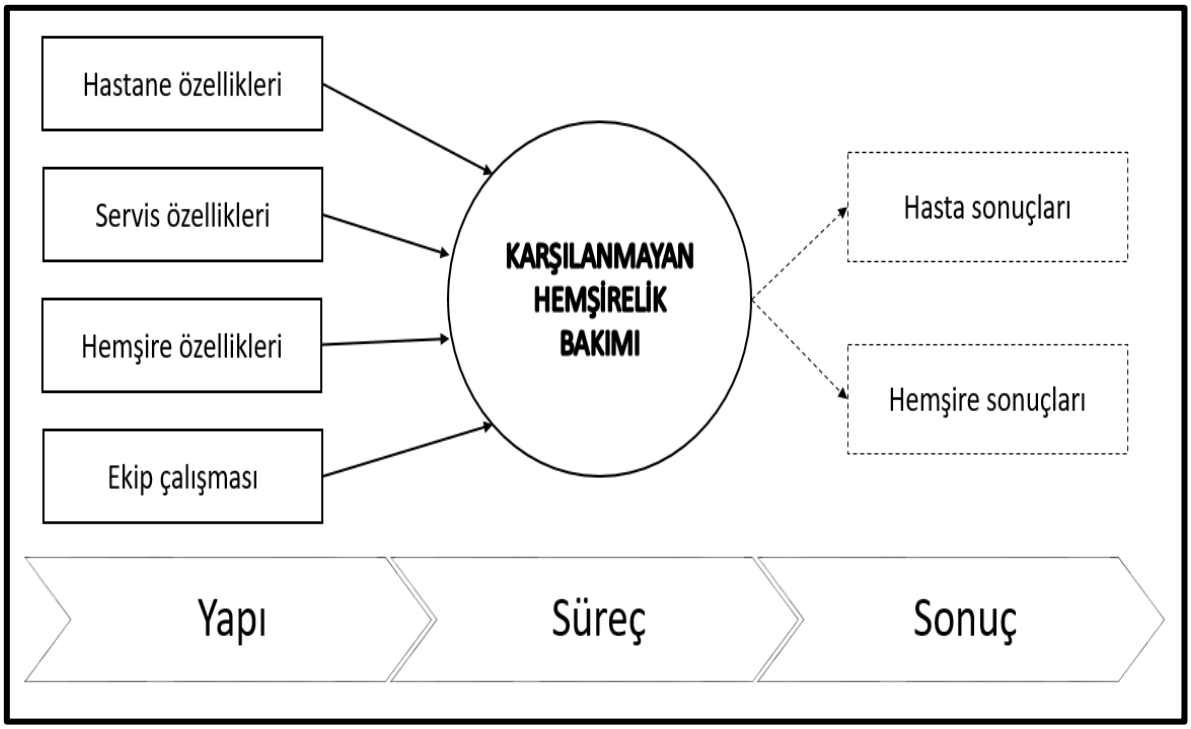
"Şekil 2-1: "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli (KHBM)"- Kalisch ve ark. (2009a, p.1512).'dan"

Karşılanmayan hemşirelik bakım modeli, orta sınıf açıklayıcı bir kuramdır. Kuram, hemşirelik sürecinin nasıl yürütüldüğüne, hemşirelerin hangi hemşirelik bakımlarını kaçırdığına veya ertelediğine yönelik hasta sonuçlarını içermekte olup modeldeki kavramların her biri ölçülebilmektedir. Modelin karşılanmayan hemşirelik bakımını ve hasta sonuçlarını açıklaması beklenmektedir. Ayrıca karşılanmayan hemşirelik bakımı ve bu tür ihmal hatalarının nasıl önleneceğini açıklayan yeni bir kuramın oluşturulmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Kalisch ve ark. 2009a).

2.6. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu çalışmada KHBM, çalışmanın kavramsallaştırılması, tasarlanması ve analizine rehberlik etmesi için Donabedian'ın (2005) sağlık bakım kalitesi kuramına (yapı-süreç-sonuç modeli) uyarlanmıştır. Model çerçevesinde hastane, servis ve hemşire özellikleri (yapı değişkenleri) karşılanmayan hemşirelik bakımına (süreç değişkeni) yol açmakta ve sonuç olarak bu durum hemşire çıktıları (iş memnuniyeti, işte ayrılma niyeti vb.) ve hasta çıktılarını (enfeksiyon, düşme vb.) etkilemektedir.

Bu araştırmada modeldeki yapı değişkenlerine ekip çalışması da eklenirken modeldeki sonuç değişkenleri olan hasta ve hemşire çıktıları araştırma modeli dışında bırakılmıştır. Bu araştırma için oluşturulan kavramsal çerçeve ve araştırma modeli Şekil 2-2'de sunulmuştur. Şekilde koyu oklarla belirtilen değişkenler, araştırma modeline dahil edilenleri, kesikli oklarla belirtilen değişkenler model dışında bırakılanları göstermektedir.



Şekil 2-2: Araştırmanın kavramsal çerçevesi ve modeli

Modelde hastane özellikleri olarak; yatak sayısı, akreditasyon durumu, hemşirelerin kurumun maaş uygulamasından memnuniyeti, kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyeti ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyeti ele alınmıştır. Servis özellikleri olarak; servis yatak sayısı, mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı, son vardiyada bakım verilen hasta sayısı, serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı, serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı, serviste kullanılan bakım kayıt yöntemi, servisteki ekip üyeleri arasındaki iletişim, servisteki toplam hemşire sayısı yeterliliği algısı, servisteki ekip çalışması uyumundan memnuniyet (tüm ekip) ve servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet ele alınmıştır. Hemşire özellikleri olarak; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma pozisyonu, çalışma düzeni, kadro

durumu, meslekte toplam çalışma yılı, hastanede toplam çalışma yılı, serviste toplam çalışma yılı, haftalık ortalama çalışma saati, haftalık ortalama fazla mesai saati, son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı, bugüne kadar ekip çalışmasına yönelik herhangi bir eğitim alma durumu, meslek hayatı boyunca sorumlu olduğu bakımı en az bir kez kaçırma durumu, mevcut görevinden memnuniyet ve hemşire olarak çalışmaktan memnuniyet değişkenleri ele alınmıştır.

Modelde yapı değişkeni olarak yer alan çalışma ortamı (hastane ve servis özellikleri) ile hemşire özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel ve mesleki bilgi formu ile ölçülürken; ekip çalışması "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)" ile saptanmıştır. Süreç değişkeni olarak yer alan karşılanmayan hemşirelik bakımı ise "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA)" ile ölçülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı ve türü

Araştırma, "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)" nin Türkçe uyarlamasının yapılması ve karşılanmayan hemşirelik bakımının mevcut durumu, nedenleri ve etkileyen faktörlerinin incelenmesi amacıyla metadolojik, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımlar kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma soruları

Araştırmanın genel amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. HEÇÖ Türkiye'deki hemşirelerin ekip çalışmasını ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?

2. Hemşirelerin KHBA ile HEÇÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı nasıldır?

3. KHBA'nın sayı ve yüzde dağılımı nasıldır?

4. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?

5. Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin özellikleri ile KHBA arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?

6. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

7. HEÇÖ ile KHBA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

8. Karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenler nelerdir?

3.3. Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırmanın birinci aşamasına ilişkin verileri, İstanbul'da yer alan bir kamu, bir üniversite ve bir özel olmak üzere üç farklı hastane grubundan Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasına ilişkin veriler, İstanbul ilinde bulunan kamu, üniversite ve özel hastanelerden araştırma izni alınan 10 hastaneden (üç kamu hastanesi, iki üniversite

hastanesi ve beş özel hastane) Şubat-Haziran 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastaneler tüm alanlarda hizmet yürüten hastanelerdir. İki aşamanın da genel sürecine ilişkin araştırma takvimi Ek 1'de sunulmuştur.

3.4. Araştırmanın evren ve örneklemi

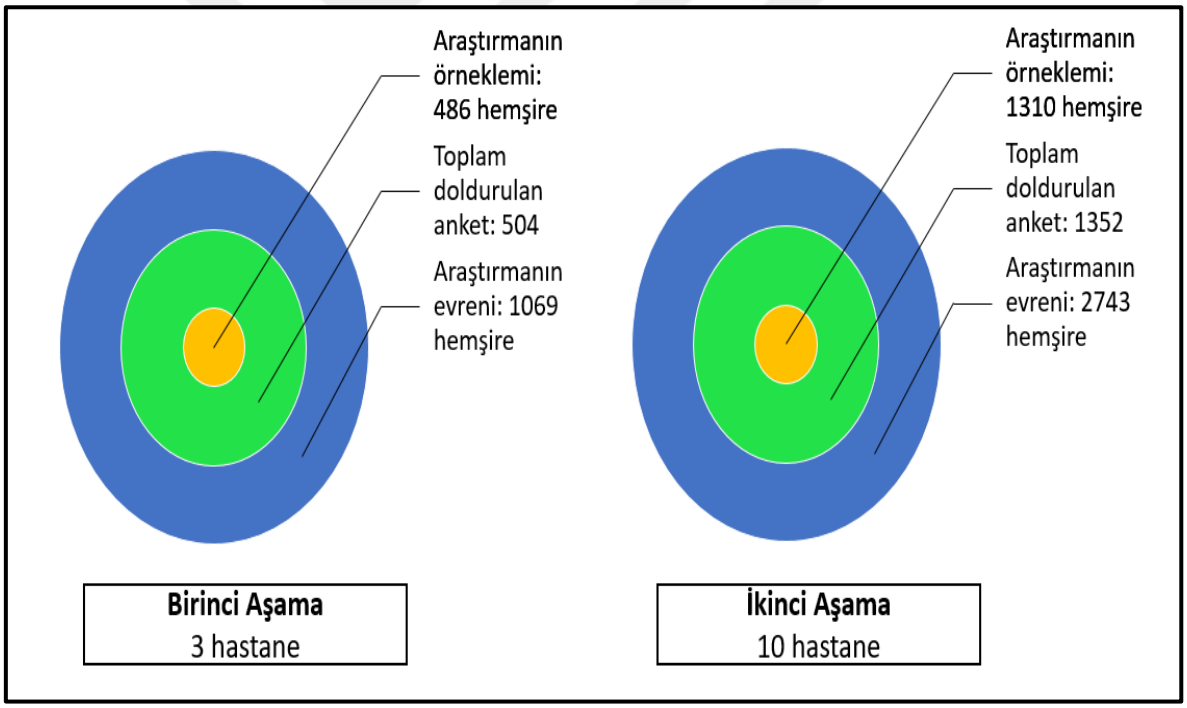
Araştırmanın birinci aşamasının genel evrenini, İstanbul ilinde bulunan ve araştırmanın uygulanmasına izin veren kamu, üniversite ve özel hastane olmak üzere toplam üç farklı hastanede çalışan 1747 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya kabul edilme ölçütü olarak; yatak başı hemşiresi olarak çalışma, en az altı ay deneyim ve araştırmaya katılımda gönüllü olma dikkate alınmıştır. Bu bağlamda, servis ve yoğun bakımlarda çalışan 1069 hemşire araştırma evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın bu aşamasında HEÇÖ'nun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacağından örneklem büyüklüğü alan yazında önerilen ölçek madde sayısı temel alınarak ölçek madde sayısının 5-20 katının örnekleme alınması şeklinde belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell 2013; Tavşancıl 2014). Ölçek, 33 madde olduğu için en az 165-660 arasında hemşireye ulaşılması planlanmıştır. Bu nedenle, anketler üç hastaneden toplam 660 hemşireye dağıtıldı. Kamu hastanesinden 187 hemşire, üniversite hastanesinden 194 hemşire ve özel hastaneden 123 hemşire olmak üzere 504 hemşire araştırmaya geri dönüş yapmıştır. Fakat bu anketlerden hatalı ve eksik doldurulanlar (n:18) elenmiştir. Toplam 25 serviste çalışan 486 hemşire birinci aşamanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın bu aşaması için toplam geri dönüş oranı %73,64'dür (Şekil 3-1).

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini İstanbul ilinde bulunan kamu, üniversite ve özel hastaneler arasından araştırma izni alınan üç kamu hastanesi, iki üniversite hastanesi ve beş özel hastane olmak üzere toplam 10 hastanede görev yapan 4710 hemşire genel evreni oluşturmaktadır. Araştırmaya kabul edilme ölçütü olarak; yatak başı hemşiresi olarak çalışan, en az altı ay deneyimi olan ve araştırmaya katılmada gönüllü olan hemşireler seçilmiştir. Bu bağlamda bu hastanelerin servis ve yoğun bakımlarında çalışan 2743 hemşire araştırma evrenini oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla G*Power (v3.1.9.2) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Bu araştırma için etki büyüklüğü 0,20 düzeyinde öngörülmüş ve α:0,05 düzeyinde %90 güç elde edebilmek için çalışmaya her hastane grubundan (kamu, üniversite ve özel) en az 321 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Buna

göre her hastane grubundan minimum 321 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. İkili karşılaştırmalar için ise iki grup ortalaması arasında 0,20 birimlik farkın anlamlı bulunabilmesi için her grupta gerekli minimum katılımcı sayısı 65 olarak belirlenmiştir (α=0,05; β=0,20; testin gücü=0,80). Bu aşamada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan veri toplanmıştır.

Kamu hastanelerinden 435 anket, üniversite hastanelerinden 390 anket ve özel hastanelerden 527 anket geri toplanmıştır. Fakat bu anketlerden eksik doldurulan 42 anket elenmiştir. Sonuç olarak, 1310 hemşire ikinci aşamanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın bu aşaması için toplam geri dönüş oranı %67,6 bulunmuştur. Araştırma verilerinin toplandığı hastanelerin özellikleri Tablo 3-1'de ve evren, örneklem özellikleri Şekil 3-1'de sunulmuştur.



Şekil 3-1: Evren ve örneklem özellikleri

Tablo 3-1: Araştırma verilerinin toplandığı hastanelerin özellikleri

No	Hastane tipi	Akreditasyon durumu	Toplam yatak sayısı	Toplam hemşire sayısı	Servis ve yoğun bakımlarda çalışan hemşire sayısı	Örnekleme alınan servis sayısı	Örnekleme alınan hemşire sayısı
1	Üniversite-1	SKS	840	737	475	1.aşama:13 2.aşama: 27	1.aşama:190 2.aşama:187
2	Üniversite-2	SKS	1042	758	360	28	192
3	EAH-1	SKS	685	740	394	1.aşama: 7 2.aşama: 12	1.aşama:183 2.aşama:195
4	EAH-2	SKS	800	856	605	19	155
5	Devlet	SKS	300	260	120	9	72
6	Özel-1	SKS+JCI ESMO, ISO	201	270	200	1.aşama: 5 2.aşama: 10	1.aşama:113 2.aşama:144
7	Özel-2	SKS+JCI ISO	477	576	214	11	128
8	Özel-3	SKS+JCI	131	185	140	7	82
9	Özel-4	SKS+JCI	109	168	125	6	82
10	Özel-5	SKS+JCI	105	160	110	5	73
		TOPLAM		**4710**	**2743**	**1.aşama: 25 2.aşama:134**	**1.aşama: 486 2.aşama:1310**

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi; SKS: Sağlıkta Kalite Standartları; JCI: Uluslararası Ortak Komisyon; ISO: Uluslararası Standartlar Organizasyonu; ESMO: Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği

3.5. Veri toplama aracı

Birinci aşama;

Araştırmanın ilk aşamasında veriler hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve pozisyon özelliklerini sorgulayan demografik sorular ve HEÇÖ'nun Türkçe versiyonu ile toplanmıştır.

İkinci aşama;

Araştırma verileri, 31 sorudan oluşan kişisel ve mesleki özellikler formu, 33 sorudan oluşan HEÇÖ ve 37 sorudan oluşan KHBA ile toplanmıştır. Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında kullanılan formlar aşağıda başlıklar halinde detaylı raporlandırılmıştır.

3.5.1. Kişisel ve mesleki özellikler formu

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerini içeren bilgi formu araştırmacılar tarafından alan yazından (Kalisch ve ark. 2011a; Palese ve ark. 2015; Bragadóttir ve ark. 2017; Chapman ve ark. 2017; Blackman ve ark. 2018; Bragadóttir ve Kalisch 2018; Duffy ve ark. 2018; Saqer ve AbuAlRub 2018; Smith ve ark. 2018) yaralanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 3-2: Kişisel ve mesleki özellikler formunda yer alan sorular

Hastane değişkenleri	Servis değişkenleri	Hemşire değişkenleri
1.Kurumun maaş uygulamasından memnuniyet 2. Kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet 3. Kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet	1. Servis yatak sayısı 2. Mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı 3. Son vardiyada bakım verilen hasta sayısı 4. Serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 5. Serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı 6. Serviste kullanılan kayıt yöntemi 7.Servisteki ekip üyeleri arasındaki iletişim 8. Servisteki toplam hemşire sayısı yeterliliği algısı 9. Servisteki ekip çalışması uyumundan memnuniyet (tüm ekip) 10. Servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet	1. Yaş 2. Cinsiyet 3. Medeni durum 4. Meslek 5. Eğitim durumu 6. Çalışma pozisyonu 7. Çalışma düzeni 8. Kadro durumu 9. Meslekte toplam çalışma yılı 10. Hastanede toplam çalışma yılı 11. Serviste toplam çalışma yılı 12. Haftalık ortalama çalışma saati 13. Haftalık ortalama fazla mesai saati 14. Son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı 15. Bugüne kadar ekip çalışmasına yönelik herhangi bir eğitim alma durumu 16. Meslek hayatı boyunca herhangi bir bakımı kaçırma durumu 17. Mevcut görevinden memnuniyet 18. Hemşire olarak çalışmaktan memnuniyet
3 soru	**10 soru**	**18 soru**

Form, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı servis ve görevi gibi kişisel ve mesleki özelliklerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Bu kapsamda form, hastane değişkenlerine yönelik üç soru, servis değişkenlerine yönelik 10 soru ve hemşire değişkenlerine yönelik 18 soru olmak üzere toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Hastaneye ilişkin diğer bilgiler (yatak sayısı ve akreditasyon durumu) ise doğrudan hastanelerin hemşirelik üst yönetiminden alındı. Hastane değişkenlerinde yer alan 1, 2 ve 3 numaralı

sorular, servis değişkenleri sorularında yer alan 9 ve 10 numaralı sorular ile hemşire değişkenlerinde yer alan 17 ve 18 numaralı sorular "1:Hiç memnun değilim" "2:Memnun değilim", "3:Bazen memnunum", "4:Memnunum" ile "5: Çok memnunum" şeklinde beşli likert şeklinde sorulmuştur. Bu soruların tamamı aşağıda Tablo 3-2'de sunulmuştur. Kişisel ve mesleki özellikler formu ise Ek 2'de verilmiştir.

3.5.2. Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)

Ölçek, çeşitli hasta bakım ortamlarında kullanılabilecek sağlam psikometrik özelliklere sahip hemşirelik ekibine özgü bir ekip çalışması ölçüm aracının oluşturulması amacıyla Dr. Kalisch ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Kalisch ve ark. 2010a). HEÇÖ, yatan hasta bakımlarının yapıldığı servislerdeki ekipler için özel olarak tasarlanmış olup Türkçe'ye uyarlaması daha önce yapılmamıştır. Ölçek toplamda 5 alt boyut ve 33 maddeden oluşmaktadır; "Güven (7 madde)", "Ekip uyumu (9 madde)", "Destek (6 madde)", "Ekip anlayışı (7 madde)" ve "Ekip liderliği (4 madde)". Ekip uyumu alt boyutunda yer alan dokuz madde ters puanlanmaktadır. HEÇÖ'nun alt boyutlarının kapsamı ayrıntılı ele alındağında;

- Güven alt boyutu; ekip üyelerinin iletişim kurmak ve bilgi paylaşmak için birbirlerine yeterince güven duyduklarını, geri bildirime önem verdiklerini ve birbirlerinden yapıcı geri bildirim alıp verdiklerini,
- Ekip uyumu alt boyutu; ekip üyelerinin birbirlerinin zayıf yönlerini etkili ve verimli bir şekilde geliştirmek için birlikte çalıştıklarını,
- Destek alt boyutu; ekip üyelerinin ekipten birisinin meşgul veya iş yükünün fazla olduğunu fark ettiklerinde gönüllü olarak birbirlerine destek olup yardım ettiklerini,
- Ekip anlayışı alt boyutu; tüm ekip üyelerinin birbirlerinin rol ve sorumluluklarını bildiğini ve kaliteli iş sonuçlarını başarmak için saygı çerçevesinde birlikte çalıştıklarını,
- Ekip liderliği alt boyutu; servis sorumlu hemşiresi veya ekip liderinin hemşirelerin iş yükünü gerektiği şekilde izlediğini, dağıttığını ve dengelediğini belirtmektedir (Kalisch ve ark. 2010a).

Orijinal ölçek 5'li Likert tipinde "1=Nadiren, 2= Zamanın %25'i, 3=Zamanın %50'si, 4=Zamanın %75'i, 5=Her zaman" şeklinde derecelendirilirken, bu çalışmada ölçek yazarlarından izin alınarak uzman görüşleri doğrultusunda "1=Nadiren, 2=Bazen, 3=Sıklıkla, 4=Çoğu zaman, 5=Her zaman" olacak şekilde değiştirilmiştir. Orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı toplamda 0,94 ve alt boyutlarda 0,74-0,85 arasında bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek toplam ortalama puan minimum 1, maksimum 5'tir. Alınan ortalama puanın yükselmesi ekip üyeleri arasında daha iyi ekip çalışması olduğunu göstermektedir. HEÇÖ, Ek 3'de sunulmuştur. Bu ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışmasına başlamadan önce yazarlarından izin alınmış ve bu izin Ek 9'de verilmiştir.

3.5.3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA)

Bu anket, Kalisch ve Williams (2009) tarafından geliştirilmiş ve anketin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik güvenirlik çalışması Kalisch ve ark. (2012a) tarafından yapılmıştır. Anketin adı Türkçe uyarlamasında "Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksimleri Anketi" olarak belirtilmiş fakat bu çalışmada "Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi" olarak kullanılması tercih edilmiştir. Anket toplam 21 maddeden oluşan A bölümü ve toplam 16 maddeden oluşan B bölümü olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Anketin A bölümünde (KHBA_A); hemşireler tarafından verilmesi gereken ancak verilemeyen bakım uygulamalarını ortaya koyan ifadeler yer almaktadır. Bakım uygulamaları alt boyutlar altında toplanmadan tek boyutta ele alınmıştır. Hemşireler karşılanmayan bakım bileşenlerini, ne kadar sıklıkla verilemediğini; "Hiçbir zaman (4 puan)", "Sıklıkla (3 puan)", "Bazen (2 puan)" ve "Nadiren (1 puan)" seçeneklerini işaretleyerek belirtmektedir. Ancak ankette yer alan bakım uygulaması çalışılan servis için uygun değil ise ve bu tür bir hemşirelik bakımının servisinde verilmesi gerekmiyorsa (örn. hastanın ayağa kaldırılması) "Uygun değil (0 puan)" seçeneğini işaretlemeleri beklenmektedir. KHBA'nın A bölümünde yer alan tüm maddelerin aritmetik ortalaması toplam karşılanmayan hemşirelik bakım puanını vermektedir. Ortalama puan yükseldikçe bakımın daha fazla karşılanmadığı anlamına gelmektedir. Ayrıca hangi hemşirelik uygulamalarının verilemediğini ayrıntılı olarak belirlemek amacıyla bu bölümde verilen

yanıtların her biri için yüzde hesaplamaları da yapılmıştır. Verilen yanıtların yüzdesinin yüksek olması ilgili ifadede yer alan hemşirelik bakım uygulamasının karşılanmadığını, düşük olması ise ilgili hemşirelik bakım uygulamasının hemşireler tarafından karşılandığı anlamına gelmektedir.

Anketin B bölümünde (KHBA_B); verilemeyen hemşirelik bakım uygulamalarının verilememe nedenleri yer almaktadır. Bakımın verilememe nedenleri; insan kaynakları (1,2,3,4 numaralı maddeler), malzeme kaynakları (7,10,11 numaralı maddeler) ve iletişim (5,6,8,9,12,13,14,15,16 numaralı maddeler) olmak üzere üç alt boyut altında ele alınmıştır. Her bir neden "Önemli (4 puan)", "Orta düzeyde önemli (3 puan)" ve "Küçük (2 puan)" ve "Bakımın verilememesi için bir neden değil (1 puan)" şeklinde değerlendirilmektedir. Anketin B bölümünde yer alan tüm maddelerin aritmetik ortalaması toplam karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerine ilişkin puanı vermektedir. Toplam ve alt boyutların ortalama puanının yüksek olması bakımın verilememesinde o boyutun önemli bir neden olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca anketin B bölümünün değerlendirilmesi her bir maddeye verilen yanıtların yüzde hesaplamaları üzerinden yapılmaktadır. Verilen yanıtların yüzdesinin yüksek olması ilgili maddede yer alan nedenin hemşirelik bakımlarının karşılanmamasında çok önemli, düşük olması ise bu nedenin hemşirelik bakımlarının karşılanmamasında önemsiz olduğu anlamına gelmektedir. KHBA'nın orijinal çalışması, Türkçe uyarlaması ve bu çalışma için Cronbach alfa değerleri Tablo 3-3'de sunulmuştur. KHBA, Ek 4'de sunulmuştur. Ayrıca ölçeğin bu araştırmada kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren yazarlardan izin alınmıştır (Ek 10).

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu: Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan izin almak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Yazılı olur belgesi veri toplama aracı ile birlikte kapalı zarf içinde katılımcılara verilmiştir. Anketleri geri toplama aşamasında ise kişisel bilgilerin gizliliğini sağlamak ve olur formunda imzası olan katılımcının doldurmuş olduğu veri toplama aracının hangisi olduğunun araştırmacılar tarafından bilinmemesi adına bilgilendirilmiş olur formu veri toplama aracından ayrı olarak kapalı zarf içinde geri toplanmıştır. Araştırmanın iki aşaması için iki ayrı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu hazırlanmış olup Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Aşama 1) Ek 5'de ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Aşama 2) Ek 6'de sunulmuştur.

Tablo 3-3: KHBA'nın Cronbach alfa değerleri

	Orijinal ölçek çalışması[a]	Türkçe uyarlama çalışması[b]	Bu çalışma
KHBA_A bölümü	*	0,94	0,91
KHBA_B bölümü	*	*	0,90
• İletişim	0,85	0,91	0,88
• Malzeme kaynakları	0,71	0,69	0,83
• İnsan kaynakları	0,69	0,77	0,81

*Çalışmada raporlandırılmamıştır. [a]:Kalisch ve Williams 2009; [b]:Kalisch ve ark. 2012a

3.6. Verilerin toplanması

Araştırma verileri de iki aşamalı olarak toplanmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce etik kurul onayı ve ilgili hastanelerden kurum izin yazıları alınmıştır.

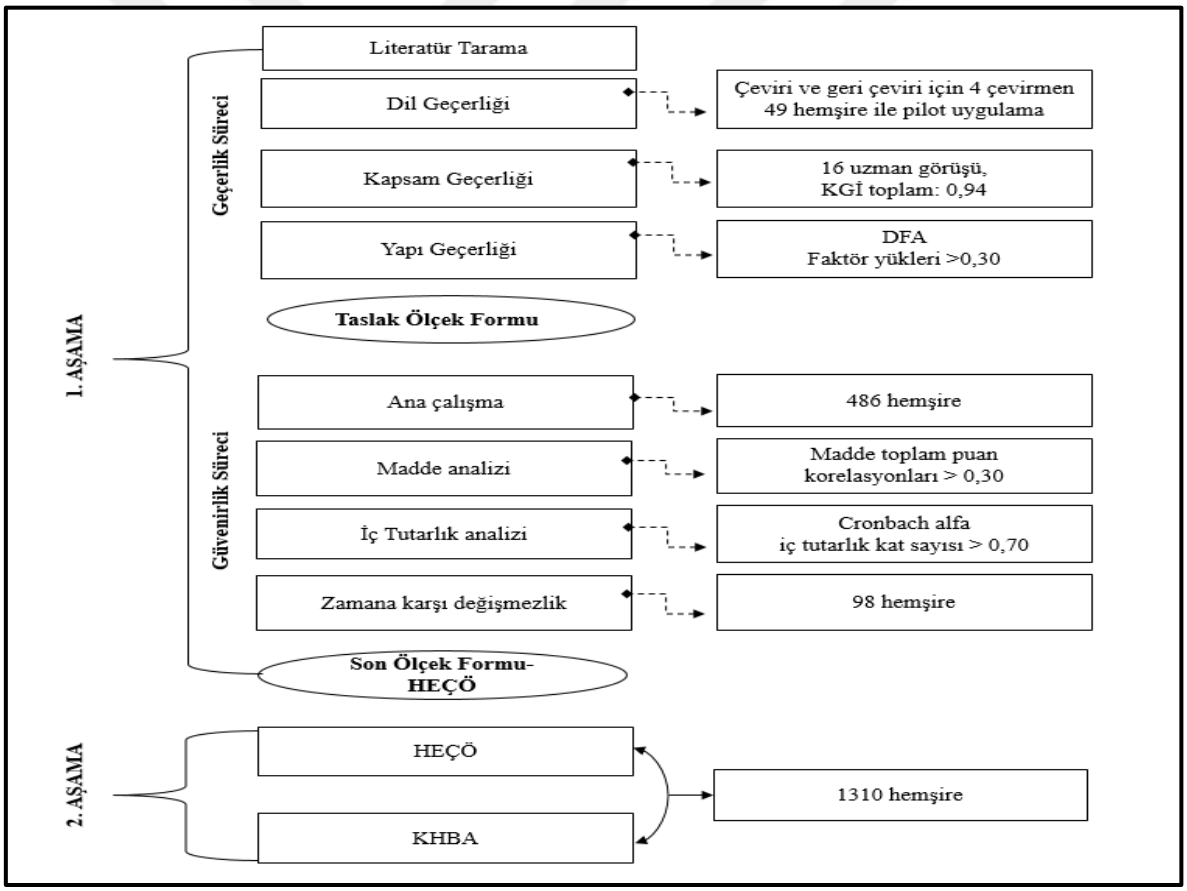
Birinci aşama: Veriler, araştırmacılar tarafından İstanbul'da üç farklı hastaneden toplanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce hastanelerin tepe ve alt kademe yönetici hemşireleri ziyaret edilerek, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapılmış ve servislerinde çalışan hemşireler araştırmaya davet edilmiştir. Sonraki ziyarette araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere kapalı zarf içinde anket formu bırakılmış ve doldurmaları için yaklaşık bir iki hafta zaman tanıyıp daha sonra tekrar hastane ziyaretleri yapılarak geri toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika zaman almıştır. Araştırmanın test-retest aşamasına katılmayı onaylayan hemşirelere ise anket formlarının üzerine bir rumuz yazmaları istenmiştir. Üç hafta sonra bu katılımcılara (n:98) anket formu tekrar uygulanarak birinci ve ikinci uygulamalar rumuzlar üzerinden birleştirilmiştir.

İkinci aşama: Veriler, araştırmacılar tarafından İstanbul'da 10 farklı hastaneden toplanmıştır. Bu aşamada da hastaneler ziyaret edilerek öncelikle hastane üst düzey ve alt düzey yönetici hemşirelerine araştırmanın amacı ve kapsamı açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere gerekli açıklamalar tekrarlanmış ve veri toplama aracı kapalı zarf içinde bırakılmıştır. Anket formlarını doldurmaları için yaklaşık iki hafta zaman tanıdıktan sonra, kapalı zarf içinde geri toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika zaman almıştır.

3.7. Verilerin analizi

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından analiz edilmiştir. Verilerin analizi için Statistical Package for Social Science (SPSS) 22 programı kullanılmıştır. Ayrıca birinci aşamada doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 8.7 programı kullanılmıştır. Elde edilen istatiksel sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini Tablo 3-2'de sunulan hastane, servis ve hemşire değişkenleri ile HEÇÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları oluşturmuştur. Bağımlı değişkenlerini ise KHBA_A ve KHBA_B puan ortalamaları oluşturmuştur. Araştırma aşamalarında gerçekleştirilen adımlar Şekil 3-2'de sunulmuştur. Araştırmanın birinci ve ikinci aşamaları için kullanılan analizler ise ayrıntılı olarak aşağıdaki Tablo 3-4'de verilmiştir.



Şekil 3-2: Araştırma süreci

Tablo 3-4: Kullanılan istatistiksel yöntemler

Araştırma aşamaları	İncelenen Özellik	Kullanılan istatistiksel yöntem
Birinci aşama Nicel; Metadolojik	Hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenlerinin dağılımı	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum
	Kapsam geçerliği	Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)
	Ölçeğin test-tekrar test analizi	Bağımlı gruplarda T testi
	Güvenirlik analizi	Pearson Korelasyon Analizi
	Yapı geçerliği	Madde analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)
İkinci aşama Nicel; Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı	Hastane, servis ve hemşire değişkenleri (Tablo 3-2)	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum
	Karşılanmayan hemşirelik bakımları ve nedenleri Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı düzeyi	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
	Hastane değişkenleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasındaki farkların analizi	Bağımlı gruplarda t testi Tek yönlü varyans analizi
	Servis değişkenleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasındaki farkların analizi	Bağımlı gruplarda t testi Tek yönlü varyans analizi
	Hemşire değişkenleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasındaki farkların analizi	Bağımlı gruplarda t testi Tek yönlü varyans analizi
	Hemşirelerin kişisel, mesleki özellikleri ve ekip çalışması ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon Analizi
	Hemşirelerin ekip çalışması ve bazı kişisel, kurumsal özelliklerinin KHB üzerine etkisi	Doğrusal regresyon analizi Çoklu doğrusal regresyon analizi

Araştırmada hemşirelerin kişisel, mesleki özellikleri ve HEÇÖ puan ortalamaları ile KHBA puan ortalamaları arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucunda elde edilen veriler, Kalaycı (2014, p.116)'ın belirttiği Pearson korelasyon katsayısı değeri ve ilişki düzeyi temel alınarak incelenmiştir (Tablo 3-5).

Tablo 3-5: Pearson korelasyon katsayısı yorumu

r	İlişki
0,00-0,25	Çok zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok yüksek

3.8. Araştırmanın etik yönü

Araştırmada veri toplama araçlarının uygulanmasından önce katılımcılara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiş, katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile yazılı izinleri alınmıştır (Ek 5 ve 6). Araştırmada kullanılan veri toplama aracında doğrudan kişilere ait kimlik bilgileri sorugulanmamış ve veri toplama aracı katılımcılara kapalı zarf ile dağıtılıp toplanmıştır.

Araştırma projesi oluşturulduktan sonra veri toplamaya başlamadan önce Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 07.08.2018 tarihli, 2019.190.IRB3.131 numaralı etik kurul izni alınmıştır (Ek 7). Ayrıca araştırmanın yürütüleceği hastanelerden yazılı kurum izinleri alınmıştır (Ek 8). Ayrıca araştırmada kullanılan HEÇÖ'nun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için ilk yazarı Kalisch'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 9). KHBA'nın bu araştırmada kullanılabilmesi için yine ilk yazarı Kalisch'den elektronik posta aracılığıyla izin alınmıştır (Ek 10).

3.9. Araştırmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları

Bu araştırmada elde edilen veriler araştırma örneklemiyle sınırlı olup genellenemez. Çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımının düzeyi, sık karşılanmayan hemşirelik bakım uygulamaları ve nedenleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Karşılanmayan hemşirelik bakım kavramı son 10 yılda özellikle uluslararası literatürde sık tartışılmış bir konu olmakla birlikte ülkemizde bu konuda çok az araştırma yapılmış olması tartışma bölümünde sınırlı ulusal yayının kullanılmasına yol açmıştır.

Araştırmanın birinci aşamasında kullanılan HEÇÖ'nun Amerika kültüründe geliştirilmiş olması ve ölçeğin ters ifadeler içermesi nedeniyle ölçekte yer alan bazı maddelerin anlaşılırlığı Türk hemşireler tarafından düşük bulunmuştur. Yazarın izniyle ölçek ifadelerinde değişiklik yapılması zorunluluğu oluşmuştur.

Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılan KHBA'nın A bölümünde ifadelerin değerlendirilmesinde "Hiçbir zaman karşılanmıyor" gibi olumsuz bir değerlendirmenin yapılması nedeniyle hemşireler tarafından anlaşılmadığı görülmüş ve veri toplama sürecinde hemşirelerden bu anketin nasıl doldurulacağına yönelik sorular alınmıştır. Bu bağlamda katılımcıların bazılarının KHBA'nın A bölümünü doldurmadıkları belirlenmiş ve bu anketleri araştırma kapsamı dışında bırakmak zorunda kalınmıştır. Ayrıca anketin A bölümü değerlendirmesinde her zaman karşılanan böylelikle hiçbir zaman kaçırılmayan bakımları belirlemek için "her zaman veriliyor" gibi bir seçenek içermediği için bu kapsamdaki bakımlar belirlenememiştir. Veriler araştırmaya katılımda gönüllü olan hemşirelerin kendi bildirimlerine dayanmaktadır, dolayısıyla karşılanmayan hemşirelik bakımına ilişkin sonuçlar doğrudan yapılan gözlemler kadar güvenilir değildir. Son olarak örneklemin 10 farklı hastaneden oluşması nedeniyle, araştırma modelinde hemşire ve hasta sonuçlarına yer verilememiştir. Buna karşın hemşirelerden bazıları karşılanmayan hemşirelik bakımı konusunda daha önce anket doldurmadıklarını ve bu konunun çok ilgilerini çektiğini ifade ederek araştırma konusunun önemine ilişkin olumlu geri dönüşlerde bulunmuşlardır.

4. BULGULAR

Araştırma iki aşamalı olarak yürütüldüğü için elde edilen bulgular her aşama için iki ana başlık altında incelenmiştir.

Birinci aşama için;

1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı
2. HEÇÖ'nun uyarlama çalışmasına ilişkin bulguların dağılımı

İkinci aşama için;

1. Hemşirelerin kişisel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı
2. Hemşirelerin KHBA ve HEÇÖ puan ortalamalarının dağılımı
3. KHBA'nın sayı ve yüzde dağılımları
4. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar
5. Hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar
6. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki ilişki
7. Hemşirelerin HEÇÖ ile KHBA toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki
8. Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler

4.1. Birinci aşamaya ilişkin bulgular

Bu aşamada elde edilen araştırma bulguları; hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ve HEÇÖ'nun uyarlama çalışmasına ilişkin bulgular olmak üzere iki ana başlık altında sunulmuştur.

4.1.1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 29,82±7,33 (min-max:19-62) olduğu, çoğunlukla kadın (%86,4), bekar (%58,6), lisans mezunu (%76,1) olduğu ve üniversite hastanesinde (%39,1) ve servis hemşiresi olarak çalıştığı (%90,1) belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları (N:486)

Değişkenler		n	%
Yaş	x̄±ss	29,82±7,33	
(Min-Max:19-62)	≤24	115	23,7
	25-30	206	42,4
	≥31	165	34,0
Cinsiyet	Kadın	420	86,4
	Erkek	66	13,6
Medeni durum	Evli	201	41,4
	Bekar	285	58,6
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	33	6,8
	Önlisans	26	5,3
	Lisans	370	76,1
	Yüksek lisans	55	11,3
	Doktora	2	4
Hastane grubu	Kamu	183	37,7
	Üniversite	190	39,1
	Özel	113	23,3
Pozisyon	Servis hemşiresi	438	90,1
	Yönetici hemşire	48	9,9

x̄= Ortalama; ss= Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; Min.=Mininum; Max.=Maksimum

4.1.2. HEÇÖ'nun uyarlama çalışmasına ilişkin bulgular

4.1.2.1. Geçerliliğe ilişkin bulgular

- **Dil geçerliği**

Araştırmanın ilk aşamasında HEÇÖ'nun orijinal formu Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu aşamada çeviri bir dil bilimci ve bir profesyonel çevirmen tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin İngilizce'ye geri çevirisi hem Türkçe'yi hem de İngilizce'yi çok iyi derecede bilen bir akademisyen ile profesyonel bir çevirmen tarafından yapılmıştır. İngilizce'ye çevrilen son hali, ölçeği geliştiren yazara iletilerek uygunluğuna ilişkin görüş alınmıştır.

- **Kapsam geçerlik indeksi**

Çeviri aşaması tamamlandıktan sonra ölçeğin dil geçerliğini sınamak için uzman görüşü aşamasına geçilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksini hesaplamak için Davis tekniği (Davis 1992) kullanılmıştır. Ölçek alanda uzman olan hemşire ve akademisyenlerden oluşan toplam 22 uzmana gönderilmiş fakat bu uzmanlardan 16'sı geri dönüş yapmıştır. Uzman görüşlerinin analizi yapılarak Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır.

Maddelerin kapsam geçerlik oranları 0,69-1 arasında değişmiştir. Ölçek toplam KGİ ise 0,94 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4-2). Ölçek maddeleri uzman görüşleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından yeniden düzenlenerek son haline getirilmiştir.

Tablo 4-2: HEÇÖ'nun kapsam geçerlik indeksi (N:16)

		Uzmanlardan 3 ve 4 puanını işaretleyenlerin toplamı	Kapsam Geçerlik İndeksi
Güven			
1	Ekip üyeleri etkin iletişim kurmak için söylenenleri birbirlerine açıklar.	16	1
2	Ekip üyeleri geri bildirime değer verir, birbirlerine yapıcı geri bildirim verir ve alır.	15	0,94
3	Ekip üyeleri fikirlerini ve bilgilerini birbirleriyle rahatlıkla paylaşır.	16	1
4	Ekip üyeleri iyileştirmeler yapmak ve yeni uygulama yöntemleri geliştirmek için değişimlere ayak uydurmaya hazırdır.	14	0,88
5	Ekip üyeleri birbirlerine güvenir.	16	1
6	Ekip üyelerinden biri işe gelmediğinde ya da başka bir birime görevlendirildiğinde sorumlulukları diğer ekip üyeleri arasında adil olarak yeniden dağıtılır.	11	0,69
7	Ekip üyeleri birbirlerine beklentilerini açıkça ifade eder.	14	0,88
Ekip uyumu			
8	Ekip üyelerinin çoğu çatışmaların üstesinden gelmektense kaçınma eğilimi gösterir.	15	0,94
9	Güçlü kişilik özelliklerine sahip ekip üyeleri ekibin kararlarında daha baskındır.	15	0,94
10	Bir vardiyada çalışan ekip üyeleri işlerini tamamlayamadığında sonraki vardiyada çalışan üyeler bu durumdan yakınır.	16	1
11	Ekip üyelerinin geri bildirimleri yardımcı olmak yerine çoğunlukla yargılayıcıdır.	16	1
12	Ekip üyeleri iyileştirilmesi gereken konularla ilgili önerilere çoğunlukla savunmacı yaklaşır.	16	1
13	Ekip üyelerinden bazıları molalarda (yemek, çay, sigara vb.) daha fazla zaman harcar.	14	0,88
14	Ekip üyeleri ekibin amaçlarına ulaşmada birlikte çalışmak yerine kendi işlerine daha çok odaklanır.	12	0,75
15	Farklı eğitim düzeyindeki (lise, ön lisans, lisans vb.) hemşireler bir ekip olarak birlikte uyumlu çalışamazlar.	13	0,81
16	Ekip üyeleri, ekip arkadaşlarının hatalarını ve rahatsız edici davranışlarını onlarla konuşmak yerine görmezden gelir.	15	0,94
Destek			
17	Ekip üyelerinden biri işlerini yetiştiremediğinde diğerleri bunu dikkate alarak yardım eder.	15	0,94
18	İş yükü çok yoğunlaştığında ekip üyeleri bir araya gelir ve işi bitirmek için birlikte çalışır.	16	1
19	Ekip üyeleri bireysel çalışmalarını aksatmadan birbirlerine yardımcı olabilir.	15	0,94
20	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler vardiya boyunca ekip üyelerine yardımcı olmaya hazır ve isteklidir.	15	0,94
21	Ekip üyeleri başka bir ekip üyesinin ne zaman yardıma gereksinim duyduğunu çoğu kez o kişi talep etmeden bilir.	16	1
22	Ekip üyeleri, diğer ekip üyeleri meşgulken veya iş yükleri fazla olduğunda onların hastalarına gönüllü olarak bakar.	16	1

Ekip anlayışı			
23	Tüm ekip üyeleri vardiya boyunca kendi sorumluluklarını bilir.	15	0,94
24	Ekip üyeleri birbirlerinin rol ve sorumluklarını bilir.	16	1
25	Nöbet teslimlerinde hastaların bakımı için gerekli olan tüm bilgiler aktarılır.	14	0,88
26	Ekip üyeleri sıklıkla birlikte çalıştıkları ekip üyelerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilir.	16	1
27	Ekip üyeleri, diğer üyelerin sözlerinde duracaklarını bilir.	14	0,88
28	Ekip üyeleri kaliteli iş yapmak için tüm üyelerin birlikte çalışması gerektiğine inanır.	16	1
29	Ekip üyeleri birbirlerine saygı duyar.	16	1
Ekip liderliği			
30	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler vardiya boyunca ekip üyelerinin görevlerini tamamlama durumunu izler.	13	0,81
31	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler ekip içinde iş yükünü dengeli bir şekilde dağıtır.	15	0,94
32	Vardiya sırasında iş yükünde değişimler meydana geldiğinde (hasta kabulleri, taburculuk işlemleri, hastaların sorunları vb.) bu değişimlerle baş etmek için gerekli planlamalar yapılır.	16	1
33	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler neyin yapılması gerektiğine ve nasıl yapılacağına dair net ve uygun talimatlar verir.	15	0,94
Ölçek Toplamı			**0,94**

- **Pilot çalışma**

HEÇÖ maddelerinin psikometrik özellikler açısından hangilerinin daha uygun, hangilerinin sorunlu olduğunu belirlemek amacıyla 49 hemşire ile ön çalışma yürütülmüştür. Ön çalışma verilerinin güvenirlik analizinde, ölçek toplamında Cronbach alfa değerinin 0,87 olduğu ve alt boyutlarda 0,89 ile 0,93 arasında değiştiği bulunmuştur. Ön çalışma sonucu elde edilen Cronbach alfa değerleri alan yazında (Tavşancıl 2014) önerilen referans değerin (α=0,70) üzerinde bulunmuştur. Ayrıca ön çalışmada, araştırmacı tarafından uygulamayı kabul eden hemşirelerin anketi doldurmaları sırasında yanlarında beklenmiş ve anlamakta güçlük çektikleri maddeler için katılımcılardan geri dönüş istenmiştir. Katılımcıların sorunlu gördükleri maddeler not edilerek, önerileri kaydedilmiştir. Ön çalışma sonrasında, uzmanların ve hemşirelerin görüşleri doğrultusunda araştırma ekibi tarafından maddeler tekrar gözden geçirerek her bir maddenin anlamları netleştirilmiş ve yazım hataları düzeltilmiştir.

- **Yapı geçerliği**

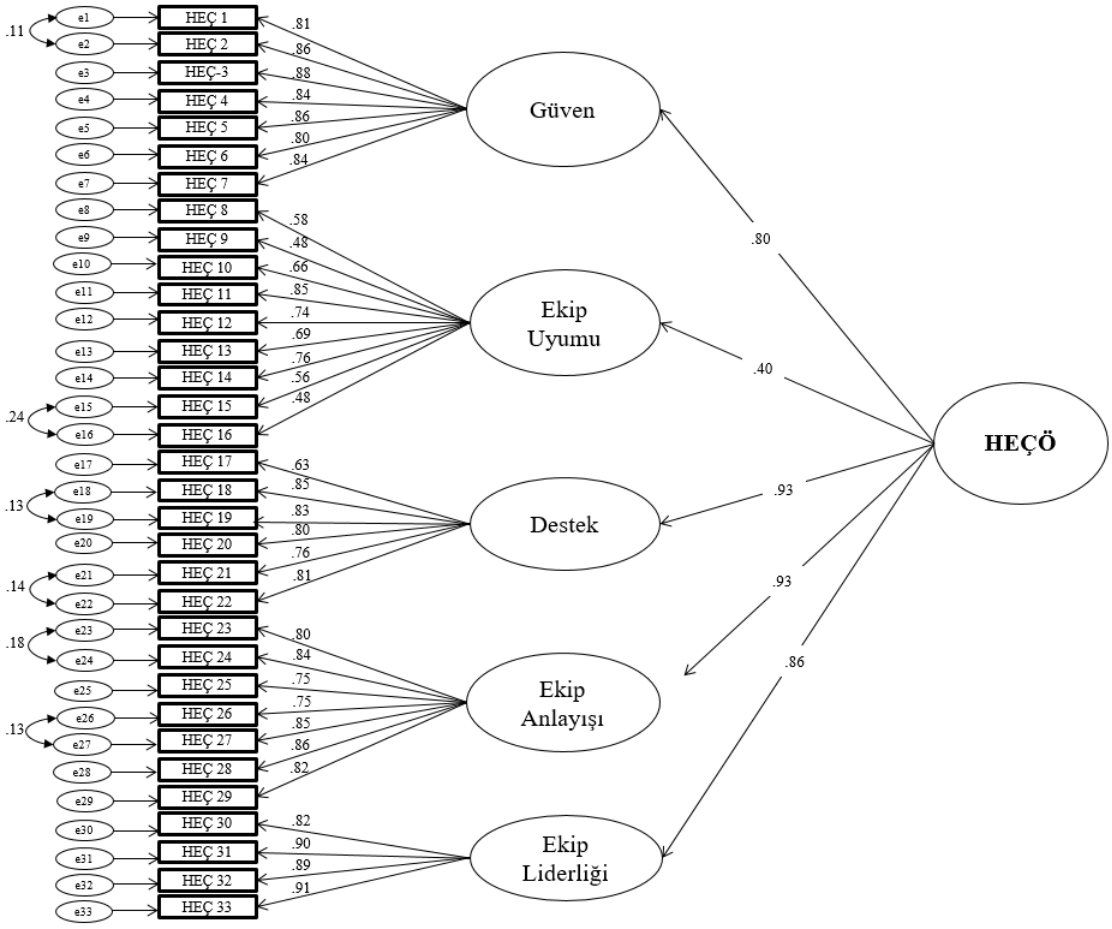
Uyarlaması yapılan HEÇÖ'nun orijinal yapının uygunluğunu değerlendirmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır. DFA yapılmadan önce, örneklem

yeterliliğini belirlemek için Kaiser Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett's küresellik testi yapılmıştır. KMO değeri 0,92 olduğu ve Bartlett's test sonucu ise $\chi 2=8176,385$ ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($df=528$; $p<0,001$) bulunmuştur. HEÇÖ'nun 33 madde ve beş alt boyuttan oluşan orijinal yapısıyla yapılan DFA sonucunda, tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri 0,48 ile 0,91 arasında bulunmuştur (Şekil 4-1). DFA sonucunda orijinal ölçeğin faktör yapısının herhangi bir modifikasyona gerek kalmaksızın doğrulandığı belirlenmiş fakat sonuçların iyileştirilmesi adına önerilen modifikasyonlar uygulanmıştır. Modifikasyon önerileri yapılan modelde (Model 2) altı farklı modifikasyon yapılmıştır (madde 1-2; madde 15-16; madde 18-19; madde 21-22; madde 23-24 ve madde 26-27 arasında). Bu modifikasyonlar sonucu daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. DFA sonucu elde edilen uyum iyiliği indeksleri alan yazına göre ilk modelde (Model 1) "yakın uyum" olarak elde edilirken (NFI:0,88), modifikasyon önerileri yapılan modelde (Model 2) ise "normal" değerlere çok yakın (NFI:0,91) bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, ölçek orijinal yapısında (Kalisch ve ark. 2010a) elde edilen uyum iyiliği indekslerine göre daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Ölçeğin İzlandaca uyarlama çalışması Bragadottir ve ark. (2016) tarafından gerçekleştirilmiş ve alan yazına göre "normal" sınırlar içinde yer alan uyum iyiliği indeksleri elde edilmiştir. Alan yazında önerilen uyum iyiliği indeksleri doğrultusunda, ölçeğin orijinal çalışması (Kalisch ve ark. 2010a), İzlandaca uyarlaması (Bragadottir ve ark. 2016) ve bu çalışma sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeksleri Tablo 4-3'de sunulmuştur.

Tablo 4-3: HEÇÖ uyum iyiliği indeksleri (N: 486)

		χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	IFI	NFI	CFI	SRMR
Uyum iyiliği indeksleri†	*Normal*			***≤2***	***≤0,05***	***≥0,95***	***≥0,95***	***≥0,95***	***≤0,05***
	Kabul Edilebilir			***≤5***	***≤0,08***	***≥0,90***	***≥0,90***	***≥0,90***	***≤0,08***
Orijinal çalışma*		1745,30	485	3,60	0,055	0,88	0,84	0,88	0,05
İzlandaca uyarlama**		*	*	*	0,055	0,98	*	0,98	0,05
Türkçe uyarlama (Model 1)		1711,98	490	3,49	0,072	0,91	0,88	0,91	0,06
Türkçe uyarlama (Model 2)		1246,75	484	2,57	0,057	0,94	0,91	0,94	0,05

† Kline 1994; *Raporlandırılmamıştır; **Kalisch ve ark. 2010a; ***Bragadottir ve ark. 2016



Şekil 4-1: HEÇÖ'nun Yapı geçerliliği

4.1.2.2. Güvenirliğe ilişkin bulgular

- **Madde analizi**

Ölçekte yer alan beş alt boyut ve 33 maddenin toplam puan korelasyonları incelendiğinde, madde toplam puan korelasyon değerlerinin r=0,48-0,86 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4-4).

- **İç tutarlık analizi**

HEÇÖ'den elde edilen ölçümlerin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla özellikle Likert tipi ölçeklerde yaygın olarak kullanılan Cronbach alpha analizi yapılmıştır. Ölçek toplamında Cronbach alpha değeri 0,954 olarak ve alt boyutlarda 0,853-0,945 arasında saptanmıştır (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: HEÇÖ'nun tanımlayıcı ve psikometrik özellikleri (N:486)

		r	α	$\bar{X}$	ss
Güven (α= 0,945)					
1	Ekip üyeleri etkin iletişim kurmak için söylenenleri birbirlerine açıklar.	0,798	0,938	3,48	1,04
2	Ekip üyeleri geri bildirime değer verir, birbirlerine yapıcı geri bildirim verir ve alır.	0,853	0,933	3,31	1,12
3	Ekip üyeleri fikirlerini ve bilgilerini birbirleriyle rahatlıkla paylaşır.	0,850	0,933	3,37	1,12
4	Ekip üyeleri iyileştirmeler yapmak ve yeni uygulama yöntemleri geliştirmek için değişimlere ayak uydurmaya hazırdır.	0,809	0,937	3,28	1,11
5	Ekip üyeleri birbirlerine güvenir.	0,825	0,936	3,30	1,13
6	Ekip üyelerinden biri işe gelmediğinde ya da başka bir birime görevlendirildiğinde sorumlulukları diğer ekip üyeleri arasında adil olarak yeniden dağıtılır.	0,768	0,941	3,52	1,14
7	Ekip üyeleri birbirlerine beklentilerini açıkça ifade eder.	0,811	0,937	3,22	1,14
Ekip uyumu (α= 0,853)					
8	Ekip üyelerinin çoğu çatışmaların üstesinden gelmektense kaçınma eğilimi gösterir.	0,553	0,840	2,23	1,10
9	Güçlü kişilik özelliklerine sahip ekip üyeleri ekibin kararlarında daha baskındır.	0,486	0,866	2,83	1,12
10	Bir vardiyada çalışan ekip üyeleri işlerini tamamlayamadığında sonraki vardiyada çalışan üyeler bu durumdan yakınır.	0,608	0,834	2,67	1,22
11	Ekip üyelerinin geri bildirimleri yardımcı olmak yerine çoğunlukla yargılayıcıdır.	0,744	0,820	2,12	1,11
12	Ekip üyeleri iyileştirilmesi gereken konularla ilgili önerilere çoğunlukla savunmacı yaklaşır.	0,660	0,830	2,29	1,02
13	Ekip üyelerinden bazıları molalarda (yemek, çay, sigara vb.) daha fazla zaman harcar.	0,617	0,833	1,98	1,08
14	Ekip üyeleri ekibin amaçlarına ulaşmada birlikte çalışmak yerine kendi işlerine daha çok odaklanır.	0,704	0,824	2,17	1,07
15	Farklı eğitim düzeyindeki (lise, ön lisans, lisans vb.) hemşireler bir ekip olarak birlikte uyumlu çalışamazlar.	0,529	0,842	1,65	1,02
16	Ekip üyeleri, ekip arkadaşlarının hatalarını ve rahatsız edici davranışlarını onlarla konuşmak yerine görmezden gelir.	0,496	0,845	1,97	1,02
Destek (α= 0,909)					
17	Ekip üyelerinden biri işlerini yetiştiremediğinde diğerleri bunu dikkate alarak yardım eder.	0,601	0,913	3,30	1,11
18	İş yükü çok yoğunlaştığında ekip üyeleri bir araya gelir ve işi bitirmek için birlikte çalışır.	0,832	0,881	3,52	1,11
19	Ekip üyeleri bireysel çalışmalarını aksatmadan birbirlerine yardımcı olabilir.	0,814	0,884	3,44	1,10
20	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler vardiya boyunca ekip üyelerine yardımcı olmaya hazır ve isteklidir.	0,717	0,898	3,53	1,21
21	Ekip üyeleri başka bir ekip üyesinin ne zaman yardıma gereksinim duyduğunu çoğu kez o kişi talep etmeden bilir.	0,742	0,894	3,21	1,16
22	Ekip üyeleri, diğer ekip üyeleri meşgulken veya iş yükleri fazla olduğunda onların hastalarına gönüllü olarak bakar.	0,790	0,887	3,28	1,18

Ekip anlayışı (α= 0,934)					
23	Tüm ekip üyeleri vardiya boyunca kendi sorumluluklarını bilir.	0,802	0,923	3,70	1,03
24	Ekip üyeleri birbirlerinin rol ve sorumluklarını bilir.	0,840	0,919	3,69	1,04
25	Nöbet teslimlerinde hastaların bakımı için gerekli olan tüm bilgiler aktarılır.	0,745	0,928	3,87	1,03
26	Ekip üyeleri sıklıkla birlikte çalıştıkları ekip üyelerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilir.	0,741	0,928	3,60	1,02
27	Ekip üyeleri, diğer üyelerin sözlerinde duracaklarını bilir.	0,824	0,921	3,45	1,02
28	Ekip üyeleri kaliteli iş yapmak için tüm üyelerin birlikte çalışması gerektiğine inanır.	0,811	0,922	3,54	1,08
29	Ekip üyeleri birbirlerine saygı duyar.	0,746	0,928	3,62	1,05
Ekip liderliği (α= 0,930)					
30	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler vardiya boyunca ekip üyelerinin görevlerini tamamlama durumunu izler.	0,790	0,923	3,77	1,05
31	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler ekip içinde iş yükünü dengeli bir şekilde dağıtır.	0,856	0,912	3,70	1,14
32	Vardiya sırasında iş yükünde değişimler meydana geldiğinde (hasta kabulleri, taburculuk işlemleri, hastaların sorunları vb.) bu değişimlerle baş etmek için gerekli planlamalar yapılır.	0,833	0,909	3,67	1,10
33	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler neyin yapılması gerektiğine ve nasıl yapılacağına dair net ve uygun talimatlar verir.	0,865	0,899	3,80	1,06
TOPLAM (α= 0,954)					

r=Madde toplam puan korelasyonu; α=Cronbach alpha iç tutarlık kat sayısı; $\bar{X}$=Ortalama; ss= Standart sapma

- **Test tekrar test analizi**

Bu çalışmada HEÇÖ'nun test tekrar test uygulaması, alan yazına uygun şekilde araştırma örnekleminin %25'ini oluşturan 122 katılımcıyla yapılması hedeflenmiş ancak üç hafta sonra yapılan tekrar test aşamasında 24 katılımcıya ulaşılamaması nedeniyle 98 hemşireden elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Ölçek toplamı için korelasyon kat sayısı r=0,987 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Tüm ölçek ve alt boyutlarında iki ölçüm arasında ileri düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bağımlı gruplarda t testi sonucunda da iki ölçüm arasında ölçek toplamında ve tüm alt boyutlarda anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (t=0,994; p=0,323; Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Test tekrar test analizi (N: 98)

		$\bar{x}$ (ss)	t/p r/p
HEÇÖ toplam	1. ölçüm	3,26(0,44)	t=0,994, p=0,323
	2. ölçüm	3,25(0,43)	r=0,987, p<0,001*
Güven	1. ölçüm	3,29(0,67)	t=-0,807, p=0,422
	2. ölçüm	3,30(0,66)	r=0,983, p<0,001*
Ekip uyumu	1. ölçüm	2,38(0,82)	t=1,363, p=0,176
	2. ölçüm	2,35(0,80)	r=0,981, p<0,001*
Destek	1. ölçüm	3,46(0,90)	t=-0,942, p=0,348
	2. ölçüm	3,48(0,88)	r=0,987, p<0,001*
Ekip anlayışı	1. ölçüm	3,78(0,75)	t=1,318, p=0,191
	2. ölçüm	3,76(0,75)	r=0,991, p<0,001*
Ekip liderliği	1. ölçüm	3,77(0,82)	t=1,491, p=0,139
	2. ölçüm	3,74(0,81)	r=0,963, p<0,001*

*p≤0,001; $\bar{x}$= Ortalama; ss= Standart sapma; t= Bağımlı gruplarda t testi; r= Pearson korelasyon kat sayısı

4.2. İkinci aşamaya ilişkin bulgular

Araştırmanın bu aşaması için bulgular gereç ve yöntem bölümünde belirtilen araştırma soruları doğrultusunda aşağıda ana ve alt başlıklar halinde sunulmuştur.

4.2.1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı incelendiğinde (Tablo 4-6), hemşirelerin yaşlarının 19-62 (min-max) yaş arasında değişiklik gösterdiği, yaş ortalamasının $\bar{x}$=28,98±6,90 olduğu ve hemşirelerin yarısından fazlasının 27 yaş ve üzerinde (%50,8) olduğu görülmüştür. Hemşirelerin çoğunlukla kadın (%86,0), bekar (%61,4) ve lisans mezunu (%68,2) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunlukla yatak başı hemşiresi pozisyonunda (%92,9), sözleşmeli statüde (%68,6) ve vardiyalı (%85,3) olarak çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılının 1-40 (min-max) yıl arasında değişiklik gösterdiği, mesleki deneyim ortalamasının $\bar{x}$=7,37±7,40 yıl olduğu ve hemşirelerin çoğunlukla mesleklerinde 2-4 yıl (%32,4) çalışmış olduğu görülmüştür. Hemşirelerin kurumunda toplam çalışma yılının ise 1-37 (min-max) yıl arasında değiştiği, kurumsal deneyim ortalamasının $\bar{x}$=5,58±5,81 yıl olduğu ve hemşirelerin çoğunlukla kurumlarında 2-5 yıl (%43,2) arasında çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin servislerinde çalışma yılı incelendiğinde ise 1-37 (min-max) yıl arasında değişiklik gösterdiği, servisde çalışma

deneyim ortalamasının $\bar{x}$=4,46±4,82 yıl olduğu ve sıklıkla 2-5 yıl (%46,6) arasında çalıştıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saati 32 ile 72 saat arasında değişirken, ortalamasının $\bar{x}$=46,05±6,30 saat olduğu ve sıklıkla haftalık 41 saat ve üzerinde (%60,7) çalışıldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin haftalık ortalama fazla mesai saatleri incelendiğinde ise 0-40 saat arasında değiştiği, fazla mesai saati ortalamasının $\bar{x}$=7,25±7,27 saat olduğu ve hemşirelerin çoğunlukla (%36,3) fazla mesai yapmadıkları bulunmuştur. Hemşirelerin son üç ay içinde işe devamsızlık yaptıkları gün sayısı incelendiğinde; devamsızlığın 0-40 gün arasında değiştiği, devamsızlık ortalamasının $\bar{x}$=1,01±3,38 gün olduğu ve hemşirelerin çoğunlukla (%76,9) işe devamsızlık yapmadıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin ekip çalışmasına yönelik kurs, seminer, hizmet içi eğitim vb. şeklinde herhangi bir eğitim alıp almadığı sorgulandığında, çoğunlukla (%60,1) eğitim aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin meslek hayatı boyunca sorumlu oldukları hastanın bakımını en az bir kez kaçırma durumları sorgulandığında, çoğunlukla (%57,0) sorumlu oldukları bir bakımı en az bir kez kaçırdıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin görev yaptıkları pozisyondan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, memnuniyet ortalamasının $\bar{x}$=3,49±0,97 olduğu ve hemşirelerin çoğunlukla (%47,9) görevlerinden memnun oldukları saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin görevlerinden bağımsız olarak hemşire olmaktan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, memnuniyet ortalamasının $\bar{x}$=3,48±1,03 olduğu ve çoğunlukla (%44,3) hemşire olmaktan memnun oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4-6: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N:1310)

Değişkenler			n	%
HEMŞİRE ÖZELLİKLERİ	Yaş	≤ 26 yaş	645	49,2
	(R=19-62; x̄=28,98; ss=6,90)	≥ 27 yaş	**665**	**50,8**
	Cinsiyet	Kadın	**1126**	**86,0**
		Erkek	184	14,0
	Medeni durum	Evli	506	38,6
		Bekar	**804**	**61,4**
	Meslek	Hemşire	**1232**	**94,0**
		Diğer* (ebe vb.)	78	6,0
	Eğitim durumu	Lise ve Önlisans	248	18,9
		Lisans	**894**	**68,2**
		Lisansüstü	168	12,8
	Çalışma pozisyonu	Yatak başı hemşiresi	**1217**	**92,9**
		Servis sorumlu hemşiresi	93	7,1
	Kadro	Sözleşmeli	**899**	**68,6**
		Kadrolu	411	31,4
	Çalışma şekli	Vardiya	**1117**	**85,3**
		Sürekli gündüz	193	14,7
	Meslekte çalışma yılı	≤ 1 yıl	193	14,7
	(R=1-40; x̄=7,37; ss=7,40)	2-4 yıl	**425**	**32,4**
		5-9 yıl	334	25,5
		≥ 10 yıl	358	27,3
	Hastanede çalışma yılı	≤ 1 yıl	302	23,1
	(R=1-37; x̄=5,58; ss=5,81)	2-5 yıl	**566**	**43,2**
		≥ 6 yıl	442	33,7
	Serviste çalışma yılı	≤ 1 yıl	362	27,6
	(R=1-37; x̄=4,46; ss=4,82)	2-5 yıl	**610**	**46,6**
		≥ 6 yıl	338	25,8
	Haftalık ortalama çalışma saati	≤ 40 saat	515	39,3
	(R=32-72; x̄=46,05; ss=6,30)	≥ 41 saat	**795**	**60,7**
	Haftalık ortalama fazla mesai saati	Fazla mesai yok	**476**	**36,3**
	(R=0-40; x̄=7,25; ss=7,27)	1-10 saat	444	33,9
		≥ 11 saat	390	29,8
	İşe devamsızlık (gün)**	Devamsızlık yok	**1007**	**76,9**
	(R=0-40; x̄=1,01; ss=3,38)	1-2 gün	163	12,4
		≥ 3 gün	140	10,7
	Ekip çalışmasına yönelik eğitim (kurs, seminer, hizmet içi eğitim vb.)	Evet	**787**	**60,1**
		Hayır	523	39,9
	Meslek hayatı boyunca en az bir kez sorumlu olduğu bir bakımı kaçırma	Evet	**747**	**57,0**
		Hayır	563	43,0
	Mevcut pozisyondaki görevinden memnuniyet	Hiç memnun değilim	65	5,0
		Memnun değilim	127	9,7
	(R=1-5; x̄=3,49;ss=0,97)	Bazen memnunum	355	27,1
		Memnunum	**628**	**47,9**
		Çok memnunum	135	10,3
	Mevcut görevinden bağımsız olarak hemşire olarak çalışmaktan memnuniyet	Hiç memnun değilim	55	4,2
		Memnun değilim	195	14,9
		Bazen memnunum	303	23,1
	(R=1-5; x̄=3,48;ss=1,03)	Memnunum	**580**	**44,3**
		Çok memnunum	177	13,5

R=Dağılım; x̄=Ortalama; ss:Standart sapma; n: Sayı; %: Yüzde;*Hemşire olarak görev yapanlar; **Son 3 ay içinde

4.2.2. Hemşirelerin çalışma ortamı özelliklerine yönelik bulguların dağılımı

Hemşirelerin çalışma ortamı özelliklerine yönelik bulgular çalışılan hastanenin ve çalışılan servisin özelliklerine ilişkin bulgular olarak iki alt başlıkta ele alınmıştır.

- **Hemşirelerin görev yaptığı hastane özelliklerine yönelik bulguların dağılımı**

Hemşirelerin görev yaptığı hastanelerin özelliklerine yönelik değişkenlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4-7) hemşirelerin çoğunlukla özel hastanelerde (%38,9), yatak kapasitesi 500'den büyük olan hastanelerde (%55,6) ve JCI akreditasyonu olmayan hastanelerde (%61,1) çalıştıkları görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun kurumun maaş uygulamasından hiç memnun olmadığı (x̄±ss=2,37±1,14; %28,5), çalıştıkları hastanenin eğitim ve kariyer olanakları (x̄±ss=3,07±1,05; %36,3) ile teknolojik olanaklarından (x̄±ss=2,85±1,10; %33,6) bazen memnun oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4-7: Hemşirelerin görev yaptığı hastane özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N:1310)

Değişkenler			**n**	**%**
HASTANE ÖZELLİKLERİ	Hastane grubu	Kamu	422	32,2
		Üniversite	379	28,9
		Özel	**509**	**38,9**
	Yatak kapasitesi	<250 yatak	237	18,1
		250-500 yatak	344	26,3
		>500 yatak	**729**	**55,6**
	JCI akreditasyonu	JCI yok	**801**	**61,1**
		JCI var	509	38,9
	Kurumun maaş uygulamasından memnuniyet *(R=1-5; x̄=2,37;ss=1,14)*	Hiç memnun değilim	**374**	**28,5**
		Memnun değilim	369	28,2
		Bazen memnunum	311	23,7
		Memnunum	223	17,0
		Çok memnunum	33	2,5
	Kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet *(R=1-5; x̄=3,07;ss=1,05)*	Hiç memnun değilim	121	9,2
		Memnun değilim	230	17,6
		Bazen memnunum	**476**	**36,3**
		Memnunum	401	30,6
		Çok memnunum	82	6,3
	Kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet *(R=1-5; x̄=2,85;ss=1,10)*	Hiç memnun değilim	180	13,7
		Memnun değilim	297	22,7
		Bazen memnunum	**440**	**33,6**
		Memnunum	327	25,0
		Çok memnunum	66	5,0

R=Dağılım; x̄=Ortalama; ss: Standart sapma; n: Sayı; %: Yüzde; JCI: Uluslararası Ortak Komisyon

- **Hemşirelerin görev yaptığı servis özelliklerine yönelik bulguların dağılımı**

Hemşirelerin görev yaptığı servis özelliklerine yönelik değişkenlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4-8) hemşirelerin çoğunlukla yoğun bakım (%32,4) ve cerrahi servislerinde (%31,8), 16-29 yatağı olan servislerde çalıştıkları ve çalışma saatleri içinde bakım verdikleri hasta sayısı ortalamasının $\bar{x}$=9,51±8,85 olduğu ve çalışma saatleri içinde çoğunlukla 4-6 hasta (%27,4) baktıkları, son vardiyada bakım verilen hasta sayısı ortalamasının ise $\bar{x}$=8,03±7,66 olduğu ve son vardiyada sıklıkla 3-5 hasta (%32,2) baktıkları belirlenmiştir. Servislerde hemşire başına düşen hasta sayısı ortalamasının $\bar{x}$=6,71±5,32 ve sıklığının çoğunlukla 4-9 hasta (%40,5) olduğu, hastaların serviste ortalama yatış gün sayısı ortalaması ise $\bar{x}$=14,34±13,34 ve sıklıkla 1-7 gün (%40,0) olduğu bulunmuştur.

Servislerde hemşirelerin bakımları çoğunlukla elle (%66,3) kayıt ettiği belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu servisindeki ekip üyeleri arasındaki iletişimi iyi (%43,9) olarak değerlendirmiştir. Hemşireler, servislerinde çalışan toplam hemşire sayısının yeterliliği sorusunu çoğunlukla hiç yeterli değil (%31,6) şeklinde yanıtlamışlardır. Ayrıca hemşirelerin, servislerindeki ekip çalışmasının uyumundan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; puan ortalamasının $\bar{x}$=3,61±0,89 olduğu ve sıklıkla (%45,6) memnun oldukları belirlenmiştir. Servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet düzeyi sorgulandığında puan ortalamasının $\bar{x}$=3,54±1,09 olduğu ve çoğunlukla (%40,2) memnun oldukları bulunmuştur.

Tablo 4-8: Hemşirelerin görev yaptığı servis özelliklerine yönelik bulguların dağılımı

	Değişkenler		**n**	**%**
SERVİS ÖZELLİKLERİ	Servis grubu	Yoğun bakımlar	**425**	**32,4**
		Cerrahi servisler	**417**	**31,8**
		Dahiliye servisleri	222	16,9
		Acil servisler	44	3,4
		Kadın-doğum	81	6,2
		FTR	37	2,8
		Onkoloji	84	6,4
	Servisin yatak sayısı	15 yatak ve altı	472	36,0
		16-29 yatak	**576**	**44,0**
		30 yatak ve üzeri	262	20,0
	Mesai saatlari içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı *(R=1-40; x̄=9,51; ss=8,85)*	1-3 hasta	341	26,0
		4-6 hasta	**359**	**27,4**
		7-10 hasta	187	14,3
		11-19 hasta	214	16,3
		≥ 20 hasta	209	16,0
	Son vardiyada bakım verilen hasta sayısı (R=1-42; x̄=8,03; ss=7,66)	1-2 hasta	287	21,9
		3-5 hasta	**422**	**32,2**
		6-10 hasta	234	17,9
		≥ 11 hasta	367	28,0
	Serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı (R=1-41; x̄=6,71; ss=5,32)	1-3 hasta	427	32,6
		4-9 hasta	**530**	**40,5**
		≥ 10 hasta	353	26,9
	Serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı (R=1-100; x̄=14,34; ss=13,34)	1-7 gün	**524**	**40,0**
		8-15 gün	442	33,7
		≥ 16 gün	344	26,3
	Servisteki bakım kayıt yöntemi	Elle	**869**	**66,3**
		Elektronik	441	33,7
	Servisteki ekip üyeleri arasında iletişim	Çok kötü	137	10,5
		Kötü	83	6,3
		Normal	287	21,9
		İyi	**575**	**43,9**
		Çok iyi	228	17,4
	Servisteki hemşire sayısı yeterliliği algısı	Hiç yeterli değil	**414**	**31,6**
		≤%25 yeterli	222	16,9
		%50 yeterli	372	28,4
		≥%75 yeterli	177	13,5
		%100 yeterli	125	9,5
	Servisteki ekip çalışmasının uyumundan memnuniyet *(R=1-5; x̄=3,61; ss=0,89)*	Hiç memnun değilim	52	4,0
		Memnun değilim	92	7,0
		Bazen memnunum	397	30,3
		Memnunum	**597**	**45,6**
		Çok memnunum	172	13,1
	Servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet *(R=1-5; x̄=3,54; ss=1,09)*	Hiç memnun değilim	92	7,0
		Memnun değilim	101	7,7
		Bazen memnunum	355	27,1
		Memnunum	**527**	**40,2**
		Çok memnunum	235	17,9

R=Dağılım; x̄=Ortalama; ss: Standart sapma; n: Sayı; %: Yüzde; FTR: Fizik tedavi ve rehabilitasyon

4.2.3. Hemşirelerin KHBA ve HEÇÖ puan ortalamalarının dağılımı

Hemşirelerin KHBA'nın A ve B bölümü puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-9); bölüm A için karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyinin $\bar{x}$=2,93±0,87 olduğu, bölüm B için karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ortalamasının $\bar{x}$=3,05±0,48 olduğu saptanmıştır. B bölümünün alt boyut puan ortalamaları ele alındığında en düşük puan ortalamasının ($\bar{x}$=2,84±0,57) iletişim alt boyutunda ve en yüksek puan ortalamasının ise insan kaynakları alt boyutunda ($\bar{x}$=3,37±0,53) olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin HEÇÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; toplam puan ortalamasının $\bar{x}$=3,44±0,49 olduğu, alt boyutlarda ise en yüksek puan ortalamasının ekip anlayışı ($\bar{x}$=4,17±0,61) ve en düşük puan ortalamasının ekip uyumu ($\bar{x}$=2,70±0,72) alt boyutlarında olduğu saptanmıştır. HEÇÖ'nun Cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı toplamda 0,90 ve alt boyutlarda 0,84-0,94 arasında bulunmuştur. KHBA'nın ise A bölümü toplamında 0,91, B bölümü toplamında 0,90 olarak ve alt boyutlarında 0,81-0,88 arasında bulunmuştur.

Tablo 4-9: HEÇÖ, KHBA toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (N:1310)

	Maddeler	**Min-Max**	**$\bar{x}$ (ss)**	**α**
HEÇÖ	33	1,15-4,82	3,44(0,49)	0,90
Güven	7	1,00-5,00	3,38(0,94)	0,94
Ekip uyumu	9	1,00-5,00	2,70(0,72)	0,86
Destek	6	1,00-5,00	3,51(0,83)	0,84
Ekip anlayışı	7	1,00-5,00	4,17(0,61)	0,92
Ekip liderliği	4	1,00-5,00	3,88(0,96)	0,92
KHBA				
Bölüm A	21	1,37-4,00	2,93(0,87)	0,91
Bölüm B	16	1,31-4,00	3,05(0,48)	0,90
• İletişim	9	1,00-4,00	2,84(0,57)	0,88
• Malzeme kaynakları	3	1,00-4,00	3,26(0,73)	0,83
• İnsan kaynakları	4	1,00-4,00	3,37(0,53)	0,81

$\bar{x}$=Ortalama; ss: Standart sapma; α: Cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı; Min.=Mininum; Max.=Maksimum

4.2.4. KHBA'nın sayı ve yüzde dağılımlarına yönelik bulgular

KHBA'nın A bölümünde puan ortalamalarının en yüksek $\bar{x}$=3,09±1,10 ile en düşük $\bar{x}$=1,26±0,64 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Çoğunlukla karşılanmayan ilk üç hemşirelik bakımının sırasıyla; her iki saatte bir hastanın çevrilmesi ($\bar{x}$=3,09±1,10; %49,8), hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma ($\bar{x}$=3,07±1,17; %51,9) ve hastaya ağız bakımı verilmesi ($\bar{x}$=2,88±1,20; %42,9) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: Karşılanmayan hemşirelik bakımlarının dağılımı (N:1310)

İfadeler	x̄ ±ss	Uygun değil n(%)	Nadiren Verilmiyor n(%)	Bazen Verilmiyor n(%)	Sıklıkla Verilmiyor n(%)	Hiçbir zaman Verilmiyor n(%)
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	3,07±1,17	94(7,2)	196(15,0)	203(15,5)	137(10,5)	680(51,9)
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	3,09±1,10	64(4,9)	157(12,0)	230(17,6)	207(15,8)	652(49,8)
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	2,49±1,13	131(10,0)	265(20,2)	415(31,7)	157(12,0)	342(26,1)
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	1,58±0,87	347(26,5)	610(46,6)	197(15,0)	109(8,3)	47(3,6)
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	1,92±1,10	171(13,1)	579(44,2)	232(17,7)	168(12,8)	160(12,2)
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	1,77±1,05	150(11,5)	679(51,8)	196(15,0)	162(12,4)	123(9,4)
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	1,98±0,99	147(11,2)	450(34,4)	417(31,8)	163(12,4)	133(10,2)
8.Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	2,80±0,95	59(4,5)	163(12,4)	216(16,5)	575(43,9)	297(22,7)
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	2,44±1,05	102(7,8)	318(24,3)	233(17,8)	459(35,0)	198(15,1)
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	2,83±1,13	157(12,0)	207(15,8)	230(17,6)	267(20,4)	449(34,3)
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	2,53±1,06	78 (6,0)	300(22,9)	224(17,1)	464(35,4)	244(18,6)
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi	2,88±1,20	129(9,8)	223(17,0)	259(19,8)	137(10,5)	562(42,9)
13. Ellerin yıkanması	1,51±0,89	173(13,2)	793(60,5)	172(13,1)	103(7,9)	69(5,3)
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	1,96±0,85	139(10,6)	393(30,0)	491(37,5)	228(17,4)	59(4,5)
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	1,26±0,64	163(12,4)	957(73,1)	106(8,1)	65(5,0)	19(1,5)
16. Her şiftte hastanın değerlendirilmesi	1,39±0,71	92(7,0)	883(67,4)	212(16,2)	104(7,9)	19(1,5)
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	2,03±0,88	84(6,4)	360(27,5)	570(43,5)	198(15,1)	98(7,5)
18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	2,36±1,05	147(11,2)	282(21,5)	401(30,6)	261(19,9)	219(16,7)
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	1,61±0,91	114(8,7)	734(56,0)	277(21,1)	103(7,9)	82(6,3)
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	2,35±1,04	151(11,5)	276(21,1)	420(32,1)	246(18,8)	217(16,6)
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	1,67±0,82	262(20,0)	541(41,3)	342(26,1)	130(9,9)	35(2,7)

x̄=Ortalama; ss: Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde

En az karşılanmayan ilk üç hemşirelik bakımı ise sırasıyla; isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması ($\bar{x}$=1,26±0,64; %1,5), her vardiyada hastanın değerlendirilmesi ($\bar{x}$=1,39±0,71; %1,5) ve ellerin yıkanması ($\bar{x}$=1,51±0,89; %5,3) olarak bulunmuştur (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerinin dağılımı (N:1310)

İfadeler	$\bar{x}$±ss	Bakımın verilmemesi için bir neden değil n(%)	Küçük bir neden n(%)	Orta bir neden n(%)	Önemli bir neden n(%)
1.Çalışan personel sayısının yetersizliği	3,52±0,81	56(4,3)	100(7,6)	257(19,6)	897(68,5)
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	3,48±0,77	27(2,1)	148(11,3)	305(23,3)	830(63,4)
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk	3,55±0,73	47 (3,6)	44(3,4)	363(27,7)	856(65,3)
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	2,94±1,00	171(13,1)	198(15,1)	486(37,1)	455(34,7)
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	2,91±1,01	154(11,8)	273(20,8)	421(32,1)	462(35,3)
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik	3,31±0,88	85(6,5)	110(8,4)	435(33,2)	680(51,9)
7.Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	3,16±0,95	92(7,0)	232(17,7)	366(27,9)	620(47,3)
8. Önceki şiftten veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	2,91±0,94	108(8,2)	323(24,7)	461(35,2)	418(31,9)
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	2,95±0,91	99(7,6)	281(21,5)	511(39,0)	419(32,0)
10. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	3,37±0,82	53(4,0)	131(10,0)	406(31,0)	720(55,0)
11.Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	3,26±0,87	47(3,6)	234(17,9)	364(27,8)	665(50,8)
12.Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	2,93±0,95	126(9,6)	266(20,3)	490(37,4)	428(32,7)
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	2,87±0,90	103(7,9)	313(23,9)	541(41,3)	353(26,9)
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	2,81±1,00	167(12,7)	298(22,7)	460(35,1)	385(29,4)
15.Doktorlarla/Tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	3,20±0,97	120(9,2)	150(11,5)	394(30,1)	646(49,3)
16.Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması	1,65±0,97	829(63,3)	215(16,4)	166(12,7)	100(7,6)

$\bar{x}$=Ortalama; ss: Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde

KHBA'nın B bölümünde karşılanmayan hemşirelik bakımlarının nedenleri incelendiğinde; ortalamaların en yüksek $\bar{x}$=3,55±0,73 ile en düşük $\bar{x}$=1,65±0,97 arasında değiştiği belirlenmiştir. İnsan kaynakları alt boyutunda karşılanmayan hemşirelik bakımlarına neden olan en önemli etmenler "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk ($\bar{x}$=3,55±0,73)", "çalışan personel sayısının yetersizliği ($\bar{x}$=3,52±0,81)" ve "acil hasta durumu değişiklikleri ($\bar{x}$=3,48±0,77)" olarak belirlenmiştir. İletişim alt boyutunda ise en önemli KHB nedenleri sırasıyla; "hasta dağılımındaki dengesizlik ($\bar{x}$=3,31±0,88)" ve "doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu ($\bar{x}$=3,20±0,97)" olarak belirlenirken, malzeme kaynakları alt boyutunda sırasıyla; "gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması ($\bar{x}$=3,37±0,82)" ve "gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması ($\bar{x}$=3,26±0,87)" olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-11).

4.2.5. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA toplam puan ortalamaları arasındaki farklıklıklar incelendiğinde (Tablo 4-12); hemşirelerin yaşı ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir farklılık olduğu, 26 yaş ve daha genç olan hemşirelerin, 27 yaş ve üzerinde olan hemşirelere göre ($t=2,985$; $p=0,003$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B bölümü için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Cinsiyet ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p\leq0,05$) farklılığın olduğu, erkeklerin kadınlara göre ($t=2,826$; $p=0,005$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır.

Benzer şekilde meslek ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p\leq0,05$) farklılığın olduğu, hemşire unvanıyla görev yapan (ebe, hemşire yardımsıcı vb.) personelin hemşirelere göre ($t=-2,417$; $p=0,018$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri

düzeyde anlamlı (p≤0,001) farklılığın olduğu, lise ve önlisans mezunu olanların lisans ve lisansüstü mezunlarına göre (F=6,916; p=0,001) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri tespit edilmiştir.

Hemşirelerin hastanede toplam çalışma yılı ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı (p≤0,05) bir farklılık olduğu, 1 yıl ve altında çalışan hemşirelerin, 6 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelere göre (F=3,643; p=0,026) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin serviste toplam çalışma yılı ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı (p≤0,05) bir farklılık olduğu ve 1 yıl ve altında çalışan hemşirelerin, 6 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelere göre (F=3,351; p=0,035) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) bulunmuştur.

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p≤0,05; p≤0,001) farklılıkların olduğu; KHBA_A için haftalık 41 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin, 40 saat ve altında çalışanlara göre (t=-2,295; p=0,022) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için haftalık 41 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin, 40 saat ve altında çalışnalara göre (t=-4,677; p=0,000) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır.

Hemşirelerin haftalık fazla mesai saati ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) bir farklılığın olduğu; haftalık 11 saat ve üzerinde fazla mesai yapan hemşirelerin hiç fazla mesai yapmayan hemşirelere göre (t=6,624; p=0,001) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) bulunmuştur.

Hemşirelerin mevcut pozisyondaki görevinden memnuniyet düzeyi ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p≤0,05) farklılıkların olduğu; KHBA_A için “hiç memnun değilim” diyen hemşirelerin, “çok memnunum” diyenlere göre (F=2,963; p=0,019) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için “memnun değilim” diyen hemşirelerin “memnunum”

diyenlere göre (F=4,382; p=0,002) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri bulunmuştur.

Hemşirelerin görevinden bağımsız olarak hemşire olmaktan memnuniyet düzeyi ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) farklılığın olduğu ve "memnun değilim" diyen hemşirelerin "memnunum" ve "çok memnunum" diyenlere göre (F=11,236; p=0,000) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır.

Tablo 4-12: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar (N:1310)

	Değişkenler		**n**	**KHBA_A** $\bar{x}$ ±ss	**KHBA_B** $\bar{x}$ ±ss
HEMŞİRE ÖZELLİKLERİ	Yaş	26 yaş ve altı[a]	645	2,99±0,93	3,06±0,48
		27 yaş ve üzeri[b]	665	2,85±0,80	3,04±0,48
		İstatistik test		t=2,985 p=0,003* a>b	t=0,486 p=0,648
	Cinsiyet	Kadın[a]	1126	2,92±0,88	3,06±0,48
		Erkek[b]	184	2,95±0,83	2,95±0,50
		İstatistik test		t=-0,372 p=0,710	t=2,826 p=0,005* a>b
	Medeni durum	Evli	506	2,90±0,82	3,05±0,47
		Bekar	804	2,94±0,90	3,05±0,48
		İstatistik test		t=-0,876 p=0,381	t=0,219 p=0,827
	Meslek	Hemşire[a]	1232	2,92±0,87	3,04±0,48
		Diğer (Ebe vb.)[b]	78	3,03±0,93	3,16±0,42
		İstatistik test		t=-1,099 p=0,272	t=-2,417 p=0,018* b>a
	Eğitim durumu	Lise ve Önlisans	248	2,97±0,89	3,15±0,44
		Lisans	894	2,93±0,89	3,04±0,48
		Lisansüstü	168	2,83±0,74	2,99±0,50
		İstatistik test		F=1,470 p=0,230	F=6,916 p=0,001** a> b,c
	Çalışma pozisyonu	Hemşire	1217	2,92±0,87	3,06±0,48
		Birim sorumlu hemşiresi	93	2,87±0,85	2,98±0,48
		İstatistik test		t=0,640 p=0,522	t=1,376 p=0,169
	Çalışma şekli	Vardiya	1117	2,93±0,88	3,05±0,48
		Sürekli gündüz	193	2,88±0,84	3,05±0,47
		İstatistik test		t=0,818 p=0,414	t=-0,136 p=0,892
	Kadro	Sözleşmeli	899	2,94±0,88	3,05±0,47
		Kadrolu	411	2,89±0,85	3,03±0,48
		İstatistik test		t=0,985 p=0,325	t=1,049 p=0,294
	Meslekte toplam çalışma yılı	≤ 1 yıl	193	2,98±0,97	2,90±0,68
		2-4 yıl	425	2,96±0,90	2,97±0,55
		5-9 yıl	334	2,91±0,77	3,00±0,68
		≥ 10 yıl	358	2,87±0,87	3,02±0,45

		İstatistik test		F=0,877 p=0,453	F=2,096 p=0,099
Hastanede toplam çalışma yılı	≤ 1 yıl[a]		302	2,99±0,92	2,92±0,66
	2-5 yıl[b]		566	2,87±0,89	2,98±0,59
	≥ 6 yıl[c]		442	2,82±0,87	3,02±0,51
		İstatistik test		F=3,643 p=0,026* a>c	F=2,661 p=0,070
Serviste toplam çalışma yılı	≤ 1 yıl[a]		362	2,96±0,93	2,93±
	2-5 yıl[b]		610	2,88±0,87	3,00±
	≥ 6 yıl[c]		338	2,79±0,87	3,02
		İstatistik test		F=3,351 p=0,035* a>c	F=2,551 p=0,078
Haftalık çalışma saati	≤ 40 saat[a]		515	2,81±0,78	2,94±0,52
	≥ 41 saat[b]		795	2,92±0,88	3,07±0,46
		İstatistik test		t=-2,295 p=0,022* b>a	t=-4,677 p=0,000** b>a
Haftalık fazla mesai saati	Fazla mesai yok[a]		476	2,76±0,79	3,06±0,47
	1-10 saat[b]		444	2,87±0,81	3,04±0,45
	≥ 11 saat[c]		390	2,96±0,83	3,05±0,52
		İstatistik test		F=6,624 p=0,001** c>a	F=0,418 p=0,658
İşe devamsızlık (gün)	Devamsızlık yok		1007	2,94±0,87	3,05±0,48
	1-2 gün		163	2,77±0,87	3,05±0,46
	≥ 3 gün		140	2,97±0,89	3,02±0,50
		İstatistik test		F=2,891 p=0,056	F=0,241 p=0,786
Ekip çalışmasına yönelik eğitim	Evet		787	2,80±0,91	3,00±0,49
	Hayır		523	2,82±0,87	3,06±0,48
		İstatistik test		t=-0,489 p=0,625	t=-1,891 p=0,059
Bakım kaçırma	Evet		747	2,93±0,87	3,04±0,47
	Hayır		563	2,91±0,87	3,06±0,49
		İstatistik test		t=0,400 p=0,689	t=-0,956 p=0,339
Mevcut pozisyondaki görevinden memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]		65	2,97±0,69	3,10±0,45
	Memnun değilim[b]		127	2,91±0,72	3,12±0,50
	Bazen memnunum[c]		355	2,90±0,86	3,06±0,47
	Memnunum[d]		628	2,89±0,85	2,97±0,50
	Çok memnunum[e]		135	2,65±0,68	3,02±0,49
		İstatistik test		F=2,963 p=0,019* a>e	F=4,382 p=0,002* b>d
Hemşire olmaktan memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]		55	2,98±0,71	3,09±0,38
	Memnun değilim[b]		195	2,92±0,76	3,21±0,40
	Bazen memnunum[c]		303	2,83±0,74	3,05±0,50
	Memnunum[d]		580	2,85±0,85	2,96±0,48
	Çok memnunum[e]		177	2,75±0,74	2,98±0,47
		İstatistik test		F=1,477 p=0,207	F=11,236 p=0,000** b>d,e

*p≤0,05; **p≤0,001; x̄=Ortalama; ss=Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; F: Tek yönlü varyans analizi; t= Bağımlı gruplarda t testi
KHBA_A= Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) A Bölümü
KHBA_B= Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) B Bölümü
Gruplar arasındaki farkları incelemede ileri analiz için Scheffe testi kullanılmıştır.

Hemşire özelliklerinden medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışma şekli, kadro durumu, meslekte toplam çalışma yılı, son üç ay içinde işe devamsızlık gün sayısı, ekip çalışmasına yönelik herhangi bir eğitim alma durumu ve meslek hayatı boyunca sorumlu olduğu bakımı en az bir kez kaçırma durumu değişkenleri ile KHBA_A ve KHBA_B bölümü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4.2.6. Hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar

Hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri çalışılan hastane ve servis özellikleri olarak iki alt başlıkta ele alınmıştır.

- **Hemşirelerin çalıştıkları hastane özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar**

Hemşirelerin çalıştıkları hastane özellikleri ile KHBA toplam puan ortalamaları arasındaki farklıklıklar incelendiğinde (Tablo 4-13); hastane grupları ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p\leq0,05$; $p\leq0,001$) farklılıkların olduğu, KHBA_A için üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre ($F=3,879$; $p=0,021$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre ($F=12,867$; $p=0,000$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır.

Hastanelerin yatak kapasitesi ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p\leq0,001$) farklılıkların olduğu; KHBA_A için yatak sayısı 250 ve altında olan hastanelerde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre ($F=12,097$; $p=0,000$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için 250 yatak ve altında yatak kapasitesi olan hastanelerde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre ($F=15,315$; $p=0,000$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri belirlenmiştir.

Hastanelerin JCI akreditasyon özelliği ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=0,660$; $p=0,510$). Fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması ile istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p\leq0,001$) bir farklılık olduğu, JCI akreditasyonu olan hastanelerde çalışan hemşirelerin, JCI

akreditasyonu olmayan hastanelerde çalışan hemşirelere göre (t=-3,199; p=0,001) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri tespit edilmiştir.

Tablo 4-13: Hemşirelerin çalıştıkları hastane özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar (N:1310)

Değişkenler			n	KHBA_A $\bar{x}$ ±ss	KHBA_B $\bar{x}$ ±ss
HASTANE ÖZELLİKLERİ	Hastane grubu	Kamu[a]	422	2,88±0,41	2,96±0,50
		Üniversite[b]	379	2,95±0,43	3,12±0,46
		Özel[c]	509	2,93±0,40	3,08±0,50
		İstatistik test		F=3,879 p=0,021* b>a	F=12,867 p=0,000** a<b, c
	Yatak kapasitesi	<250 yatak[a]	237	3,09±0,91	3,20±0,44
		250-500 yatak[b]	344	2,75±0,76	3,04±0,45
		>500 yatak[c]	729	2,96±0,89	3,1±0,49
		İstatistik test		F=12,097 p=0,000** a>b, c	F=15,315 p=0,000** a> b, c
	JCI akreditasyonu	JCI yok[a]	801	2,94±0,88	3,02±0,49
		JCI var[b]	509	2,91±0,87	3,10±0,45
		İstatistik test		t=0,660 p=0,510	t=-3,199 p= 0,001** b>a
	Kurumun maaş uygulamasından memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]	374	3,00±0,40	3,11±0,45
		Memnun değilim[b]	369	2,88±0,39	3,07±0,50
		Bazen memnunum[c]	311	2,87±0,41	3,03±0,50
		Memnunum[d]	223	2,94±0,44	2,95±0,54
		Çok memnunum[e]	33	2,86±0,36	3,13±0,43
		İstatistik test		F=5,910 p=0,000** a>c	F=4,219 p=0,002* a>d
	Kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]	121	3,39±0,80	3,09±0,43
		Memnun değilim[b]	230	2,93±0,79	3,13±0,42
		Bazen memnunum[c]	476	2,94±0,89	3,09±0,46
		Memnunum[d]	401	2,83±0,85	2,97±0,53
		Çok memnunum[e]	82	2,98±1,04	3,00±0,45
		İstatistik test		F=9,622 p=0,000** a> b, c, d, e	F=6,722 p=0,000** b, c>d
	Kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]	180	3,19±0,84	3,08±0,44
		Memnun değilim[b]	297	2,98±0,85	3,10±0,45
		Bazen memnunum[c]	440	2,93±0,87	3,07±0,47
		Memnunum[d]	327	2,82±0,85	2,97±0,52
		Çok memnunum[e]	66	2,97±1,06	3,00±0,46
		İstatistik test		F=5,479 p=0,000** a> c, d	F=3,669 p=0,006* b>d

*p≤0,05; **p≤0,001; x̄= Ortalama; ss=Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; F: Tek yönlü varyans analizi; t= Bağımlı gruplarda t testi; JCI: Uluslararası Ortak Komisyon
KHBA_A= Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) A Bölümü
KHBA_B= Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) B Bölümü
Gruplar arasındaki farkları incelemede ileri analiz için Scheffe testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin kurumun maaş uygulamasından memnuniyet düzeyi ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p\leq0,05$; $p\leq0,001$) farklılıkların olduğu; KHBA_A için kurumun maaş uygulamasından hiç memnun olmayan hemşirelerin, bazen memnun olanlara göre ($F=5,910$; $p=0,000$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için kurumun maaş uygulamasından hiç memnun olmayan hemşirelerin, memnun olanlara göre ($F=4,219$; $p=0,002$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri bulunmuştur.

Hemşirelerin kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet düzeyi ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p\leq0,001$) farklılıkların olduğu; KHBA_A için hiç memnun olmayan hemşirelerin diğerlerine göre ($F=9,622$; $p=0,000$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için memnun değilim diyen hemşirelerin memnunum ve bazen memnunum diyenlere göre ($F=6,722$; $p=0,000$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır.

Hemşirelerin kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet düzeyi ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p\leq0,05$; $p\leq0,001$) farklılıkların olduğu; KHBA_A için hiç memnun değilim diyen hemşirelerin bazen memnunum ve memnunum diyenlere göre ($F=5,479$; $p=0,000$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve memnun değilim diyen hemşirelerin memnunum diyenlere göre ($F=3,669$; $p=0,006$) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri belirlenmiştir.

- **Hemşirelerin çalıştıkları servis özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar**

Hemşirelerin çalıştıkları servis özellikleri ile KHBA toplam puan ortalamaları arasındaki farklıklıklar incelendiğinde (Tablo 4-14); servis grubu ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p\leq0,001$) farklılıkların olduğu, KHBA_A için cerrahi servisler ile dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakım ve kadın doğum servislerinde çalışan hemşirelere göre ($F=10,204$; $p=0,000$) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları, ayrıca acil birimlerde çalışan hemşirelerin kadın doğum servislerinde çalışan hemşirelere göre yine bakımları daha fazla kaçırdığı bulunmuştur. KHBA_B bölümü puan ortalaması için ise yoğun bakım, cerrahi, dahiliye ve acil servislerinde çalışan hemşirelerin kadın doğum, FTR ve onkoloji

servislerinde çalışan hemşirelere göre (F=11,209; p=0,000) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları servisin yatak sayısı ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) farklılıkların olduğu, KHBA_A için 30 yatak ve üzerinde yatak kapasitesi olan servislerde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre (F=18,158; p=0,000) hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için 30 yatak ve üzerinde yatak kapasitesi olan servislerde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre (F=10,912; p=0,000) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır.

Hemşirelerin mesai saatlari içinde bakım verdikleri ortalama hasta sayısı ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) farklılık olduğu, 11 ve üzerinde hastaya bakım veren hemşirelerin, 1-3 hastaya bakım veren hemşirelere göre (F=5,117; p=0,000) bakımları daha fazla kaçırdıkları fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) bir farklılık olduğu, 10 ve üzerinde hastaya bakım veren hemşirelerin, 1-3 hastaya bakım veren hemşirelere göre bakımları daha fazla kaçırdıkları (F=14,85; p=0,000) fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları serviste kullanılan bakım kayıt yöntemi ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı (p≤0,05) farklılık olduğu, bakımların elle yapıldığı servislerde çalışan hemşirelerin, elektronik olarak yapılan servislerde çalışan hemşirelere göre bakımları daha fazla kaçırdıkları (t=2,245; p=0,025) fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları servisin hemşire sayısı yeterliliği algısı ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) farklılık olduğu, servisindeki hemşire sayısını hiç yeterli görmeyen hemşireler ile %25 ve altında yeterli gören hemşirelerin, %75 ve üzerinde yeterli görenler ile %100 yeterli gören

hemşirelere göre (F=8,433; p=0,000) bakımları daha fazla kaçırdıkları saptanmıştır. KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları servisteki ekip çalışması uyumundan memnuniyet düzeyi ile KHBA_A bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) farklılık olduğu, memnun değilim diyen hemşirelerin, çok memnunum diyenlere göre (F=4,900; p=0,001) bakımları daha fazla kaçırdıkları fakat KHBA_B bölümü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet düzeyi ile KHBA_A ve KHBA_B bölümlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p≤0,05; p≤0,001) farklılıkların olduğu, KHBA_A için hiç memnun değilim diyen hemşirelerin, çok memnunum diyenlere göre (F=3,417; p=0,009) bakımları daha fazla kaçırdıkları ve KHBA_B için hiç memnun değilim diyen hemşirelerin, çok memnunum diyenlere göre (F=5,002; p=0,001) servislerindeki KHB nedenlerini daha fazla önemli gördükleri saptanmıştır. Hemşirelerin servis özelliklerinden son vardiyada bakım verilen hasta sayısı, serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı ve servisteki ekip üyeleri arasındaki iletişim değişkenleri ile KHBA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4-14: Hemşirelerin çalıştıkları servis özellikleri ile KHBA arasındaki farklılıklar (N:1310)

Değişkenler			n	KHBA_A $\bar{x}$ ±ss	KHBA_B $\bar{x}$ ±ss
SERVİS ÖZELLİKLERİ	Servis grubu	Yoğun bakımlar[a]	425	2,65±0,72	3,03±0,53
		Cerrahi birimler[b]	417	2,93±0,73	3,06±0,41
		Dahiliye birimleri[c]	222	2,88±0,70	3,05±0,45
		Acil birimler[d]	44	3,06±0,93	3,12±0,38
		Kadın-doğum[e]	81	2,48±0,68	2,80±0,53
		FTR[f]	37	2,59±0,92	2,73±0,35
		Onkoloji[g]	84	2,69±0,65	2,4±0,44
		İstatistik test		F=10,204 p=0,000** b,c> a,e d>e	F=11,209 p=0,000** a,b,c,d>e,f,g
	Servis yatak sayısı	15 yatak ve altı[a]	472	2,72±0,67	2,81±0,65
		16-29 yatak[b]	576	2,77±0,76	2,90±0,59
		30 yatak ve üzeri[c]	262	3,07±0,99	3,02±0,49
		İstatistik test		F=18,158 p=0,000** c>a,b	F=10,912 p=0,000** c>a,b
	Mesai saatleri	1-3 hasta[a]	341	2,66±0,78	2,85±0,68
		4-6 hasta[b]	359	2,86±0,78	2,81±0,76

içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı	7-10 hasta[c]	187	2,88±0,76	2,85±0,76
	11-19 hasta[d]	214	2,91±0,89	2,82±0,69
	20 ve üzeri hasta[e]	209	2,91±0,87	2,94±0,58
	İstatistik test		F=5,117 p=0,000** d,e>a	F=1,337 p=0,254
Son vardiyada bakım verilen hasta sayısı	1-2 hasta	287	2,93±0,93	2,96±0,57
	3-5 hasta	422	2,88±0,79	3,03±0,45
	6-10 hasta	234	2,99±0,95	2,99±0,47
	11 hasta ve üzeri	367	2,93±0,86	3,01±0,44
	İstatistik test		F=0,981 p=0,401	F=1,008 p=0,388
Serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı	1-3 hasta[a]	427	2,60±0,92	2,95±0,60
	4-9 hasta[b]	530	2,81±0,82	2,98±0,61
	10 hasta ve üzeri[c]	353	2,94±0,88	3,04±0,44
	İstatistik test		F=14,85 p=0,000** c>a	F=2,594 p=0,075
Serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı	1-7 gün	524	2,82±0,91	2,96±0,63
	8-15 gün	442	2,83±0,82	2,98±0,55
	16 gün ve üzeri	344	2,89±0,85	3,02±0,50
	İstatistik test		F=0,623 p=0,537	F=1,436 p=0,238
Servisteki bakım kayıt yöntemi	Elle[a]	869	2,98±0,89	3,05±0,48
	Elektronik[b]	441	2,84±0,83	3,04±0,48
	İstatistik test		t=2,245 p=0,025* a>b	t=0,275 p=0,783
Servisteki ekip üyeleri arasında iletişim	Çok kötü	137	2,96±0,79	3,01±0,42
	Kötü	83	2,98±0,54	3,00±0,59
	Normal	287	2,85±0,96	2,93±0,55
	İyi	575	2,86±0,87	2,95±0,61
	Çok iyi	228	2,88±0,76	2,87±0,68
	İstatistik test		F=0,785 p=0,535	F=1,535 p=0,190
Servisteki hemşire sayısı yeterliliği algısı	Hiç yeterli değil[a]	414	2,92±0,89	3,07±0,45
	≤%25 yeterli[b]	222	2,99±0,87	2,98±0,52
	%50 yeterli[c]	372	2,74±0,90	3,03±0,45
	≥%75 yeterli[d]	177	2,62±0,89	2,99±0,56
	%100 yeterli[e]	125	2,57±0,87	2,97±0,53
	İstatistik test		F=8,433 p=0,000** a,b>d,e	F=2,199 p=0,067
Servisteki ekip çalışması uyumundan memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]	52	2,87±0,41	3,04±0,68
	Memnun değilim[b]	92	2,90±0,38	2,96±0,59
	Bazen memnunum[c]	397	2,76±0,99	2,94±0,56
	Memnunum[d]	597	2,68±0,93	2,85±0,65
	Çok memnunum[e]	172	2,48±0,77	2,91±0,55
	İstatistik test		F=4,900 p=0,001** b>e	F=2,299 p=0,057
Servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet	Hiç memnun değilim[a]	92	2,98±0,99	3,08±0,74
	Memnun değilim[b]	101	2,88±0,87	3,01±0,57
	Bazen memnunum[c]	355	2,72±0,91	2,96±0,65

Memnunum[d]	527	2,71±0,99	2,97±0,53
Çok memnunum[e]	235	2,60±0,90	2,80±0,72
İstatistik test		F=3,417 p=0,009* a>e	F=5,002 p=0,001** a>e

*p≤0,05; **p≤0,001; x̄=Ortalama; ss=Standart sapma; n=Sayı; %=Yüzde; F: Tek yönlü varyans analizi; t= Bağımlı gruplarda t testi; FTR: Fizik tedavi ve rehabilitasyon
KHBA_A= Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) A Bölümü
KHBA_B= Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) B Bölümü
Gruplar arasındaki farkları incelemede ileri analiz için Scheffe testi kullanılmıştır.

4.2.7. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki ilişki

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinden sürekli değişken konumundaki bazı özellikleri ile KHBA toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle incelenmiş olup Tablo 4-15 ve Tablo 4-16'da sunulmuştur.

Tablo 4-15: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile KHBA arasındaki ilişki (N:1310)

		KHBA_A	KHBA_B
KHBA_B	r	0,134**	
	p	0,000	
Yaş	r	-0,207**	0,019
	p	0,000	0,490
Meslekte TÇY	r	-0,224**	0,036
	p	0,000	0,193
Hastanede TÇY	r	-0,214**	0,036
	p	0,000	0,195
Serviste TÇY	r	-0,198**	0,068*
	p	0,000	0,014
Bakım verilen hasta sayısı[a]	r	0,117**	0,024
	p	0,000	0,388
Hemşire hasta oranı	r	0,214**	0,040
	p	0,000	0,145
Haftalık çalışma saati	r	0,191**	0,130**
	p	0,000	0,000
Haftalık fazla mesai saati	r	0,030	0,005
	p	0,280	0,855

[a]Tek mesai içinde; TÇY: Toplam çalışma yılı; *p≤0,05; **p≤0,001; r:Pearson korelasyon kat sayısı

Tablo 4-15 incelendiğinde; KHBA_A ile yaş (r=- 0,207); meslekte toplam çalışma yılı (r=- 0,224); hastanede toplam çalışma yılı (r=- 0,214) ve serviste toplam çalışma yılı (r=- 0,198) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. KHBA_A ile anketin B bölümü (r=0,134), mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı (r=0,117), hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı (r=0,214) ve haftalık çalışma saati (r=0,191) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca KHBA_B ile serviste toplam çalışma yılı (r=0,068) arasında istatistiksel açıdan anlamlı (p<0,05) pozitif yönde bir ilişki olduğu, haftalık çalışma saati (r=0,130) arasında ise istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4-16 incelendiğinde ise, KHBA_A ile mevcut pozisyondan memnuniyet (r=- 0,148); hemşire olmaktan memnuniyet (r=-0,104); servisteki ekip çalışmasından memnuniyet (r=-0,169); kurumun maaş uygulamasından memnuniyet (r=-0,122); servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet (r=-0,110); kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=-0,143) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=-0,116) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

KHBA_B ile mevcut pozisyondan memnuniyet (r=-0,133), hemşire olmaktan memnuniyet (r=-0,156), servisteki ekip çalışmasından memnuniyet (r=-0,146), servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet (r=-0,134) ve kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=-0,119) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001); kurumun maaş uygulamasından memnuniyet (r=-0,085) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=-0,085) arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı (p≤0,05) negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Mevcut pozisyondan memnuniyet ile hemşire olmaktan memnuniyet (r=0,631), servisteki ekip çalışmasından memnuniyet (r=0,515), kurumun maaş uygulamasından memnuniyet (r=0,315), servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet (r=0,530), kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=0,482) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=0,406) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 4-16: Hemşirelerin memnuniyet düzeyleri ile KHBA arasındaki ilişki (N:1310)

		KHBA_A	1	2	3	4	5	6	7
1	**r**	0,134**							
	p	0,000							
2	**r**	-0,148**	-0,133**						
	p	0,000	0,000						
3	**r**	-0,104**	-0,156**	0,631**					
	p	0,000	0,000	0,000					
4	**r**	-0,169**	-0,146**	0,515**	0,440**				
	p	0,000	0,000	0,000	0,000				
5	**r**	-0,122**	-0,085*	0,315**	0,334**	0,256**			
	p	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000			
6	**r**	-0,110**	-0,134**	0,530**	0,426**	0,482**	0,278**		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
7	**r**	-0,143**	-0,119**	0,482**	0,404**	0,372**	0,451**	0,489**	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
8	**r**	-0,116**	-0,085**	0,406**	0,321**	0,272**	0,462**	0,365**	0,689**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

1: KHBA_B; 2: Mevcut pozisyondan memnuniyet; 3:Hemşire olmaktan memnuniyet; 4:Servisteki ekip çalışmasından memnuniyet; 5: Kurumun maaş uygulamasından memnuniyet; 6:Servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet; 7:Kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet; 8: Kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet
*p<0,05; **p≤0,001; r:Pearson korelasyon kat sayısı

Hemşire olmaktan memnuniyet ile servisteki ekip çalışmasından memnuniyet (r=0,440), kurumun maaş uygulamasından memnuniyet (r=0,334), servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet (r=0,426), kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=0,404) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=0,321) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Servisteki ekip çalışmasından memnuniyet ile kurumun maaş uygulamasından memnuniyet (r=0,256), servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet (r=0,482), kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=0,372) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=0,272) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Kurumun maaş uygulamasından memnuniyet ile servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet (r=0,278), kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=0,451) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=0,462) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet ile kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=0,489) ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=0,365) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet (r=0,489) ile kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet (r=0,689) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

4.2.8. Hemşirelerin HEÇÖ ile KHBA toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

HEÇÖ ile KHBA arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle incelenmiş olup Tablo 4-17'de sunulmuştur. Buna göre, KHBA_A ile HEÇÖ (r=-0,487) ve alt boyutları olan güven (r=-0,364); ekip uyumu (r=-0,113); destek (r=-0,342); ekip anlayışı (r=-0,385) ve ekip liderliği (r=-0,354) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-17: Hemşirelerin HEÇÖ ile KHBA toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki (N:1310)

		KHBA_A	KHBA_B	Güven	Ekip uyumu	Destek	Ekip anlayışı	Ekip liderliği
Güven	**r**	-0,364**	-0,255**					
	p	0,000	0,000					
Ekip uyumu	**r**	-0,113**	0,081*	-0,169**				
	p	0,000	0,003	0,000				
Destek	**r**	-0,342**	-0,284**	0,620**	-0,265**			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000			
Ekip anlayışı	**r**	-0,385**	-0,282**	0,663**	-0,266**	0,715**		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Ekip liderliği	**r**	-0,354**	-0,160**	0,426**	-0,158**	0,561**	0,593**	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
HEÇÖ	**r**	-0,487**	-0,285**	0,801**	0,140**	0,778**	0,811**	0,675**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*p<0,05; **p≤0,001; r:Pearson korelasyon kat sayısı

KHBA_B ile HEÇÖ (r=-0,285) ve alt boyutları olan güven (r=-0,255); destek (r=-0,284); ekip anlayışı (r=-0,282) ve ekip liderliği (r=-0,160) arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı (p≤0,001) negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. KHBA_B ile ekip uyumu (r=0,081) alt boyutu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı (p≤0,05) pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca, HEÇÖ'nun alt boyutlarının birbirleri ve toplam ile

arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ($p \leq 0,001$) pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmektedir.

4.2.9. Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler

Karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyini yordamada ilgili etmenlerin katkılarını belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır (Tablo 4-18). Bu kapsamda toplam dört model oluşturulmuştur.

İlk modelde basit doğrusal regresyon analizi ile hemşirelerin HEÇÖ toplam puanının KHBA_A bölümü toplam puanı üzerine etkisi incelenmiştir. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,63) ve Varyans Enflasyon Faktörü (VIF) (1) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Oluşturulan bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modeli oluşturan HEÇÖ puanının tek başına, KHBA_A bölümü puanına ait varyansın %23,6'sını açıkladığı saptanmıştır ($F=406,138$; $p<0,001$; Düzeltilmiş $R^2=0,236$). HEÇÖ puanındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,564 birim azaltmaktadır.

İkinci modelde Enter methodu seçilerek HEÇÖ'nun alt boyutları (güven, ekip uyumu, destek, ekip anlayışı ve ekip liderliği) çoklu doğrusal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,64) ve VIF (1,09-2,74) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Analiz sonucunda beş alt boyut da modelde kalmıştır. Oluşturulan bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modeli oluşturan güven, ekip uyumu, destek, ekip anlayışı ve ekip liderliği alt boyut puanlarının hep birlikte KHBA_A bölümü puanına ait varyansın %24'ünü açıkladığı belirlenmiştir ($F=83,766$; $p<0,001$; Düzeltilmiş $R^2=0,240$). Güven alt boyutu puanındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,160 birim; ekip uyumu alt boyutu puanındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,237 birim; destek alt boyutu puanındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,079 birim; ekip anlayışı alt boyutu puanındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,185 birim ve ekip liderliği alt boyutu puanındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,169 birim azaltmaktadır. En önemli değişkenler sırasıyla ekip uyumu, ekip anlayışı, ekip liderliği, güven ve destektir.

Tablo 4-18: Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler (N:1310)

Model		B	Standart hata	β	t	p	Durbin Watson	VIF
1[a]	(Sabit)	4,216	0,091		46,131	0,000**	1,630	1
	HEÇÖ	-0,564	0,028	-0,487	-20,153	0,000**		
	R^2=0,237; Düzeltilmiş R^2=0,236; F=406,138; p=0,000**							
2[b]	(Sabit)	4,304	0,098		43,850	0,000**	1,642	
	Güven	-0,105	0,022	-0,160	-4,781	0,000**		1,093
	Ekip uyumu	-0,186	0,020	-0,237	-9,418	0,000**		2,385
	Destek	-0,056	0,026	-0,079	-2,113	0,035*		2,740
	Ekip anlayışı	-0,138	0,030	-0,185	-4,633	0,000**		1,642
	Ekip liderliği	-0,109	0,020	-0,169	-5,480	0,000**		1,941
	R^2=0,243; Düzeltilmiş R^2=0,240; F=83,766; p=0,000**							
3[b]	(Sabit)	2,751	0,241		11,412	0,000**	1,107	
	Yaş	0,004	0,011	0,028	0,364	0,716		7,922
	Meslekte toplam çalışma yılı	-0,024	0,012	-0,176	-2,084	0,037*		9,882
	Hastanede toplam çalışma yılı	-0,006	0,012	-0,038	-0,544	0,587		6,723
	Serviste toplam çalışma yılı	-0,011	0,011	-0,056	-1,057	0,291		3,800
	R^2=0,053; Düzeltilmiş R^2=0,050; F=18,215; p=0,000**							
4[b]	(Sabit)	0,197	0,209		0,945	0,345	1,302	
	Hasta sayısı-1	-0,003	0,003	-0,047	-1,087	0,277		2,806
	Hasta sayısı-2	0,005	0,005	0,048	1,030	0,303		3,237
	Hasta sayısı-3	0,055	0,007	0,300	7,982	0,000**		2,091
	Gün sayısı-1	0,003	0,002	0,042	1,596	0,111		1,025
	Gün sayısı-2	0,043	0,004	0,285	10,309	0,000**		1,132
	Çalışma saati-1	-0,001	0,003	-0,01	-0,388	0,698		1,038
	Çalışma saati-2	0,006	0,007	0,021	0,804	0,422		1,002
	R^2=0,122; Düzeltilmiş R^2=0,117; F=25,726; p=0,000**							

Bağımlı değişken=KHBA_A bölümü puanı; *p<0,05; **p<0,001; VIF= Varyans Enflasyon Faktörü
Durbin Watson= Otokorelasyon kat sayısı

[a]Doğrusal regresyon analizi; [b]Çoklu doğrusal regresyon analizi

R^2=Belirlilik kat sayısı; Düzeltilmiş R^2=Düzeltilmiş belirlilik kat sayısı; B=Standardize edilmemiş beta değeri; β=Standardize edilmiş beta değeri**;** t=Değişkenin anlamlılığı; F=Modelin anlamlılığı

Hasta sayısı 1=Mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı; Hasta sayısı 2=Son vardiyada bakım verilen hasta sayısı; Hasta sayısı 3=Serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı; Gün sayısı 1=Serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı; Gün sayısı 2=Son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı; Çalışma saati 1=Haftalık ortalama çalışma saati; Çalışma saati 2=Haftalık ortalama fazla mesai saati

Üçüncü modelde yine Enter methodu seçilerek hemşirelerin yaş, meslekte toplam çalışma yılı, hastanede toplam çalışma yılı ve serviste toplam çalışma yılı değişkenleri çoklu doğrusal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,11) ve VIF (3,80-9,88) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Analiz sonucunda modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu fakat meslekte toplam çalışma yılı hariç diğer değişkenlerin KHBA_A puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Modelde yer alan değişkenlerin birlikte KHBA_A bölümü puanına ait varyansın %5'ini açıkladığı saptanmıştır ($F=18,215$; $p<0,001$; Düzeltilmiş $R^2=0,050$). Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,176 birim azaltmaktadır.

Dördüncü modelde yine Enter methodu seçilerek hemşirelerin mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı, son vardiyada bakım verilen ortalama hasta sayısı, serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı, serviste hastaların ortalama yatış gün sayısı, son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı, haftalık ortalama çalışma saati ve haftalık ortalama fazla mesai saati değişkenleri çoklu doğrusal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon modeli için olası oto korelasyon ve çoklu bağlantı varlığı, Durbin Watson istatistiği (1,30) ve VIF (1,00-3,24) ile değerlendirilerek, regresyon analizinin temel gereksinimlerinin karşılandığı doğrulanmıştır. Analiz sonucunda modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu fakat serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ve son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı hariç diğer etmenlerin KHBA_A bölümü puanına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Modelde yer alan değişkenlerin birlikte KHBA_A bölümü puanına ait varyansın %11,7'sini açıkladığı saptanmıştır ($F=25,726$; $p<0,001$; Düzeltilmiş $R^2=0,117$). Serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısındaki bir birimlik artış KHBA_A bölümü puanını 0,300 birim ve son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısındaki bir birimlik artış ise KHBA_A bölümü puanını 0,285 birim arttırmaktadır.

5. TARTIŞMA

Alan yazında yer alan araştırmalar, Schubert ve arkadaşlarının (2008) çalışmasına benzer şekilde hemşirelik bakım unsurlarının eksik kalmasının olumsuz hasta sonuçları ile sonuçlandığını göstermektedir. Örneğin, çoğu araştırmada hemşirelerin sıklıkla kaçırdığı belirlenen hasta mobilizasyonunun eksik kalması veya yapılmaması; yeni başlangıçlı deliryum (Kamel ve ark. 2003), pnömoni (Rasmussen ve ark. 2004), gecikmiş yara iyileşmesi (Whitney ve Parkman 2004), basınç ülserleri (Bansal ve ark. 2005), hastanede kalış süresinin uzaması (Mundy ve ark. 2003; Whitney ve Parkman 2004), artmış ağrı ve rahatsızlık (Schubert ve ark. 2008), yorgunluk (Pasero ve Belden 2006) ve fiziksel sakatlık (Yohannes ve Connolly 2003) ile ilişkili bulunmuştur. Görüldüğü gibi hemşirelik bakımlarının eksik kalması veya karşılanmaması hasta güvenliği ve tıbbi hatalar yönünden büyük risk oluşturmaktadır. Kısaca, karşılanmayan hemşirelik bakımlarının, tıbbi hataların buz dağının görünmeyen kısmını oluşturan önemli etmenlerden biri olduğu söylenebilir. Dolayısıyla hasta güvenliğinin arttırılması ve tıbbi hataların azaltılması için karşılanmayan hemşirelik bakımlarının önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Karşılanmayan hemşirelik bakımlarının önlenebilmesi için öncelikle, mevcut durumun ve ortaya çıkmasına neden olan etmenlerin araştırılması gerekmektedir. Bu konuda uluslararası alan yazında birçok araştırma yapılmış iken Türkiye'de bu konuda tek bir araştırma makalesine rastlanmıştır (Kalisch ve ark. 2012a). Bu bağlamda bu çalışmada, karşılanmayan hemşirelik bakımlarının mevcut durumu, nedenleri ve etkileyen etmenlerinin geniş bir örneklem üzerinde incelenerek ulusal alan yazına bu konuda katkı sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca bu durumu etkileyen önemli etkenlerden olan hemşirelikte ekip çalışmasının belirlenebilmesi için "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır.

Araştırmanın tartışma bölümü, araştırma soruları ve bulgular bölümünde yer alan ana başlıklar doğrultusunda ele alınmıştır.

5.1. HEÇÖ'nun uyarlama çalışmasına ilişkin bulguların tartışılması

Etkili bir ekip çalışmasının hem hasta sonuçları hem de hemşireler üzerinde olumlu etkileri vardır (Jones ve ark. 2015; Bragadóttir ve ark. 2017; Griffiths ve ark. 2018b). İletişim ve ekip çalışması, güvenli bakımın sağlanması için önemlidir (Leonard ve Frankel 2011). Ayrıca, Avrupa'da 28,561 hemşireyle yapılan bir araştırmada ekip çalışmasının hemşirelerin

meslekten ayrılma kararları, iş tatmini, bakım kalitesi ve tükenmişlikleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Estryn-Behar ve ark. 2007). Sağlık alanında kalite çıktıları için çok önemli olan pek çok değişken (hasta güvenliği, tıbbi hatalar, ölüm oranı vb.) üzerinde etkili olan ekip çalışmasının mevcut durumunun saptanması ve geliştirilebilmesi için geçerli ve güvenilir bir araca gereksinim vardır. Alan yazında sağlık ekipleri arasındaki ekip çalışmasını ölçen çeşitli araçlar mevcut iken (Ulusoy ve Tokgöz 2009; Lafçı ve ark. 2016) hemşirelik disiplinine özgü hemşirelerin kendi arasındaki ekip çalışmasını ölçen geçerli ve güvenilir Türkçe araç bulunmamaktadır.

Araştırmanın ilk aşamasında hemşirelik disipline özgü ekip çalışmasını ölçen bir araç ihtiyacı doğrultusunda ulusal alan yazın taraması yapılmıştır. Sonuç olarak, Türkiye'de hemşirelerin kendi aralarındaki ekip çalışmasını değerlendirmek için geliştirilmiş herhangi bir araç olmadığı belirlenmiştir. Daha sonra uluslararası alan yazın taraması sonucunda bulunan Kalisch ve ark. (2010a) tarafından geliştirilen HEÇÖ içerik ve kapsam olarak Türk hemşireleri için uygun bulunmuştur. Ölçeğin başka dillerde uyarlanmış olması ve araştırmalarda sıklıkla kullanılıyor olması da dikkate alınmıştır. Ölçek daha önce İzlanda hemşireleri üzerinde adapte edilmiş ve çalışma sonucunda 33 madde ve 5 alt boyuttan oluşan ölçeğin İzlanda hemşirelerinin ekip çalışmasını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda da herhangi bir madde atılmadan 33 madde ve 5 alt boyutlu yapıda HEÇÖ'nun Türk hemşirelerinin ekip çalışmasını ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur.

Dil geçerliliğini sağlamak için, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Test Komisyonu tarafından önerilen farklı dillerde geliştirilen araçların uyarlanması ile ilgili yöntemler uygulanmıştır (Çapık ve ark. 2018; ITC 2018; WHO 2019). Bu bağlamda kapsam geçerlik analizi yapılmıştır (Polit ve Beck 2012). Ölçeğin kapsam geçerliğini test etmek için 16 uzman ölçek maddelerini değerlendirmiştir. Uzman görüşleri sonucunda 5, 11, 28 ve 29 numaralı maddeler hariç tüm maddeler uzman tavsiyelerine göre revize edilmiştir. Ayrıca madde 6 ve madde 14 için KGİ değeri 0,80 altında bulunmasına karşın bu maddeler elenmeyerek sadece revize edilmiş ve iç geçerlik analizi sonucuna göre madde atılma kararı verilmesi uygun bulunmuştur. İç geçerlik analizi sonucu ise herhangi bir madde atımı yapılmamıştır.

Pilot çalışma sırasında, hemşirelerin özellikle 1, 15, 17 ve 25 numaralı maddeleri cevaplamakta zorlandıkları ve bu maddeler için sözel olarak geri dönüş yaptıkları görüldü. Ölçeğin orijinalinde fazla kelime kullanılarak ifade edilen madde 1, aynı anlamı verecek şekilde sadeleştirildi ve orijinalinde "Ekip üyeleri verilmek istenen mesajın duyulan ile aynı olduğundan emin olmak için söylenenleri birbirlerine açıklar" olan madde, "Ekip üyeleri etkin iletişim kurmak için söylenenleri birbirlerine açıklar." şeklinde revize edilmiştir. Orijinal haliyle "Hemşire yardımcıları ve hemşireler bir ekip olarak birlikte iyi çalışmazlar" olan madde 15 ise örneklem grubuna uygulamadan önce "Farklı eğitim düzeyindeki (lise, ön lisans, lisans vb.) hemşireler bir ekip olarak birlikte uyumlu çalışamazlar" olarak değiştirilmiştir. Türkiye'deki hastanelerde hemşirelik çalışma ortamında lise, ön lisans ve lisans mezunu olmak üzere farklı eğitim düzeyine sahip pek çok hemşire çalışmaktadır fakat temel sorun eğitim seviyesinden bağımsız olarak hepsinin "hemşire" ünvanı ile çalışıyor olmasıdır. Ayrıca Türkiye'de hemşire yardımcısı programlarının yakın geçmişte başlaması ve bu programlardan hemşire yardımcılarının henüz mezun olmaması nedeniyle tüm Türkiye genelinde hastanelerde "hemşire yardımcısı" unvanıyla çalışanların sayısı çok azdır. Bu nedenle de henüz hastanelerde hemşirelik çalışma ortamında hemşire yardımcısı kültürü oluşmamış dolayısıyla da hemşireler bu kavrama aşina değillerdir. Bu sebeple bu maddeden "hemşire yardımcısı" kavramı çıkartılarak bu doğrultuda revize edilmiştir. Ayrıca orijinal haliyle "Ekip üyelerinden biri işlerini yetiştiremediğinde diğerleri bunu dikkate alır" şeklindeki madde 17, hemşirelerin "dikkate alır" kısmını tam olarak anlayamamaları nedeniyle "Ekip üyelerinden biri işlerini yetiştiremediğinde diğerleri bunu dikkate alarak yardım eder" şeklinde değiştirilerek netleştirilmiştir. Yine, orijinal haliyle "Vardiya değişim raporları hastalara bakmak için gerekli bilgileri içerir." şeklinde olan madde 25, hemşirelerin cevaplamakta zorluk çekmeleri nedeniyle onların tavsiyesi üzerine "Nöbet teslimlerinde hastaların bakımı için gerekli olan tüm bilgiler aktarılır" şeklinde revize edilmiştir. Yapılan değişiklikler için orijinal ölçek yazarı Kalisch'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır.

Güvenirlik sürecinde 486 hemşire tarafından cevaplanan anketlerden elde edilen veriler analiz edilmiştir. İlk adımda yapılan madde analizinde, madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,48 ve üstünde olduğu belirlenmiştir. Bu değerler alan yazında kabul edilen değerlerden (0,30-0,40) (Polit ve Beck 2012; Tavşancıl 2014) çok daha yüksek bulunmuştur.

Örneklemin orijinal ölçeğin yapısı ile tutarlılığını doğrulamak için yapılan DFA sonucunda, tüm maddelerin faktör yükünün 0,48 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu değerler alan yazında (Şimşek 2007; Harrington 2009) faktör yükleri için alt sınır olarak kabul edilen 0,30 değerinin üzerinde bulunmuştur. Ölçeğin orijinalinde ise faktör yüklerinin 0,40 ve üzerinde olduğu raporlanmıştır (Kalisch ve ark. 2010a). Ölçeğin İzlandaca uyarlama çalışmasında ise DFA sonucu ölçeğin faktör yüklerinin 0,44 ile 0,84 arasında değiştiği ve madde atılmadığı raporlanmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizinde bildirilmesi gereken uyum iyiliği indeksleri hakkında alan yazında standart bir fikir birliği yoktur (Şimşek 2007). Ölçeğin orijinal çalışmasında ve İzlandaca uyarlamasında $\chi 2$, df, $\chi 2/df$, RMSEA, IFI, NFI, CFI ve SRMR değerleri raporlandırılmıştır (Kalisch ve ark. 2010a; Bragadóttir ve ark. 2016). Bu nedenle bu çalışmada da bu uyum iyiliği indekslerinin raporlanması tercih edilmiştir. Bu çalışmada uyum iyiliği indekslerinin ölçeğin orijinal çalışmasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kline (1994) tarafından önerilen uyum iyiliği indekslerine göre, ilk model (Model 1) yapısının genel anlamda kabul edilebilir bir uygunluğa sahip olduğu belirlenmiştir. Fakat bu yapıda ölçeğin NFI değeri düşük bulunmuştur. Bu çalışmada, maddeleri elemek yerine, modifikasyon önerileri yapılarak NFI değeri yükseltilmiştir. Bu sebeple modifikasyon önerileri yapılan model (Model 2) test edilmiştir. Model 2'de madde 1-2; madde 15-16; madde 18-19; madde 21-22; madde 23-24 ve madde 26-27 arasında önerilen modifikasyonlar yapılmıştır.

Ölçek toplamında iç tutarlık katsayısı 0,95'dir. Alt boyutlarda ise 0,85 ile 0,95 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçümlerin iç tutarlılığını gösteren alfa iç tutarlık kat sayısının genel olarak 0,60-0,80 arasında ise oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arasında ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl 2014). Bu doğrultuda ölçeğin iç tutarlılık katsayısının yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin orijinal çalışmasına (Kalisch ve ark. 2010a) ve İzlandaca uyarlamasına (Bragadóttir ve ark. 2016) göre daha yüksek bulunmuştur.

HEÇÖ'den elde edilen verilerin zamana karşı değişmezliği test edilmiştir. Alan yazına göre test tekrar test uygulaması araştırma örnekleminin %25'ine uygulanmalıdır (Seçer 2018). Fakat bu çalışmanın test tekrar test uygulaması 98 hemşire ile tamamlanmıştır. Bağımlı gruplarda t testi sonucuna göre birinci ölçüm ile ikinci ölçüm arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve tüm ölçek ve alt boyutlarında iki ölçüm arasında ileri düzeyde anlamlı

korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlar, elde edilen sonuçların zaman içindeki değişmezliğini kanıtlamıştır.

5.2. Hemşirelerin HEÇÖ puan ortalamaları ile KHBA puan ortalamaları ve dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması

Hemşirelerin bu çalışmada elde edilen HEÇÖ puan ortalamaları alan yazındaki çalışmalarla kıyaslandığında benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür. Hemşirelerin ölçek toplamında diğer çalışmalarla (Polis ve ark. 2017; Kaiser ve Westers 2018) benzer puan aldıkları, genellikle 3 puanın (1-5 puan) üzerinde puan aldıkları ve hemşirelerin kendi aralarındaki ekip çalışmasından doyumlu oldukları görülmüştür. Bu çalışmada hemşirelerin, alt boyut puan ortalamalarından "ekip uyumu" alt boyutunda en düşük ($\bar{x}$=2,70±0,72), "ekip anlayışı" alt boyutunda en yüksek ($\bar{x}$=4,17±0,61) puanı aldığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Kaiser ve Westers (2018)'in Amerika'da 1414 hemşire ile yaptığı çalışmasında ölçek toplam puan ortalamasının 3,61 olduğu, alt boyut puan ortalamalarında ekip anlayışı alt boyutunun en yüksek ve ekip uyumu alt boyutunun en düşük olduğu belirlenmiştir. Polis ve ark. (2017)'nın çalışmasında da hemşirelerin ekip çalışması puanlarının 3,32 ile 4,08 arasında değiştiği ve ekip anlayışı alt boyutunun en yüksek puanı, ekip uyumu alt boyutunun da en düşük puanı aldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde hemşirelerin ülkeler arasındaki kültürel farklılıklardan bağımsız olarak genel olarak kolektif ekip odaklı düşünceden çok daha bireysel bir tutum sergilediklerini ve ekip uyumunda zorlandıklarını fakat birbirlerinin rol ve sorumluluklarının farkında olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin KHBA puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin A bölümü puan ortalamasının ($\bar{x}$=2,93±0,87) yüksek bulunduğu, hemşirelerin bakımları neredeyse "sıklıkla verilmiyor" düzeyinde kaçırdıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Hessels ve ark. (2019) beş hastanede ve 311 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, karşılanmayan hemşirelik bakımı ortalamasını 3,44±0,24 olarak, "sıklıkla verilmiyor" düzeyinde bulmuştur. Tayvan'da gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyi 1,62±0,56 olarak yaklaşık "bazen verilmiyor" düzeyinde belirlenmiştir (Tou ve ark. 2019). Diğer bir çalışmada da karşılanmayan hemşirelik bakımı ortalaması 2,3 olarak "bazen verilmiyor" düzeyinde belirtilmiştir (Jones ve ark. 2019). Kore'de yapılan bir çalışmada ise karşılanmayan hemşirelik bakımı ortalaması 1,36 bulunmuştur (Kim ve ark. 2018). Alan yazında incelenen çalışma sonuçlarına ve bu

araştırmada elde edilen sonuca göre hemşirelerin bakımları genel olarak "bazen" veya "sıklıkla" kaçırdıkları görülmektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı ortalaması alan yazında yer alan pek çok çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur (Kalisch ve ark. 2011a; Palese ve ark. 2015; Kim ve ark. 2018; Jones ve ark. 2019; Tou ve ark. 2019; Zeleníková ve ark. 2019). Türkiye'de hastanelerde yataklı birimlerde her hastanın yanında bir refakatçisinin olması ve dolayısıyla hastaların ağız bakımı, vücut banyosu vb. birçok bakım uygulamasının yakınları tarafından yapılması durumu, hemşirelerin bu bakım uygulamalarını yapmadığına ilişkin araştırma bulgularını desteklemektedir. Diğer yandan, karşılanmayan hemşirelik bakım bileşenleri; ülkelere göre değişebilmekte ve bu durumun ülkelerin ya da kurumların hemşirelik bakım politikaları ile ilişkili olduğu söylenebilir. Hemşirelerin hasta bakımıyla ilgili öncelikleri, ülkelerin hemşirelik işgücünden yararlanma stratejilerine ve hemşirelerin aldıkları mesleki eğitime göre farklılık gösterebilmektedir. Türkiye'de hemşirelerin hasta bakımında farklı görevlerde istihdam edilmesi bu duruma örnek verilebilir.

Anketin B bölümünde ise hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerini servislerinde çoğunlukla "orta bir neden" olarak gördükleri saptanmıştır. Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerinden "iletişim" alt boyutu en az ve "insan kaynakları alt boyutu en fazla üzerinde durulan nedenler olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Kalisch ve ark. (2011b) çalışmasında karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerinde %93,10 düzeyinde insan kaynaklarının ilk sırada yer aldığı ve %89,60 düzeyi ile malzeme kaynakları ve %81,70 düzeyi ile iletişimin izlediği ortaya konmuştur. Tou ve ark. (2019) ise çalışmasında, karşılanmayan hemşirelik bakım nedenlerini ilk sırada insan kaynakları (2,10±0,81), sonrasında iletişim (2,01±0,81) ve son olarak malzeme kaynakları (1,90±0,94) olarak bulmuştur. Blackman ve ark. (2015) da çalışmalarında iş gücü ve malzeme kaynaklarında yaşanan yetersizliklerin ve sağlık ekibi ya da hemşireler arasında yaşanan iletişim sorunlarının karşılanmayan bakım gereksinimleri üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Carvalho Moura ve ark. (2019) ise Brezilya'da gerçekleştirdikleri çalışmalarında "malzeme kaynakları" alt boyutundaki maddelerin (%90,6) karşılanmayan hemşirelik bakımı için en önemli neden olduğunu, bunu "insan kaynakları" (%89,6) ve "iletişim" alt boyutunun (%77,1) izlediğini saptamışlardır. Zeleníková ve ark. (2019)'nın Çek Cumhuriyeti ve Slovakya ülkelerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışma sonucunda da her iki ülkede de karşılanmayan hemşirelik bakımı için en önemli nedenin insan kaynakları

olduğu belirlenmiştir. Alan yazında incelenen çalışmalarla benzer şekilde bu çalışmada da insan kaynakları ve malzeme kaynaklarının sıklıkla iletişim faktörüne göre daha önemli karşılanmayan hemşirelik bakım nedeni olarak bulunması hemşirelerin çalışma koşulları ve yaşanılan sorunların benzerlik gösterdiğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımlarının sayı yüzde dağılımları incelendiğinde ise hemşirelerin en çok "her iki saatte bir hastanın çevrilmesi", "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma" ve "hastaya ağız bakımı verilmesi" bakımlarını; en az da "isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması", "her vardiyada hastanın değerlendirilmesi" ve "ellerin yıkanması" bakımlarını kaçırdıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Villamin ve ark. (2019) da "her iki saatte bir hastanın çevrilmesi", "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma" ve "hastaya ağız bakımı verilmesi" bakımlarının sıklıkla kaçırıldığını ve "her vardiyada hastanın değerlendirilmesi" ve "ellerin yıkanması" bakımlarının nadiren kaçırıldığını bulmuştur. Hessels ve ark. (2019) ise "her iki saatte bir hastanın çevrilmesi", "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma" ve "ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi" bakımlarının sıklıkla; "isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması", "her vardiyada hastanın değerlendirilmesi" ve "hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi" bakımlarının ise çok nadir kaçırıldığını ortaya çıkarmıştır. Bu çalışma sonucunda bulunan en sık ve en az karşılanmayan hemşirelik bakımları, alan yazındaki pek çok araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir (Cho ve ark. 2015; Willis ve ark. 2015; Duffy ve ark. 2018; Albsoul et al. 2019; Hessels ve ark. 2019; Villamin ve ark. 2019; Zeleníková ve ark. 2019). Diğer yandan bu çalışma ve alan yazındaki diğer çalışmalara göre farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da vardır (Kim ve ark. 2018; Lake ve ark. 2019; Tou ve ark. 2019).

Karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerine ilişkin sayı, yüzde dağılımları incelendiğinde ise; "hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk", "çalışan personel sayısının yetersizliği" ve "acil hasta durumu değişiklikleri" etmenlerinin en sık ilk üç neden olduğu; "hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması", "hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu" ve "diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik" maddelerinin karşılanmayan hemşirelik bakımına en az neden olan etmenler olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar da alan yazındaki araştırmalarla

benzerlik göstermektedir (Palese ve ark. 2015; Carvalho Moura ve ark. 2019; Albsoul ve ark. 2019). Alan yazının da desteklediği gibi yetersiz hemşire sayısı ve yetersiz iş gücü, malzeme kaynakları, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmaktadır.

5.3. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki farklılıklara ilişkin bulguların tartışılması

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım puan ortalaması ile kişisel ve mesleki özellikleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde; hemşirelerin yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu, 26 yaş ve daha genç olan hemşirelerin, 27 yaş ve üzerinde olan hemşirelere göre hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Al-Kandari ve Thomas (2009)'ın çalışmasında, 41-50 yaş grubundaki hemşirelerin 21-30 yaş arasındaki hemşirelere göre vardiya sırasında gerekli tüm bakımları tamamlayabildikleri, böylece genç hemşirelerin daha fazla bakım uygulamasını kaçırdığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Bragadóttir ve ark. (2017), 34 yaş ve altındaki hemşirelerin 45 yaş ve üzerindeki hemşirelere göre bakımı daha çok kaçırdığını belirlemiştir. Buna karşın, Kalisch ve ark. (2011b) ileri yaşta, lisanslı, gündüz vardiyasında çalışan (gece vardiyası ile karşılaştırıldığında) ve kadın hemşirelerin, daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdiğini saptamıştır. Harvey ve ark. (2014) da çalışmalarında, yaşın karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenlerden biri olduğunu ve hemşirelerin yaşı arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakım puanlarının azaldığını ortaya koymuştur. Carvalho Moura ve ark. (2019)'nın çalışmasında ise hemşirelerin yaş grupları ile karşılanmayan hemşirelik bakım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin yaş grupları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki farklılıkların araştırmalara göre değiştiği ve alan yazında genel geçer bir sonucun ortaya çıkmadığı görülmektedir. Bu konuda daha fazla araştırmanın yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Hemşirelerin hastanede toplam çalışma yılı ve serviste toplam çalışma yılı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu, 1 yıl ve altında çalışan hemşirelerin, 6 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Alan yazında hemşirelerin hastanede toplam çalışma yılı ile KHB arasındaki farklılıklarına ilişkin anlamlı sonuç bulan bir çalışma

bulunamamıştır. Bunun yanında bu çalışmada, hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılına göre anlamlı farklılık bulunmamış, ancak alan yazında hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılı arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımlarının da arttığını gösteren çalışmalara rastlanmıştır (Kalisch ve Lee 2010; Kalisch ve ark. 2011b; Chapman ve ark. 2017; Kim ve ark. 2018).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, haftalık 41 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin, 40 saat ve altında çalışanlara göre hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Bu araştırmadan farklı olarak Kalisch ve ark. (2011b) çalışmalarında, haftalık çalışma saati ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur.

Hemşirelerin haftalık fazla mesai saati ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, haftalık 11 saat ve üzerinde fazla mesai yapan hemşirelerin, hiç fazla mesai yapmayan hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Chapman ve ark. (2017) çalışmalarında haftalık 5-12 saat fazla mesai yapan hemşirelerin hiç yapmayanlara göre bakımı daha fazla kaçırdığını saptamıştır. Tayvan'da acil birimlerde çalışan hemşireler arasında yapılan bir çalışmada da uzun saatler çalışmanın ve öngörülemeyen iş yoğunluğunun hemşirelik bakım kalitesini etkilediği belirtilmiştir (Hu ve ark. 2010). Konuya ilişkin diğer çalışmalarda ise, fazla mesai yapan hemşireler, normal çalışma yapan grupla karşılaştırıldığında 1,86 kat daha fazla hemşirelik bakımının karşılanmadığı ve bunun düşme, basınç ülseri, ilaç hatası ve idrar yolu enfeksiyonları gibi tıbbi hatalarla da ilişkili olduğu bulunmuştur (Liu ve ark. 2012; Cho ve ark. 2016).

Bu araştırmada hemşirelerin çalıştığı pozisyondan doyumu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, "hiç memnun değilim" diyen hemşirelerin, "çok memnunum" diyenlere göre bakımları daha fazla kaçırdığı belirlenmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Duffy ve ark. (2018) da regresyon analizi sonucu, hemşirelerin çalıştığı pozisyondan doyumunun önemli bir etken olduğunu ve doyumlu olan hemşirelerin olmayanlara göre hemşirelik bakımını daha az kaçırdığını ortaya koymuştur. Ayrıca, Blackman ve ark. (2015) çalışmasında, hemşirelik bakımının neden kaçırıldığına ilişkin bütünsel bir bakış elde etmek amacıyla, hemşirelerin kişisel ve mesleki

özellikleri ve karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri arasındaki ilişkiler Path analizi ile açıklanmıştır. Burada oluşturulan modelde, hemşire sayısı, çalışma şekli, hastanenin konumu, ekip iletişimi, iş yükü yoğunluğu, olası iş yükü, işten ayrılma niyeti ve çalışılan pozisyondan doyum değişkenlerinin hemşirelik bakımının neden kaçırıldığına ilişkin doğrudan öngörücü etkileri olduğu ve bu değişkenlerin hemşirelik bakımının neden kaçırıldığına ilişkin toplam puandaki varyansın %34'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Böylece çalıştığı konumdan doyumlu olmayan hemşirelerin, daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı bildireceği sonucuna varılabilir. Kalisch ve arkadaşlarının (2011b) iş doyumu yüksek olan hemşirelerin daha az karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdiğine ilişkin araştırma bulgusu da bu görüşü desteklemektedir.

Bu çalışmada hemşire olmaktan doyum ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenirken, Duffy ve ark. (2018) çalışmasında hemşire olmaktan doyumlu olanların olmayanlara göre daha az karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdikleri görülmüştür. Benzer şekilde Kalisch ve ark. (2011b) mesleğinden doyumlu olanların daha az kaçırılmış bakım bildirdikleri saptanmıştır.

5.4. Hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki farklılıklara ilişkin bulguların tartışılması

Karşılanmayan hemşirelik bakımı personel ve kaynak yeterliliği, yönetici liderliği ve birimlerdeki güvenlik kültürü gibi çalışma ortamına ilişkin etmenlerden etkilenen önemli bir hemşirelik sorunu olarak ele alınmaktadır (Kim ve ark. 2018). Bu nedenle hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki farklılıklar çalışmalarda incelenmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakım puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastane grubu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Harvey ve ark. (2014)'nın çalışmasında özel hastanelerde çalışan hemşirelerin bakımı daha az kaçırdıkları belirtilmiştir. Lake ve ark. (2019) ise çalışma ortamı kalitesi düşük olan hastanelerde görevli hemşirelerin bakımı daha fazla kaçırdıklarını bulmuşlardır. Benzer şekilde Hessels ve ark. (2015) çalışmasında, regresyon analizi sonucunda daha iyi çalışma ortamının, karşılanmayan hemşirelik bakımı

ihtimalini %13,7 azalttığı saptanmıştır. Bu çalışmada ise üniversite hastanelerinde çalışmanın yürütüldüğü dönemde hemşirelerin kurumdan ayrılma oranlarında artış olması ve malzeme kaynaklarının sağlanmasında yaşanan sorunlar nedeniyle bu sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Alan yazının desteklediği gibi hastanelerin kurumsal kimliklerinden çok çalışma ortamı kalitesinin hemşirelik bakımının kaçırılmasını önlemede daha önemli olduğu söylenebilir. Jones ve ark. (2015) çalışmasında, hemşirelerin çalışma ortamının karşılanmayan hemşirelik bakımı ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu ve pozitif çalışma ortamı algısı olan hemşirelerin bakımı daha az kaçırdığı bulunmuştur. Özel hastanelerde gerek malzeme kaynağı sağlanmasının gerekse çalışma ortamı kalitesinin üniversite ve kamu hastanelerine göre genel olarak daha iyi olması nedeniyle Harvey ve ark. (2014)'nın bu sonucu beklendik bir durum olmaktadır.

Hastanelerin yatak kapasitesi ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, yatak sayısı 250 ve altında olan hastanelerde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre hemşirelik bakımını daha fazla kaçırdıkları saptanmıştır. Blackman ve ark. (2015) çalışmasında, kırsal bölgelerdeki hastanelerde çalışan hemşirelerin büyük kentlerdeki hastanelerde çalışan hemşirelere kıyasla, genel olarak daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdikleri ortaya konmuştur. Benzer şekilde Willis ve ark. (2015) da kırsal bölgelerde çalışan hemşirelerin daha sık bakım kaçırdığını belirlemişlerdir. Kırsal bölgelerdeki hastanelerin yatak sayısının, büyük kentlerdeki hastanelere göre daha az olması nedeniyle, bu çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği söylenebilir. Buna karşın Ausserhofer ve ark. (2014) çalışmasında, hastane büyüklüğünün karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Hemşirelerin kurumun maaş uygulamasından, eğitim, kariyer ve teknolojik olanaklarından doyum düzeyleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu; genel olarak çalıştıkları kurumun bu özelliklerinden doyumlu olmayan hemşirelerin doyumlu olanlara göre daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdikleri saptanmıştır. Gutierrez (2005) doyum düzeyi düşük hemşirelerin, kendilerini hasta bakımından geri çektiklerini ve bu durumun hasta güvenliğini riske soktuğunu belirtmektedir. Ayrıca Piscotty ve ark. (2015) sağlık teknolojisinin uygulamalarındaki etkisini olumlu olarak algılayan hemşirelerin, bakımı daha az kaçırdıklarını belirlemiştir. Diab ve Ebrahim (2019) de çalışma ortamına ilişkin doyumu

yüksek olan hemşirelerin, bakımı daha az kaçırdığını saptamıştır. Dolayısıyla hemşirelerin çalışma ortamı özelliklerine ilişkin doyum düzeylerinin, verilen hemşirelik bakımının kalitesi ve karşılanmayan hemşirelik bakımının varlığı ve düzeyi üzerinde önemli etkiye sahip olduğu üzerinde durulmaktadır (Duffy ve ark. 2018).

Hemşirelerin çalıştıkları servis grubu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu; cerrahi servisler ile dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakım ve kadın doğum servislerinde çalışan hemşirelere göre ve acil birimlerde çalışan hemşirelerin kadın doğum servislerinde çalışan hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Bragadóttir ve ark. (2017) çalışmalarında, cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin karma servislerde ve yoğun bakımlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan bakım bildirdiklerini saptamıştır. Chapman ve ark. (2017) da hemşirelerin çalıştıkları servis grubu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir farklılık olduğunu, acil birimlerde çalışan hemşirelerin yoğun bakımlarda çalışanlara göre daha fazla bakım kaçırdıklarını belirlemiştir. Buna karşın Kalisch ve ark. (2011b) çalışmasında, hemşirelerin çalıştıkları servis grubu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırma ve alan yazındaki araştırmaların sonucuna göre hastaların bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu cerrahi, dahiliye servislerinde ve acil birimlerde hemşirelerin hasta bakımını daha fazla kaçırmaları beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Bu durumu önlemede yönetici hemşirelerin servislerin özelliklerini dikkate alarak hemşire insan gücünü planlamaları gerekir. Acil birimlerde diğer birimlere göre benzer hemşire-hasta oranı olmasına karşın hasta yoğunluğunun ve değişiminin daha fazla olmasına bağlı olarak bakımı önceliklendirmenin daha zor olması ve aynı anda birden fazla hastanın bakımının yönetilmesinin zorunlu olması hemşireleri daha fazla karşılanmayan bakım riskine sokabilmektedir (Chapman ve ark. 2017). Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde genellikle daha yetkin hemşirelerin çalıştırılması, yoğun bakımlardaki hemşire hasta oranına yönelik yasaların ve kalite kurullarının belirlediği bazı düzenlemelerin olması ve bu düzenlemelerde belirlenmiş belli hemşire-hasta oranının olmasının yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından SKS denetimlerinde bu oranların sürekli olarak denetlenmesi gibi uygulamalar, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin daha az karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirmelerinde etkili olabilir. Bununla birlikte birimler arasında iş yükü farklılıklarının da (Kalisch ve ark. 2009b) önemli etkisi olacağı belirtilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin

çalıştıkları servislere göre karşılanmayan bakım uygulamalarının farklılaştığını söyleyebilmek için daha büyük örneklem gruplarıyla yapılan araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Hemşirelerin çalıştıkları servisin yatak sayısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, 30 yatak ve üzerinde yatak kapasitesi olan servislerde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre hemşirelik bakımlarını daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Al-Kandari ve Thomas (2009) çalışmasında, 25 yatak ve üzeri yatak kapasitesi olan servislerde çalışan hemşirelerin daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı bildikleri belirlenirken, servisin yatak sayısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımları arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, 10 ve üzerinde hastaya bakım veren hemşirelerin, 1-3 hastaya bakım veren hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımının arttığı söylenebilir. Benzer şekilde Al-Kandari ve Thomas (2009) çalışmalarında hemşire-hasta oranı ile hemşirelik bakım gereksinimlerinin tamamlanması arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuştur. Ball ve ark. (2014) ise hemşirelerin bakım sorumluluğunu üstlendiği hasta sayısı arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımının arttığını belirlemiştir. Kalisch ve ark. (2011a) hasta başına düşen hemşirelik bakım saatinin karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli bir belirleyicisi olduğunu; Min ve arkadaşları (2019) hasta-hemşire oranının yüksek olmasının karşılanmayan hemşirelik bakım düzeyini artırdığını saptamışlardır. Hemşirelerin bakımlarından sorumlu oldukları hasta sayısı arttıkça karşılanmayan bakımın artması beklenen bir bulgu olup bunun alan yazındaki diğer araştırmalarla örtüştüğü görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları serviste kullanılan bakım kayıt yöntemi ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, kayıtların elle yapıldığı servislerde çalışan hemşirelerin, elektronik olarak yapılan servislerde çalışan hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu, alan yazında bu konuda herhangi bir çalışmaya rastlanamaması nedeniyle kıyaslanamamakla birlikte beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin çalıştıkları servisin hemşire sayısı yeterliliğine ilişkin algıları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu, hemşire sayısını hiç yeterli görmeyen hemşireler ile %25 ve altında yeterli gören hemşirelerin, %75 ve üzerinde yeterli görenler ile %100 yeterli gören hemşirelere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları saptanmıştır. Benzer şekilde Tou ve ark. (2019) çalışmasında, personel yeterlilik algısı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı farklılık olduğu ve hiç yeterli değil diyen hemşirelerin tamamen yeterli diyen hemşirelere göre bakımı daha çok kaçırdığı ortaya konmuştur. Piscotty ve ark. (2015) çalışmasında ise regresyon analizi sonucunda, personel yeterliliği algısının karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli bir belirleyicisi olduğu ve algısı yüksek olan hemşirelerin bakımları daha az kaçırdığı belirlenmiştir. Bu araştırma sonucu alan yazındaki diğer birçok araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir (Kalisch ve ark. 2011b; Blackman ve ark. 2015; Cho ve ark. 2015; Duffy ve ark. 2018; Smith ve ark. 2018). Yönetici hemşireler, karşılanmayan bakım sıklığını azaltmak için uygun sayıda hemşire istihdam etmeye özen göstermesi gerekir. Aynı zamanda, öngörülemeyen iş yükünü karşılamaya yönelik ek ve destek personel sayısını da arttırmaya özen göstermelidir.

Hemşirelerin servisteki ekip çalışması uyumundan doyum düzeyleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, doyumlu olmadığını belirten hemşirelerin, çok doyumlu olduğunu belirtenlere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları belirlenmiştir. Bu araştırma sonucu, alan yazındaki birçok araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir (Bragadóttir ve ark. 2017; Bragadóttir ve Kalisch 2018; Duffy ve ark. 2018).

Hemşirelerin servis yöneticisinin desteğinden doyumlu olma durumları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu, “hiç memnun değilim” diyen hemşirelerin, “çok memnunum” diyenlere göre bakımı daha fazla kaçırdıkları ortaya konmuştur. Benzer şekilde alan yazında, birim yöneticinin yetenek ve liderlik yaklaşımının, karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen önemli bir etmen olduğu belirtilmektedir (Ausserhofer ve ark. 2014; Jones 2014; Cho ve ark. 2015; Kim ve ark. 2018). Yöneticinin liderlik becerisi arttıkça kısaca hemşirelere olan desteği arttıkça, karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli ölçüde azaldığı üzerinde durulmaktadır. Yönetici hemşirelerin liderlik ve iletişim becerilerini kullanıp birimin

yönetim anlayışı ve çalışma ortamını olumlu yönde değiştirmesinin (Kalisch ve Lee 2010) karşılanmayan hemşirelik bakımının oluşmasını önleyebileceği vurgulanmaktadır. Karşılanmayan hemşirelik bakımı gibi ihmal hatalarının, büyük hemşirelik hatalarının oluşmasına neden olabileceği öngörülerek yönetici hemşirelerin sık sık gerçekleşen fakat risk taşımayan karşılanmayan bakım uygulamalarına önem vermesi gerekmektedir.

5.5. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri ile ilişkili olan etmenler

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde karşılanmayan hemşirelik bakımı ile yaş, serviste toplam çalışma yılı arasında anlamlı ve negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri ile mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı, hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ve haftalık çalışma saati arasında anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ile serviste toplam çalışma yılı ve haftalık çalışma saati arasında anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Harvey ve ark. (2014) çalışmasında, karşılanmayan hemşirelik bakımları ile yaş ve haftalık fazla mesai saati arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Kalisch ve ark. (2011a) ise korelasyon analizi sonucunda hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, haftalık çalışma saati özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını saptamıştır. Drach-Zahavy ve Srulovici (2019) ise çalışmalarında, korelasyon analizi sonucu hemşirelerin yaşı ve kadro durumu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya çıkarmıştır. Diğer yandan Kim ve ark. (2018), hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Alan yazında hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkileri gösteren farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu bağlamda bu ilişkiler hakkında daha net bulgulara ulaşabilmek için bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ve servisleriyle ilgili bazı özelliklerden doyumlu olma durumları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise; çalıştığı pozisyondan, hemşire olmaktan, kurumun eğitim, kariyer ve

teknolojik olanaklarından, servisindeki ekip çalışmasından, kurumun maaş uygulamasından, ve servis yöneticisinin desteğinden doyumlu olma durumları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasında anlamlı, negatif yönde zayıf ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Alan yazında Zeleníková ve ark. (2019) hemşirelerin çalıştığı pozisyondaki görevinden, hemşire olmaktan ve servisindeki ekip çalışması uyumundan doyumlu olmaları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında negatif korelasyon olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu sonuçlar, hemşirelerin doyum düzeylerinin yüksek olmasının karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenlerinin azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin HEÇÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde hem ölçek toplamında hem de alt boyutlarında anlamlı, negatif yönde ve zayıf ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Chapman ve ark. (2017) çalışmasında, ekip çalışması ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Alan yazınla benzer şekilde, hemşirelikte ekip çalışmasının karşılanmayan hemşirelik bakımıyla önemli şekilde ilişkili olduğu (Bragadóttir ve ark. 2017; Bragadóttir ve Kalisch 2018; Duffy ve ark. 2018) ve ekip çalışmasının hasta sonuçlarını etkilediğinden doğrudan karşılanmayan hemşirelik bakımını etkilediği ve dolaylı olarak hasta güvenliğini de etkileyeceği söylenebilir.

5.6. Karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde etkili olan etmenler

Bu araştırmada, toplam dört modelde 16 bağımsız değişken ile gerçekleştirilen regresyon analizi sonucunda, hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılı, serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ve son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı değişkenleri dışındaki diğer kişisel ve mesleki özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise yaş ve son vardiyada bakım verilen hasta sayısı, karşılanmayan hemşirelik bakımının koruyucu faktörü olarak; tam zamanlı bir pozisyonda çalışmak ve serviste toplam çalışma yılı ise karşılanmayan hemşirelik bakımının risk faktörü olarak belirlenmiştir (Palese ve ark. 2015) Blackman ve ark. (2018) çalışmasında ise hemşirelerin yaşı, meslekte toplam çalışma yılı, son üç ay içinde işe devamsızlık sayısı ve işyeri tipi özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakım puanının genel varyansını açıklamaya katkıda bulunduğu ortaya konmuştur. Piscotty

ve ark. (2015) çalışmasında da regresyon analizi sonucunda, hemşirelerin çalıştıkları servisteki deneyimleri arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımının arttığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılı, karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen önemli bireysel etmenlerden biri olup diğer çalışmalarda da hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılının karşılanmayan hemşirelik bakımı için önemli bir neden olduğu belirtilmiştir (Feng ve ark. 2008; Cho ve ark. 2015). Kim ve ark. (2018) ise regresyon analizi sonucu, meslekte toplam çalışma yılının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı şekilde bir etkisinin olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde Blackman ve ark. (2018) çalışmasında mesleki deneyim süresi ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında ters bir ilişki bulmuştur. Bu sonuçlar, daha az deneyimli hemşirelerin hastaları taburcu etme, eğitim gibi karmaşık bakım görevlerinin daha deneyimli ve uzman hemşirelere verilmesi nedeniyle bakımlar konusunda yeterli deneyime sahip olmamalarıyla açıklanabilir (Sinn ve ark. 2016). Uzman hemşirelerin aynı zamanda çoklu görev yapabilme yeteneğine de sahip olmalarının (Steege ve ark. 2015) hemşirelik bakımının kaçırılmasını önleyebileceğine değinilmiştir. Buna karşın, Kalisch ve ark. (2011b) çalışmasında, çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda yaş ve cinsiyetin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ancak hemşirelerin mesleki deneyimi ve ünvanın karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenirken; mesleki deneyimi az olanların ve hemşire yardımcılarının (lisanslı hemşirelere göre) daha az karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdiği görülmüştür. Ancak bir başka araştırmada, hemşirelerin meslekte çalışma yılının karşılanmayan hemşirelik bakımı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği saptanmıştır (Ausserhofer ve ark. 2014).

Bu çalışmada, hemşirelerin son üç ay içinde yaptıkları işe devamsızlık sayısının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı ve olumsuz bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin işe devamsızlığı bir birim arttıkça bakımı kaçırma oranının 0,285 birim arttığı saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde, Blackman ve ark. (2018) çalışmasında da hemşirelerin son üç ay içindeki devamsızlığının fazla olmasının tedaviyle ilişkili ve düşük öncelikli bakımların daha fazla kaçırılmasına neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, Kalisch ve ark. (2011a) da son üç ay içinde işe devamsızlık ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu, fakat regresyon analizi sonucunda karşılanmayan hemşirelik bakımına anlamlı bir etkisinin olmadığını

belirlemişlerdir. Bu bağlamda hemşirelerin işe devamsızlıklarının fazla olduğu hastanelerde karşılanmamış bakım ve olumsuz hasta sonuçlarının ortaya çıkma olasılığının artacağı söylenebilir (Twigg ve ark. 2015).

Alan yazında yer alan birçok araştırma, hemşire-hasta oranının karşılanmayan bakımını etkileyen önemli bir etmen olduğunu ortaya koymaktadır (Schubert ve ark. 2007; Schubert ve ark. 2008; Al-Kandari ve Thomas 2009; Kalisch ve ark. 2011b; Friese ve ark. 2013; Ausserhofer ve ark. 2014; Ball ve ark. 2014). Ayrıca, hemşirelerin, hemşire sayısı ve kaynak yeterliliğine ilişkin algılarının, karşılanmayan hemşirelik bakımı konusunda en etkili etmen olduğu belirtilmektedir (Ausserhofer ve ark. 2014; Cho ve ark. 2015; Kim ve ark. 2018). Hemşire-hasta oranını dengelemek amacıyla iş yükünde görünen ani artış gibi sorunların dikkate alınması gerekmektedir (Kim ve ark. 2018). Beklenmeyen acil bir durumun ortaya çıkmasıyla rutin işlerin gecikmesi ve sonrasında karşılanmayan hemşirelik bakımının görülmesi üzerinde durulmaktadır (Griffiths ve ark. 2014a; Cho ve ark. 2015).

Alan yazın incelendiğinde, hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamı özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerindeki etkisi hala tartışmalı bir durum oluşturmaktadır. Jones ve ark. (2015), karşılanmayan hemşirelik bakımına odaklanan 1828 makale içinden 54 makaleyi inceledikleri derleme çalışmalarında, araştırmalarda hemşirelerin çalışma pozisyonu dışında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, haftalık fazla mesai saati, işe devamsızlık ve çalışma statüsü gibi özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığının ortaya çıkarıldığını belirtmişlerdir. Bu nedenle, hemşirelerin bireysel özellikleri veya çalışma ortamı özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerindeki etkisini netleştirmek için daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

Bu çalışmada, hemşirelikte ekip çalışmasının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde önemli etkisinin olduğu, tek başına karşılanmayan hemşirelik bakımındaki değişimin %23,6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Benzer şekilde alan yazındaki çalışmalarda da ekip çalışmasının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde orta düzeyde ters bir etkisinin olduğu ortaya konmuştur (Schubert ve ark. 2007; Kalisch ve Lee 2010; Rochefort ve Clarke 2010; Papastavrou ve ark. 2014). Diğer çalışmalarda da hemşirelikte ekip çalışmasının %9 ile %14 arasında değişen oranda karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde ters etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Kalisch ve Lee 2010; Papastavrou ve ark. 2014;

Chapman ve ark. 2017; Bragadóttir ve ark. 2017). Karşılanmayan hemşirelik bakımının yüksek ve düşük olduğu servislerdeki farkı inceleyen Kalisch ve ark. (2012b), bu birimleri farklılaştıran durumun ekip çalışması olduğunu ve karşılanmayan hemşirelik bakımının az olduğu birimlerde ekip çalışmasının daha iyi olduğunu saptamışlardır. Alan yazındaki diğer çalışmalara göre bu çalışmada, hemşirelikte ekip çalışmasının Türk kültüründe daha büyük bir etkisinin olduğu belirlenmiştir.

5.7. Sonuçlar

Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının yapılması ve karşılanmayan hemşirelik bakımının mevcut durumu, nedenleri ve etkileyen faktörlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda;

- 33 madde ve beş alt boyuttan oluşan HEÇÖ'nun Türkiye'de hemşireler arasındaki ekip çalışmasını ve ekip çalışmasının beş alt boyutu olan güven, ekip uyumu, destek, ekip anlayışı ve ekip liderliği kavramlarını ölçmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu,
- Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı puan ortalamalarının yüksek olduğu ve hemşirelik bakımını "sıklıkla verilmiyor" düzeyinde kaçırdıkları,
- Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerinin hemşirelerin çoğunluğu için önemli olduğu ve karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerinden "iletişim" alt boyutunun en az ve "insan kaynakları" alt boyutunun en fazla neden olarak belirtildiği,
- "Hastanın her iki saatte bir çevrilmesi", "hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma" ve "hastaya ağız bakımı verilmesi" gibi hemşirelik uygulamalarının sıklıkla karşılanmadığı, "her vardiyada hastanın değerlendirilmesi" ve "isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması" gibi bakımların ise en az kaçırıldığı,
- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinden yaş, hastanede toplam çalışma yılı, serviste toplam çalışma yılı, haftalık çalışma saati, haftalık fazla mesai saati ve çalışılan pozisyondan memnuniyet ile karşılanmayan hemşirelik bakımı (A bölümü) arasında anlamlı farklılıklar olduğu,

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinden cinsiyet, meslek, eğitim durumu, haftalık çalışma saati, çalışılan pozisyondan memnuniyet ve hemşire olmaktan memnuniyet özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri (B bölümü) arasında anlamlı farklılıklar olduğu,
- Hemşirelerin çalışma ortamı özelliklerinden hastane grubu, hastane yatak kapasitesi, servis grubu, servis yatak kapasitesi, mesai saatlerinde bakım verilen ortalama hasta sayısı, hemşire-hasta oranı, servisteki bakım kayıt yöntemi, hemşire sayısı yeterliliği algısı, servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet, kurumun maaş uygulamasından memnuniyet, kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı (A bölümü) arasında anlamlı farklılıklar olduğu,
- Hemşirelerin çalışma ortamı özelliklerinden hastane grubu, hastane yatak kapasitesi, JCI akreditasyonu durumu, servis grubu, servis yatak kapasitesi, servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet, kurumun maaş uygulamasından memnuniyet, kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet ve kurumun teknolojik olanaklarından memnuniyet özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri (B bölümü) arasında anlamlı farklılıklar olduğu,
- Hemşirelerin yaş, meslekte toplam çalışma yılı, hastanede toplam çalışma yılı ve serviste toplam çalışma yılı özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı (A bölümü) arasında anlamlı, negatif yönde ve zayıf ilişki olduğu,
- Hemşirelerin mesai saatleri içinde bakım verdikleri toplam hasta sayısı, hemşire-hasta oranı ve haftalık çalışma saati ile karşılanmayan hemşirelik bakımı (A bölümü) arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf ilişki olduğu,
- Hemşirelerin serviste toplam çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri (B bölümü) arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf ilişki olduğu,
- Hemşirelerin çalışılan pozisyondan memnuniyet, hemşire olmaktan memnuniyet, servisteki ekip çalışmasından memnuniyet, servis yöneticisinin desteğinden memnuniyet, kurumun maaş uygulamasından memnuniyet, kurumun eğitim ve kariyer olanaklarından memnuniyet ve kurumun teknolojik olanaklarından

memnuniyet düzeyleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı ve nedenleri arasında anlamlı, negatif yönde ve zayıf ilişkilerin olduğu,

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinden meslekte toplam çalışma yılı, serviste hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ve son üç ay içinde işe devamsızlık yapılan gün sayısı değişkenlerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde anlamlı etkisinin olduğu,
- Hemşirelikte ekip çalışması ve alt boyutları olan güven, ekip uyumu, destek, ekip anlayışı ve ekip liderliğinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerine önemli düzeyde ters etkisinin olduğu, hemşirelikte ekip çalışmasının tek başına karşılanmayan hemşirelik bakımındaki değişimin %23,6'sını açıkladığı saptanmıştır.
- Özetle; hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma pozisyonu, çalışma şekli, kadro durumu gibi kişisel ve mesleki özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı için önemli farklar oluşturmadığı belirlenirken; karşılanmayan hemşirelik bakımı konusunda hemşirelerin mesleki deneyimi, hemşire-hasta oranı, fazla mesai saatleri, işe devamsızlık durumları, çalışma ortamına ilişkin doyum düzeyleri ve kendi aralarındaki ekip çalışmasının asıl belirleyici etmenler olduğu ortaya konmuştur.

5.8. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Türkçe uyarlaması yapılan HEÇÖ'nun hastanede ekip liderleri ve yönetici hemşireler tarafından düzenli olarak hemşirelerin kendi aralarındaki ekip çalışmasını ölçmek için kullanılması,
- Yönetici hemşirelerin HEÇÖ'yu kullanarak hemşirelerin ekip davranışlarını geliştirecek şekilde etkili ekipler oluşturmaya çaba göstermesi,
- Bu ölçümlerin verileri doğrultusunda görevler ve iş akışının düzenlenmesinde ekip yapısının değiştirilmesinde iyileştirmelere gidilmesi,
- Hemşirelerin ekip çalışmasını arttırıcı veya geliştirici faaliyetler yürütülerek, kliniklerde hasta güvenliği ve hasta bakım kalitesi yanı sıra hemşirelerin iş doyumu, kalıcılığı ve performanslarının arttırılması, ayrıca tıbbi hatalar ve

çatışmaların azaltılması gibi kalite göstergelerinde iyileştirmelerin gerçekleştirilmesi,

- Türkiye genelinde daha geniş bölgede ve büyük örneklem grubuyla hemşireler arasındaki ekip çalışmasının belirlenerek uluslararası alan yazına katkı sağlanması,
- Ayrıca hemşireler arasındaki ekip çalışmasına yönelik daha derin verinin elde edilmesi için nitel çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin bakımı kaçırma nedenlerinden insan kaynakları ve malzeme kaynakları boyutlarına ilişkin olarak hastane yöneticilerinin hemşire iş gücünü ve dağılımını düzenlemesi ve yeterli sayıda hemşirenin istihdam edilmesi,
- İşe devamsızlıkları azaltacak, kurumlarda hemşirelerin motivasyon ve iş doyumunu arttıracak bir çalışma ortamı sağlanması,
- Kurumlarda özellikle günümüz yaşam koşullarında çok daha önemli hale gelen maaş politikasına yönelik iyileştirmelerin yapılması,
- Çalışma ortamı özelliklerine ilişkin olarak hemşire-hasta oranının dengelenmesi, çalışan ve malzeme kaynaklarının sağlanması, kurumun teknolojik, eğitim ve kariyer olanaklarının arttırılması gibi hemşire istihdam ve politikalarında iyileştirmeler yapılması,
- Birim yöneticisinin çalışanları desteklemesinin önemi ortaya konduğundan, servis sorumlu hemşirelerinin hemşire astlarını yakından izleyerek desteğe gereksinim duyduklarında bunu karşılaması, ayrıca tüm ekip üyeleri arasında ekip ruhu, uyum, güven ve destek davranışını oluşturacak stratejiler geliştirmesi,
- Hemşirelikte ekip çalışmasının geliştirilmesi amacına yönelik olarak düzenli eğitimlerin yapılması ve etkili ekiplerin özelliklerinin hemşirelere kazandırılması,
- Yönetici hemşirelerin kaynakları etkili kullanmak açısından karşılanmayan hemşirelik bakımını azaltmaya ve kaliteli bakımın sağlanmasına yönelik geliştirdikleri stratejiler için özellikle bakımın sık kaçırıldığı cerrahi ve dahiliye servisleri gibi hastaların bakım gereksinimlerinin yoğun olduğu,

ekip çalışmasının kötü olduğu ve hemşire personel sayısının yetersiz olduğu servislere odaklanması,

- Yeni mezun konumunda ve mesleki deneyimi az olan hemşirelerin, bakımı daha fazla kaçırmalarının önlenmesi amacıyla özellikle alt kademe yönetici hemşirelerin koçluk veya mentörlük sistemi gibi yaklaşımlarla hemşireleri desteklemesi,
- Ayrıca karşılanmayan hemşirelik bakımına ilişkin daha derinlemesine veriye ulaşmak amacıyla nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Agency for Healthcare Research and Quality (2006). TeamSTEPPS® instructor guide (AHRQ Publication No. 060020). Retrieved from www.ahrq.gov/ professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/instructor/.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. ve Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association,* ***288(16),*** 1987-1993.

Albsoul, R., FitzGerald, G., Finucane, J. ve Borkoles, E. (2019). Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study. *The International Journal of Health Planning and Management* (Baskıda).

Alexanian, J.A., Kitto, S., Rak, K.J. ve Reeves, S. (2015). Beyond the team: Understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Critical Care Medicine*, ***43,*** 1880-1886.

Al-Kandari, F. ve Thomas, D. (2009). Factors contributing to nursing task in completion as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, ***18(24),*** 3430-3440.

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M. ve ark. Sjetne, I.S. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety,* ***23(2),*** 126-135.

Aydemir, İ. ve Yıldırım, T. (2018). Sağlık kurumlarında tıbbi hataların azaltılmasında ekip kaynak yönetimi yaklaşımı: Ankara ilinde faaliyette bulunan bir eğitim-araştırma hastanesi ameliyathane ünitesi örneği. *Verimlilik Dergisi,* ***3,*** 115-141.

Baker, D.P., Day, R. ve Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, ***41(4p2),*** 1576-1598.

Ball, J.E., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Murrells, T. ve Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing,* ***72(9),*** 2086-97.

Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E. ve Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, ***23(2),*** 116-125.

Bansal, C., Scott, R., Stewart, D. ve Cockerell, C.J. (2005). Decubitus ulcers: A review of the literature. *International Journal of Dermatology*, ***44(10),*** 805-810.

Bellis, A.D. (2010). Australian residential aged care and the quality of nursing care provision. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, ***35(1),*** 100-113.

Bittner, N.P. ve Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, ***39(3),*** 142-146.

Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C. ve ark. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing, **24(1-2)**,* 47-56.

Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J. ve Willis, E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management, **26(1)**,* 33-41.

Bragadóttir, H. ve Kalisch, B.J. (2018). Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, **32(3)**,* 1227-1236.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J. ve Tryggvadóttir, G.B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing, **26(11-12)**,* 1524-1534.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J. ve Tryggvadóttir, G.B. (2019). The extent to which adequacy of staffing predicts nursing teamwork in hospitals. *Journal of Clinical Nursing, **28**,* 4298-4309.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J., Smáradóttir, S.B. ve Jónsdóttir, H.H. (2016). The psychometric testing of the Nursing Teamwork Survey in Iceland. *International Journal of Nursing Practice, **22(3)**,* 267-274.

Brooks-Carthon, J.M., Lasater, K.B., Rearden, J., Holland, S. ve Sloane, D.M. (2016). Unmet nursing care linked to rehospitalizations among older black AMI patients: a cross-sectional study of US hospitals. *Medical Care, **54(5)**,* 457.

Carayon, P. ve Gurses, A.P. (2008). Nursing workload and patient safety -A human factors engineering perspective. In Hughes, R.G. (Ed.). Patient safety and quality an evidence-based handbook for nurses (AHRQ Publication No. 08-0043).

Carayon, P., Hundt, A.S., Karsh, B.T., Gurses, A.P., Alvarado, C.J., Smith, M. ve Brennan, P.F. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *BMJ Quality & Safety, **15(1)**,* 50-58.

Carthon, J.M.B., Lasater, K.B., Sloane, D.M. ve Kutney-Lee, A. (2015). The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf, **24(4)**,* 255-263.

Carvalho Moura, E.C., Batista Lima, M., Peres, A.M., Lopez, V., Moura, M.E.B. ve Gomes, F.D.C.S.A.B. (2019). Relationship between implementation of the primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*. (baskıda).

Carver, L. ve Candela, L. (2008). Attaining organizational commitment across different generations of nurses. *Journal of Nursing Management, **16(8)**,* 984-991.

Castner, J., Yow-Wu, W.B. ve Dean-Baar, S. (2015). Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *Western Journal of Nursing Research*, ***37(4)**,* 441-461.

Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M. ve Chalmers, C. (2017). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, ***26(1-2)**,* 170-181.

Cho, E., Lee, N. J., Kim, E.Y., Kim, S., Lee, K., Park, K. O. ve Sung, Y.H. (2016). 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*, ***60**,* 263-271.

Cho, S.H., Kim, Y.S., Yeon, K.N., You, S.J. ve Lee, I.D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, ***62(2)**,* 267-274.

Çapık, C., Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, ***26(3)**,* 199-210.

Çelik, A. ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, **14(4)**,* 254-263.

Davis, L.L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research, **5(4)**,* 194-197.

Diab, G.M.A.E.H. ve Ebrahim, R.M.R. (2019). Factors leading to missed nursing care among nurses at selected hospitals. *American Journal of Nursing*, ***7(2)**,* 136-147.

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

Drach-Zahavy, A. ve Srulovici, E. (2019). The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, ***75(2),*** 368-379.

Duffy, J. R., Culp, S., ve Padrutt, T. (2018). Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital. *Journal of Nursing Administration, **48(7/8),*** 361-367.

Düzgün, F., Yılmaz, D.U., Karaman, D., Çınar, H.G., Dikmen, Y. ve Yılmaz, D. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine, **9(1),*** 32-36.

Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B.I.J.M., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P.M. ve ark. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care, **45(10)**,* 939-950.

Feng, X., Bobay, K. ve Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, **63(3),*** 310-319.

Friese, C. R., Kalisch, B. J. ve Lee, K.H. (2013). Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nursing, **36(6),*** E51-E57.

Gaston, T., Short, N., Ralyea, C. ve Casterline, G. (2016). Promoting patient safety: Results of a TeamSTEPPS® initiative. *Journal of Nursing Administration*, ***46(4),*** 201–207.

Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio Saucedo, A. ve ark. (2014b). The Association Between Patient Safety Outcomes and Nurse/Healthcare Assistant Skill Mix and Staffing Levels and Factors that may Influence Staffing Requirements (NICE Evidence Review). Southampton: University of Southampton Centre for Innovation and Leadership in Health Sciences.

Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall'Ora, C. ve ark. (2018a). Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. *Health Services and Delivery Research*, ***6 (38),*** 6-7.

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

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P. ve ark. (2018b). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, ***74(7),*** 1474–1487.

Gutierrez, K.M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing, **24(5)**,* 229-241.

Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis.* New York: Oxford university press, pp.21-35.

Harvey, C., Bay, H., Buckley, C., Forrest, R., Roberts, J., Searle, J. ve ark. (2014). Aberrant work environments–rationed care as system failure or missed care as skills failure?. *Journal of Nursing Administration*, ***43(5),*** 1509-1517.

Hessels, A. J., Flynn, L., Cimiotti, J. P., Cadmus, E. ve Gershon, R.R. (2015). The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical Nursing Studies*, ***3(4),*** 60.

Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D. ve Wurmser, T. A. (2019). Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *Journal of Nursing Care Quality, **34(4)**,* 287-294.

Hu, Y. C., Chen, J. C., Chiu, H. T., Shen, H. C. ve Chang, W.Y. (2010). Nurses' perception of nursing workforce and its impact on the managerial outcomes in emergency departments. *Journal of Clinical Nursing, **19(11-12)**,* 1645-1653.

Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.

International Test Commission (ITC) (2018). The ITC guidelines for translating and adapting tests (Second edition). *International Journal of Testing, **18(2)**,* 101-134.

Jessup, R.L. (2007). Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference?. *Australian Health Review, **31(3)**,* 330.

Jirapaet, V., Jirapaet, K. ve Sopajaree, C. (2006). The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, **35(6)**,* 746-754.

Jones, C., Chesak, S., Forsyth, D. ve Meiers, S. (2019). Missed nursing care as a quality ındicator during transition to a dedicated education unit model. *Nursing Education Perspectives, **40(2)**,* 105-106.

Jones, T.L. (2014). Validation of the perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA) instrument. *Nursing Forum*, ***49(2),*** 77-87.

Jones, T.L., Hamilton, P. ve Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies,* ***52(6),*** 1121–1137.

Kaiser, J.A. ve Westers, J.B. (2018). Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *Journal of Nursing Management*, ***26(5),*** 555-562.

Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (6. baskı). Ankara; Asil Yayın Dağıtım, p.116.

Kalisch, B. J. ve Lee, H. (2009). Nursing teamwork, staff characteristics, work schedules, and staffing. *Health Care Management Review*, ***34(4),*** 323-333.

Kalisch, B. J. ve Williams, R.A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, ***39(5),*** 211-219.

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. ve Hinshaw, A. S. (2009a). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing,* ***65(7),*** 1509-1517

Kalisch, B. J., Landstrom, G. ve Williams, R.A. (2009b). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook,* ***57(1),*** 3-9.

Kalisch, B. J., Lee, H. ve Rochman, M. (2010b). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, ***18(8),*** 938-947.

Kalisch, B. J., Lee, H. ve Salas, E. (2010a). The development and testing of the nursing teamwork survey. *Nursing Research,* ***59(1),*** 42-50.

Kalisch, B. J., Tschannen, D. ve Lee, K. H. (2011a). Do staffing levels predict missed nursing care?. *International Journal for Quality in Health Care*, ***23(3),*** 302-308.

Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H. ve Friese, C. R. (2011b). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality,* ***26(4),*** 291-299.

Kalisch, B. J., Xie, B. ve Ronis, D. L. (2013). Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nursing Research,* ***62(6),*** 405-413.

Kalisch, B., Weaver, S. ve Salas, E. (2009c). What does nursing teamwork look like?: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality,* ***24(4),*** 298-307.

Kalisch, B.J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality,* ***21(4),*** 306-313.

Kalisch, B.J. (2016). Errors of omission: How missed nursing care imperils patients. *Journal of Nursing Regulation, **7(3)**,* 64.

Kalisch, B.J. ve Lee, K.H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurse Outlook, **58**,* 233–241.

Kalisch, B.J. ve Lee, K.H. (2011). Nurse staffing levels and teamwork: A cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals. *Journal of nursing Scholarship*, ***43(1)**,* 82-88.

Kalisch, B.J., Gosselin, K. ve Choi, S.H. (2012b) A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health Care Management Review*, ***37**,* 320-328.

Kalisch, B.J., Terzioglu, F. ve Duygulu, S. (2012a). The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics, **30(1)**,* 29-37.

Kamel, H.K., Iqbal, M.A., Mogallapu, R., Maas, D. ve Hoffmann, R.G. (2003). Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, **58(11)**,* M1042-M1045.

Kim, K.J., Yoo, M.S. ve Seo, E.J. (2018). Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. *Asian Nursing Research*, ***12(2)***, 121-126.

Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. (1st ed.). Taylor & Francis Group, London; New York.

Korniewicz, D.M. ve El-Masri, M. (2010). Exploring the factors associated with hand hygiene compliance of nurses during routine clinical practice. *Applied Nursing Research, **23(2)***, 86-90.

Körner, M., Wirtz, M.A., Bengel, J. & Göritz, A.S. (2015). Relationship of organizational culture, teamwork, and job satisfaction in interprofessional teams. *BioMed Central Health Services Research, **15***, 243

Labrague, L.J., Santos, J.L., Tsaras, K., Galabay, J.R., Falguera, C.C., Rosales, R.A. ve ark. (2019). The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events, and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management (baskıda).*

Lafçı, D., Pehlivan, S. ve Demiray, G. (2016). Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, ***3(2),*** 55-64.

Lake, E. T., French, R., O'Rourke, K., Sanders, J. ve Srinivas, S. K. (2019). Linking the work environment to missed nursing care in labour and delivery. *Journal of Nursing Management.* (Baskıda).

Lake, E.T., Germack, H.D. ve Viscardi, M. K. (2016). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf, **25(7),*** 535-543.

Leonard, M., Graham, S. ve Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety, **13(1),*** i85-i90.

Leonard, M.W. ve Frankel, A.S. (2011). Role of effective teamwork and communication in delivering safe, high-quality care. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, ***78(6)***, 820-826.

Liu, L.F., Lee, S., Chia, P.F., Chi, S.C. ve Yin, Y.C. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *Journal of Nursing Research, **20(4),*** 300-309.

Lo, L. (2011). *Teamwork and communication in healthcare: A literature review*. Canada; Canadian Patient Safety Institute, pp.2-8.

Lucero, R. J., Lake, E.T. ve Aiken, L.H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing, **19(15-16),*** 2185-2195.

Mickan, S.M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review, **29(2),*** 211-217.

Min, A., Yoon, Y.S., Hong, H.C. ve Kim, Y.M. (2019). Association between nurses' breaks, missed nursing care and patient safety in Korean hospitals. *Journal of Nursing Management* (baskıda).

Mohamed, S. A. ve Abed, F. (2016). Perception of teamwork and missed nursing care among nurses in intensive care units at South Valley University hospitals. *Journal of Nursing and Health Sciences, **5(6),*** 89-97.

Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K.A. ve ark. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research, **37(6)**,* 1553-1581.

Mundy, L. M., Leet, T. L., Darst, K., Schnitzler, M. A. ve Dunagan, W. C. (2003). Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest, **124(3)**,* 883-889.

Nelsey, L. ve Brownie, S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian, **19(4)**,* 197-202.

Orique, S.B., Patty, C.M. ve Woods, E. (2016). Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-acute settings. *Journal of Nursing Care Quality, **31(1)**,* 84-89.

Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P. ve ark. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine, **10(6)**,* 693-702.

Papastavrou, E., Andreou, P. ve Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management, **29(1)**,* 3-25.

Pasero, C. ve Belden, J. (2006). Evidence-based perianesthesia care: accelerated postoperative recovery programs. *Journal of Perianesthesia Nursing*, ***21(3)**,* 168-176.

Piscotty, R. J., Kalisch, B., Gracey-Thomas, A. ve Yarandi, H. (2015). Electronic nursing care reminders: implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Administration, **45(5)**,* 239-242.

Polis, S., Higgs, M., Manning, V., Netto, G. ve Fernandez, R. (2017). Factors contributing to nursing team work in an acute care tertiary hospital. *Collegian, **24(1)**,* 19-25.

Polit, D.F. ve Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Principles and Methods.* PA: Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Kristensen, H. ve Wengler, A. (2004). Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clinical Nutrition, **23(5)**,* 1009-1015.

Rochefort, C.M. ve Clarke, S.P. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advanced Nursing*, ***66(10),*** 2213-2224.

Salas, E., Cooke, N.J. ve Rosen, M.A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *Human Factors, **50(3),*** 540-547.

Salas, E., Sims, D. E. ve Burke, C. S. (2005). Is there a "big five" in teamwork?. *Small Group Research, **36(5),*** 555-599.

Saqer, T.J. ve AbuAlRub, R.F. (2018). Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, ***27(13-14),*** 2887-2895.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B. ve ark. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals-a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies, **50(2),*** 230-239.

Schubert, M., Clarke, S.P., Aiken, L.H. ve De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care, **24(3),*** 230-238.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. *International Journal for Quality in Health Care, **20(4),*** 227-237.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. ve De Geest, S. (2007). Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing Research*, **56(6)**, 416-424.

Schuckhart, M.C. (2010). *The MISSCARE Nursing Survey: A Secondary Data Analysis.* (Doctoral dissertation).

Seçer, İ. (2018). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları.* Ankara: Anı yayıncılık.

Shortell, S.M. ve Singer, S.J. (2008). Improving patient safety by taking systems seriously. *Journal of the American Medical Association*, ***299(4),*** 445-447.

Sinn, C. L. J., Tran, J., Pauley, T. ve Hirdes, J. (2016). Predicting adverse outcomes after discharge from complex continuing care hospital settings to the community. *Professional Case Management, **21(3)**,* 127-136.

Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E. ve Lake, E.T. (2018). Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *Western Journal of Nursing Research, **40(6)**,* 779-798.

Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care, **42(2)**,* 67-73.

Steege, L. M., Drake, D. A., Olivas, M. ve Mazza, G. (2015). Evaluation of physically and mentally fatiguing tasks and sources of fatigue as reported by registered nurses. *Journal of Nursing Management, **23(2)**,* 179-189.

Sutcliffe, K. M., Lewton, E. ve Rosenthal, M.M. (2004). Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine, **79(2)**,* 186-194.

Şimşek, Ö.F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları* (1.Baskı; pp. 14-49). Ekinoks, Ankara.

Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th Ed.). Pearson, Boston.

Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (5. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Tou, Y. H., Liu, M. F., Chen, S. R., Lee, P. H., Kuo, L. M. ve Lin, P. C. (2019). Investigating missed care by nursing aides in Taiwanese long-term care facilities. *Journal of Nursing Management (baskıda)*.

Tucker, A. L., Singer, S. J., Hayes, J. E. ve Falwell, A. (2008). Front-line staff perspectives on opportunities for improving the safety and efficiency of hospital work systems. *Health Services Research, **43(5)**,* 1807-1829.

Twigg, D. E., Gelder, L. ve Myers, H. (2015). The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, ***71(7)**,* 1564-1572.

Ulusoy, H. ve Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi, **2**,* 55-61.

Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R., Metnitz, B., Bauer, P. ve ark. (2009). Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: Multinational prospective study. *BMJ, **338***, b814.

Valentine, M., Nembhard, I. ve Edmondson, A. (2011). *Measuring teamwork in health care settings: A review of survey instruments.* Boston, USA: Harvard Business School & Yale University School of Medicine.

Villamin, C., Anderson, J., Fellman, B., Urbauer, D. ve Brassil, K. (2019). Perceptions of Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units. *Journal of Nursing Care Quality*, ***34(1)***, 47-53.

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

Wheelan, S. A., Burchill, C. N. ve Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care, **12(6)***, 527–534.

Whitney, J. D. ve Parkman, S. (2004). The effect of early postoperative physical activity on tissue oxygen and wound healing. *Biological Research for Nursing*, ***6(2)***, 79-89.

Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. ve ark. (2015). Work intensification as missed care. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work, **25(2)***, 118-133.

World Health Organization [WHO] (2009). *Human factors in patient safety review of topics and tools.* http:/www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

World Health Organization [WHO] (2011). *WHO patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization [WHO] (2019). *Process of translation and adaptation of instruments*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

Yılmaz, A.T. ve Yıldırım, A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, **67***, 40-52.

Yohannes, A. M. ve Connolly, M. J. (2003). Early mobilization with walking aids following hospital admission with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Rehabilitation*, ***17(5)***, 465-471.

Zander, B., Dobler, L., Bäumler, M. ve Busse, R. (2014). Nursing tasks left undone in German acute care hospitals-results from the international study RN4Cast. *Gesundheitswesen, **76(11)**,* 727-734.

Zeleníková, R., Gurková, E. ve Jarošová, D. (2019). Missed nursing care measured by MISSCARE Survey–the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, **10(1)**,* 958-966.

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

FORMLAR

EK 1: ARAŞTIRMA TAKVİMİ

İş No	*Uygulamalar*	*Mayıs 2018*	*Haziran 2018*	*Temmuz 2018*	*Ağustos 2018*	*Eylül 2018*	*Ekim 2018*	*Kasım 2018*	*Aralık 2018*	*Ocak 2019*	*Şubat 2019*	*Mart 2019*	*Nisan 2019*	*Mayıs 2019*	*Haziran 2019*	*Temmuz 2019*	*Ağustos 2019*	*Eylül 2019*	*Ekim 2019*	*Kasım 2019*	*Aralık 2019*	*Ocak 2020*
1	Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2	Araştırma konu önerisinin verilmesi		X																			
3	Anket formlarının hazırlanması ve yazarlarından kullanım izni alınması		X																			
4	Etik kurul izni ve kurum izinlerinin alınması		X	X	X	X																
5	Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği çeviri aşaması		X																			
6	Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği uzman görüşü alınması		X	X	X																	
7	Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği'nin pilot uygulaması						X															
8	Araştırma önerisinin verilmesi						X															
9	Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği test ve tekrar test için veri toplama						X	X	X													
10	Birinci aşama verilerinin analizi ve değerlendirilmesi									X	X											
11	Kişisel bilgi formu, Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi ve Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği'nin kamu, üniversite ve özel hastanelerde uygulanması										X	X	X	X	X							
12	İkinci aşama verilerinin analizi ve değerlendirilmesi															X	X					
13	Sonuç raporlarının yazılması																X	X	X			
14	Tez raporunun yazımı																X	X	X	X		
15	Tez intihal taraması																			X		
16	Tezin jüriye teslimi, tez savunma sınavı, tezin enstitüye ve YÖK'e gönderilmesi																				X	X

EK 2: KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLER FORMU

Hastane adı:……
Servis adı ve yatak sayısı:…….....

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz: [ ] Kadın [ ] Erkek
3. Medeni durumunuz: [ ] Evli [ ] Bekar
4. Mesleğiniz: [ ] Hemşire [ ] Acil Tıp Teknisyeni [ ] Paramedik [ ]Ebe [ ] Hemşire yardımcısı
5. Eğitim durumunuz:
[ ] Sağlık Meslek Lisesi [ ] Ön Lisans [ ] Lisans [ ] Yüksek lisans [ ] Doktora
6. Çalışma pozisyonunuz nedir?
[ ] Servis hemşiresi [ ] Yoğun bakım hemşiresi [ ] Ameliyathane hemşiresi
[ ] Poliklinik hemşiresi [ ] Acil hemşiresi [ ] Yönetici hemşire
[ ] Özel birim hemşiresi (diyaliz vb.) [ ] Diğer: .....……..
7. Meslekte toplam çalışma süreniz ***(ay/yıl olarak yazınız)***: .....…
8. Bu hastanedeki toplam çalışma süreniz ***(ay/yıl olarak yazınız)***: .....
9. Servis/birimdeki toplam çalışma süreniz ***(ay/yıl olarak yazınız)***: .....
10. Kadro durumunuz: [ ] Sözleşmeli [ ] Kadrolu
11. Çalışma şekliniz: [ ] Vardiya [ ] Sürekli gündüz [ ] Sürekli akşam [ ] Sürekli gece
12. Mesai saatleri içinde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı: .....
13. Son vardiyanızda bakım verdiğiniz hasta sayısı: .....
14. Servisinizde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı: .....
15. Servisinizde hastaların ortalama yatış gün sayısı: .....
16. Haftalık ortalama çalışma saatiniz: .....
17. Haftalık ortalama fazla mesai saatiniz: .....
18. Son üç ay içinde hastalığınız veya başka bir nedenle işe devamsızlık yaptığınız saat/gün sayısı: .....
19. Servisinizde yapılan hasta bakımları ve tedavileri hangi yöntemle kayıt edilmektedir? : [ ] Elle [ ] Elektronik
20. Çalıştığınız birimde ekip üyeleri ile iletişiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
[ ] Çok kötü (1) [ ] Kötü (2) [ ] Normal (3) [ ] İyi (4) [ ] Çok iyi (5)
21. Bugüne kadar ekip çalışmasına yönelik herhangi bir eğitim (kurs, seminer, hizmet içi eğitim vb.) aldınız mı?
[ ] Evet [ ] Hayır
22. Meslek hayatınız boyunca sorumlu olduğunuz bir bakımı tamamla(ya)madığınız veya geciktirdiğiniz oldu mu?
[ ] Evet [ ] Hayır
23. Çalıştığınız birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
[ ] Hiç yeterli değil [ ] ≤%25 yeterli [ ] %50 yeterli [ ] ≥%75 yeterli [ ] %100 yeterli

	Hiç memnun değilim	**Memnun değilim**	**Bazen memnunum**	**Memnunum**	**Çok memnumum**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
24. Mevcut pozisyondaki görevinizden ne kadar memnunsunuz?					
25. Mevcut görevinizden bağımsız olarak hemşire olarak çalışmaktan ne kadar memnunsunuz?					
26. Çalıştığınız servisteki ekip çalışması uyumundan ne kadar memnunsunuz?					
27. Mevcut durumda aldığınız maaşınızdan ne kadar memnunsunuz?					
28. Çalıştığınız servisteki yöneticinizin sizleri desteklemesinden ne kadar memnunsunuz?					
29. Kurumunuzda sizlere sağlanan eğitim, kariyer olanaklarından ne kadar memnunsunuz?					
30. Kurumunuzun sizlere sağladığı teknolojik olanaklardan ne kadar memnunsunuz?					

EK 3: HEMŞİRELİKTE EKİP ÇALIŞMASI ÖLÇEĞİ (HEÇÖ)

	ÖNEMLİ NOT: Bu araştırma kapsamında "EKİP" kavramı, sadece hemşireleri, hemşire olarak görev yapanları ve birim sekreterlerini kapsamakta olup hemşirelerin kendi içinde oluşturdukları **interdisipliner HEMŞİRELİK EKİBİNİ** tanımlamaktadır. Lütfen soruları bunu göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Soruları, mevcut durumda çalıştığınız servisteki HEMŞİRELİK EKİBİNİ düşünerek cevaplayınız.	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Ekip üyeleri etkin iletişim kurmak için söylenenleri birbirlerine açıklar.					
2	Ekip üyeleri geri bildirime değer verir, birbirlerine yapıcı geri bildirim verir ve alır.					
3	Ekip üyeleri fikirlerini ve bilgilerini birbirleriyle rahatlıkla paylaşır.					
4	Ekip üyeleri iyileştirmeler yapmak ve yeni uygulama yöntemleri geliştirmek için değişimlere ayak uydurmaya hazırdır.					
5	Ekip üyeleri birbirlerine güvenir.					
6	Ekip üyelerinden biri işe gelmediğinde ya da başka bir birime görevlendirildiğinde sorumlulukları diğer ekip üyeleri arasında adil olarak yeniden dağıtılır.					
7	Ekip üyeleri birbirlerine beklentilerini açıkça ifade eder.					
8	Ekip üyelerinin çoğu çatışmaların üstesinden gelmektense kaçınma eğilimi gösterir.					
9	Güçlü kişilik özelliklerine sahip ekip üyeleri ekibin kararlarında daha baskındır.					
10	Bir vardiyada çalışan ekip üyeleri işlerini tamamlayamadığında sonraki vardiyada çalışan üyeler bu durumdan yakınır.					
11	Ekip üyelerinin geri bildirimleri yardımcı olmak yerine çoğunlukla yargılayıcıdır.					
12	Ekip üyeleri iyileştirilmesi gereken konularla ilgili önerilere çoğunlukla savunmacı yaklaşır.					
13	Ekip üyelerinden bazıları molalarda (yemek, çay, sigara vb.) daha fazla zaman harcar.					
14	Ekip üyeleri ekibin amaçlarına ulaşmada birlikte çalışmak yerine kendi işlerine daha çok odaklanır.					
15	Farklı eğitim düzeyindeki (lise, ön lisans, lisans vb.) hemşireler bir ekip olarak birlikte uyumlu çalışamazlar.					
16	Ekip üyeleri, ekip arkadaşlarının hatalarını ve rahatsız edici davranışlarını onlarla konuşmak yerine görmezden gelir.					
17	Ekip üyelerinden biri işlerini yetiştiremediğinde diğerleri bunu dikkate alarak yardım eder.					
18	İş yükü çok yoğunlaştığında ekip üyeleri bir araya gelir ve işi bitirmek için birlikte çalışır.					
19	Ekip üyeleri bireysel çalışmalarını aksatmadan birbirlerine yardımcı olabilir.					
20	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler vardiya boyunca ekip üyelerine yardımcı olmaya hazır ve isteklidir.					
21	Ekip üyeleri başka bir ekip üyesinin ne zaman yardıma gereksinim duyduğunu çoğu kez o kişi talep etmeden bilir.					
22	Ekip üyeleri, diğer ekip üyeleri meşgulken veya iş yükleri fazla olduğunda onların hastalarına gönüllü olarak bakar.					
23	Tüm ekip üyeleri vardiya boyunca kendi sorumluluklarını bilir.					
24	Ekip üyeleri birbirlerinin rol ve sorumluklarını bilir.					
25	Nöbet teslimlerinde hastaların bakımı için gerekli olan tüm bilgiler aktarılır.					
26	Ekip üyeleri sıklıkla birlikte çalıştıkları ekip üyelerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilir.					
27	Ekip üyeleri, diğer üyelerin sözlerinde duracaklarını bilir.					
28	Ekip üyeleri kaliteli iş yapmak için tüm üyelerin birlikte çalışması gerektiğine inanır.					
29	Ekip üyeleri birbirlerine saygı duyar.					
30	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler vardiya boyunca ekip üyelerinin görevlerini tamamlama durumunu izler.					
31	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler ekip içinde iş yükünü dengeli bir şekilde dağıtır.					
32	Vardiya sırasında iş yükünde değişimler meydana geldiğinde (hasta kabulleri, taburculuk işlemleri, hastaların sorunları vb.) bu değişimlerle baş etmek için gerekli planlamalar yapılır.					
33	Servis sorumlu hemşiresi veya ekip lideri olarak görev yapan hemşireler neyin yapılması gerektiğine ve nasıl yapılacağına dair net ve uygun talimatlar verir.					

EK 4: KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ ANKETİ (KHBA)

Bölüm A- Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

Hemşirelik bakım hizmetleri çoğunlukla öncelikler oluşturmayı, birçok talebin zamanında karşılanmasını gerektirmesine karşın, hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı veremeyebilmektedir. Size göre, biriminizdeki hemşirelik personeli tarafından, aşağıdaki hemşirelik bakım unsurları (siz de dahil) hangi sıklıkta **verilemiyor?**
Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. **Örneğin;** "hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa" bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir.
Servisinizde hiç yapılmayan (gerek olmayan) hemşirelik bakım aktiviteleri için **"Uygun Değil"** seçeneğini işaretlemelisiniz.

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

Bölüm B-Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri

Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin A bölümünde işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin **VERİLEMEME NEDENLERİNİ** aşağıda belirtiniz. **Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.**

Şu anda çalışmakta olduğunuz servisi düşünerek cevaplayınız.

Hemşirelik bakımının verilememesi için nedenler **Bu nedenler sizin çalıştığınız servis için nasıl?**	**Önemli** bir neden	**Orta** 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				

Katkılarınız için size minnettarız, çok teşekkür ederiz.

EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (AŞAMA 1)

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında doktora öğrenci Arş. Gör. Gülcan TAŞKIRAN tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulu'nun 2019.190.IRB3.131 sayılı onayı ile etik kurul izni verilen, **"Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi"** başlıklı doktora tez çalışmasına katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılmanız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI
Bu çalışma, Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği'nin (HEÇÖ) Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla planlanmıştır.

PROSEDÜRLER
Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:
5 sorudan oluşan demografik soruları ve 33 sorudan oluşan "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)" formunu doldurmanız beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

GİZLİLİK
Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacaktır. Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak-kimliğinizi ortaya çıkarak herhangi bir soru yoktur. Yanıtlarınız kurumunuz da dahil olmak üzere, diğer kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacak, sadece tüm örneklemden elde edilen sonuçlar bir bütün olarak, kurum ve şahıs bilgisi verilmeden bilimsel amaçlarla doktora tezi kapsamında yayımlanacaktır.

KATILIM VE AYRILMA
Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:
Arş. Gör. Gülcan TAŞKIRAN, İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet caddesi, 34381, Şişli-İSTANBUL, E-mail: glcan.takran8@gmail.com, Tel: 0212 440 0000/27134

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

_____
Katılımcı Adı-Soyadı

_____ _____
Katılımcı İmzası **Tarih**

_____ _____
Araştırmacının İmzası **Tarih**

EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (AŞAMA 2)

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında doktora öğrenci Arş. Gör. Gülcan TAŞKIRAN tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulu'nun 2019.190.IRB3.131 sayılı onayı ile etik kurul izni verilen, **"Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi"** başlıklı doktora tez çalışmasına katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılmanız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI
Bu çalışma, kamu, üniversite ve özel hastanelerdeki karşılanmayan hemşirelik bakımının mevcut durumu ile nedenlerini tanımlamak ve hemşirelerin ekip çalışması ve diğer kişisel, kurumsal özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımına etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

PROSEDÜRLER
Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:
31 sorudan oluşan Kişisel bilgi formu, 33 sorudan oluşan "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)" ve 37 sorudan oluşan "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA)" formlarını doldurmanız beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

GİZLİLİK
Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacaktır. Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak-kimliğinizi ortaya çıkarak herhangi bir soru yoktur. Yanıtlarınız kurumunuz da dahil olmak üzere, diğer kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacak, sadece tüm örneklemden elde edilen sonuçlar bir bütün olarak, kurum ve şahıs bilgisi verilmeden bilimsel amaçlarla doktora tezi kapsamında yayımlanacaktır.

KATILIM VE AYRILMA
Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:
Arş. Gör. Gülcan TAŞKIRAN, İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet caddesi, 34381, Şişli-İSTANBUL, E-mail: glcan.takran8@gmail.com, Tel: 0212 440 0000/27134

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

_____
Katılımcı Adı-Soyadı

_____ _____
Katılımcı İmzası **Tarih**

_____ _____
Araştırmacının İmzası **Tarih**

EK 7: ETİK KURUL KARARI

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	07.08.2018
Karar No:	2019.190.IRB3.131
Sorumlu Araştırıcı:	Gülcan Taşkıran
Araştırma Başlığı:	Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin ve Nedenlerinin İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	08.08.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından değerlendirilmiş ve Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK 8: KURUM İZİN YAZILARI

İÜC Tarih ve Sayı: 12/10/2018-74430

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı :19274766-199-
Konu :Gülcan TAŞKIRAN' ın tez çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :13/09/2018 tarihli, 56716 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda başladığı doktora eğitimine Prof.Dr.Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında devam eden Gülcan TAŞKIRAN'ın "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin ve Nedenlerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapmasında sakınca olmadığını,

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Selma KAÇAR
Müdür

Doğrulamak için:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BELC0LHSJ
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Kenan KAYAKLIDahili : 21342
Tel : 0 (212)414 30 00 Faks : 0 (212) 414 33 30
e-posta : ctfhemsirelikhizmetleri@gmail.com Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Tarih ve Sayı: 26/10/2018-22248

Tarih ve Sayı: 25/10/2018-335490

BEKA0VPCZ

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :89969066-804.01-
Konu :Gülcan TAŞKIRAN'ın Tez Çalışma İzni

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

İlgi :11/09/2018 tarihli, 28340 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında başladığı doktora eğitimine Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında devam eden Gülcan TAŞKIRAN'ın *" Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Etkisinin ve Nedenlerinin İncelenmesi "* başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde **mesai saatleri dışında uygulamasına** 17.10.2018 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Bahaüddin ÇOLAKOĞLU
Dekan

İ.Ü. CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri ve Genel Evrak Md.
Gelen Evrak
Sayı:
26-10-2018

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKA0VPCZ

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Emel BÖHÜRLER Dahili : 31387

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa Gereğince E-imzalıdır.
Doğrulamak için : http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKA0VPCZ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ
17/09/2018 11:33 - 97010115 - 604.02 - E.6237
0007875100

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi

Sayı : 97010115-604.02
Konu : Gülcan TAŞKIRAN(Tez Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Not : İlgi : 12/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2765 sayılı yazınıza istinaden

İlgide kayıtlı yazı ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında Doktora Öğrencisi Gülcan TAŞKIRAN' ın "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Etkisinin Ve Nedenlerinin İncelenmesi " başlıklı tez çalışması yapma talebi tarafımızca değerlendirilmiş ve uygun görümüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Adnan
DEVELİOĞLU
Başhekim

Ek: Gülcan TAŞKIRAN(Tez_Ek)
32 sayfa

Zuhuratbaba Mah. Dr.Tevfik Sağlam Cad. No:25/2 Posta Kodu 34147
Faks No:
e-Posta:sakine.kuce@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
http://bakirkoyruhsinir.gov.tr/index.html
Bilgi için:Sakine KÜCE
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0212 409 15 15 /

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden def76bb9-14fa-4c70-b267-80aad2167766 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
14/09/2018 17:16 - 80929729 - 604.01.01 - E.27961

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 80929729-604.01.01
Konu : Gülcan TAŞKIRAN(Tez Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

İlgi : 12/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2765 sayılı yazınız.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında Doktora Öğrencisi Gülcan TAŞKIRAN'ın "Hemşirelikte ekip çalışması ölçeğinin türkçeye uyarlanarak karşılanmayan hemşirelik etkisinin ve nedenlerinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapmasının uygun olduğu hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Yard.Doç.Dr. Mehmet Emin
GÜNEŞ
Başhekim V.

Tugut Özal Cad. No:1 Halkalı/İST
Faks No:0212 495 59 56
e-Posta:secil.koc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0212 404 15 00

Bilgi için:Seçil KOÇ
Unvan:FİRMA
Telefon No:1054

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 4d585a04-e1f7-475b-b4d9-f2af008ba4ce kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
22/10/2018 16:20 - 48670771 - 771 - E.21334
0007918369

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 48670771-771
Konu : Araştırma İzni (Gülcan TAŞKIRAN)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 12/09/2018 tarih ve 16867222-604.01.01-E.2765 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazıda belirtilen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında Doktora Öğrencisi Gülcan TAŞKIRAN"ın Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Etkisinin ve Nedenlerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ
Başhekim

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve AR-GE Birimi
Faks No:0212 221 78 00
e-Posta:hacer.ozel1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hacerozkulozel@hotmail.com
Bilgi için:Hacer ÖZEL
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0212 314 55 55

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 39575b51-4377-42eb-a685-a90f7545b022 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 21/09/2018-16664
Cerrahpaşa Caddesi No:4 Topkapı 34010 İstanbul T: 0850 250 8 250 F: 0212 311 34 10 www.kuh.ku.edu.tr

KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

17.09.2018

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na

İlgi: "97248701-300" sayılı 11.09.2018 tarihli Tez Çalışması (Gülcan TAŞKIRAN) " Konulu Yazınız Hk.

Sayı : 1246

Hemşirelik doktora programı kapsamında Gülcan Taşkıran tarafından gerçekleştirilmesi planlanan "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Etkisinin ve Nedenlerinin İncelenmesi" isimli çalışmanın Koç Üniversitesi Hastanesi'nde yapabilmesi konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun bulunmuştur.

Konuyu bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla,

Dr. Erdal M. Aksoy

Başhekim/Medikal Direktör

EMA/hd/1246/2018

İ.Ü. CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri ve Genel Evrak Md.
Gelen Evrak
Sayı:

MLPCARE

14.12.2018

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ'NE

Sayı :4956
Konu : Tez Çalışma İzni

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Doktora Eğitiminde, Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında devam eden, Gülcan TAŞKIRAN'ın 'Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Etkisinin ve Nedenlerinin İcelenmesi' başlıklı tez çalışmasını araştırma protokolü gereğince kişisel verilerin korunması kanunu dikkate alınarak, 17.12.2018 – 14.01.2019 tarihleri aralığında anket çalışmasını Bahçelievler Medical Park Hastanemiz'de yapması uygundur.

Bilginize sunulur.

Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü
Adı ve Soyadı: Emel Gümüş
Tarih ve İmza:
17.12.2018

İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü
Adı ve Soyadı: Şehnaz Bulak
Tarih ve İmza:
17.12.2018

Flatofis, Haliç, Defterdar, Otakçılar Cad. No:78, 34050 Eyüp / İstanbul
T. +90 212 227 55 55 F. +90 212 227 23 28
www.mlpcare.com

MEDICALPARK | HIV HOSPITAL | VM MEDICALPARK

MEDICANA

MEDICANA SAĞLIK GRUBU

Tarih: 28.09.2018
Sayı: MRK/2018 -003
Konu: Gülcan TAŞIRAN-Tez Çalışma İzni

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi: 11/09/2018 tarih ve 28340 sayılı yazınız.

İlgili yazınız incelenmiş olup, Gülcan TAŞKIRAN'ın "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Etkisinin ve Nedenlerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Kurumumuzda yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz/rica olunur.

Gülay KAÇAR
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

MEDICANA SAGLIK GRUBU MERKEZ OFİSİ
Tekstilkent Koza Plaza Oruç Reis Mah. Tekstilkent Cad.
No:12 A Blok Kat:23 34285 Esenler / İSTANBUL
T: +90 212 438 28 51 F: +90 212 438 23 51
www.medicana.com.tr

T.C

ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ HASTANESİ

HASTA BAKIM VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ

Konu: İzin

Tarih: 16.10.2018

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ'NE

Fakülteniz öğretim üyesi Prof. Dr. Ülkü Baykal'ın danışmanlığında Araş. Gör. Gülcan Taşkıran'nın yaptığı "Hemşirelikte ekip çalışması ölçeği'nin Türkçeye uyarlanarak karşılanmayan hemşirelik bakımına etkisinin ve nedenlerinin incelenmesi" konulu çalışmanız tarafımızca incelenmiş ve Merkezimizde yapılması uygun görülmüştür.

Elif AKBAL

Hasta Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

TELİF HAKKI İZNİ

EK 9: Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ) Türkçe'ye uyarlama izni

Subject: Re: Permission to perform the validity and reliability study of The Nursing Teamwork Survey in Turkish
From: "kalisch, Bea" <bkalisch@med.umich.edu>
To: gülcan taşkıran <glcan.takran8@gmail.com>
Date Sent: 19 Haziran 2018 Salı 02:31:13 GMT+03:00
Date Received: 19 Haziran 2018 Salı 02:31:14 GMT+03:00

I give you permission to translate the Nursing Teamwork Survey. I would like to coauthor the article in the development and translation into Turkish. NTS-Turkish. Bea

Sent from my iPad

On Jun 18, 2018, at 6:04 PM, gülcan taşkıran <glcan.takran8@gmail.com> wrote:

> Dear Beatrice J. Kalisch,
>
> There is a Turkish version of the MISSCARE Survey but there isn't a Turkish version of the Nursing Teamwork Survey. You suggested me to use these two scales together. Therefore I firstly want to perform validity and reliability study of The Nursing Teamwork Survey into the Turkish version.
>
> Until now, Do a researcher asked you to give a permission to perform the validity and reliability study of The Nursing Teamwork Survey in Turkish? If not, could you give me permission to use your scale in our research to perform validity and reliability study of your scale in Turkish?
>
> Could you send me the last version of your scale?
>
> Yours sincerely.
>
> **Gulcan TASKIRAN**
> **Research Assistant, PhD Student**
> **Istanbul University Faculty of Nursing**
> **Nursing Administration Department**
> **Sisli/İSTANBUL**
> **Tel:+02124400000 - 27134**

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

EK 10: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA) kullanım izni

Subject: RE: Permission to use The MISSCARE Survey-Turkish
From: "kalisch, Bea" <bkalisch@med.umich.edu>
To: gülcan taşkıran <glcan.takran8@gmail.com>
Date Sent: 20 Haziran 2018 Çarşamba 20:37:06 GMT+03:00
Date Received: 20 Haziran 2018 Çarşamba 20:37:07 GMT+03:00

Dear Gulcan
You have my permission to use the MISSCARE Survey Turkish

Beatrice J.Kalisch, RN, PhD, FAAN
Titus Distingished Professor of Nursing Emerita
University of Michigan
School of Nursing
2703 White Oak Drive
Ann Arbor, Michigan 48103

From: gülcan taşkıran [mailto:glcan.takran8@gmail.com]
Sent: Tuesday, June 19, 2018 2:42 AM
To: kalisch, Bea <bkalisch@med.umich.edu>
Subject: Permission to use The MISSCARE Survey-Turkish

Dear Beatrice J. Kalisch,

Could you also give me permission to use the MISSCARE Survey-Turkish in our research ?

Yours sincerely.

Gulcan TASKIRAN
Research Assistant, PhD Student
Istanbul University Faculty of Nursing
Nursing Administration Department
Sisli/İSTANBUL
Tel:+02124400000 - ***27134***

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

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMŞİRELİKTE EKİP ÇALIŞMASI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANARAK KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%11	%7	%4	%9
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	<%1
5	adusaglikbilimlerikongresi.com İnternet Kaynağı	<%1
6	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	iibf.ogu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülcan	**Soyadı**	Taşkıran Eskici
Doğ.Yeri	Manisa	**Doğ.Tar.**	03.10.1989
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	
Email	glcan.takran8@gmail.com	**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yük. Lisans	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim AD	2015
Lisans	Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	2012
Lise	Demirci Yabancı Dil Ağırlılı Lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl – Yıl)**
1. Araştırma Görevlisi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2019-Halen
2. Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa (ÖYP 35.madde görevlendirmesi OMÜ'den)	2016-2019
3. Araştırma Görevlisi	Ege Üniversitesi	2014-2016
4. Araştırma Görevlisi	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	2013-2014
5. Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşiresi	Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi	2012-2013

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	iyi	iyi	iyi	70 (ÜDS, 2011)	75 (YÖKDİL, 2017)

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı			
(Diğer) Puanı ALES (2013)	76,53109	76,82933	66,33762

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Taskiran, G. & Baykal, Ü. (2017). Hemşirelerin afetlere ilişkin görüşleri deneyimleri ve hazırlık algısı. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 10, 36-58. Doi: 10.17371/UHD2017.2.03

Taskiran, G. & Baykal, U. (2019). Nurses' disaster preparedness and core competencies in Turkey: a descriptive correlational design. International Nursing Review, 66(2), 165-175.

Dağhan, S., Toraman, A.U., Yelten, G., **Taşkıran, G.** & Savan, F. (2019). Knowledge and practices of mothers regarding use of vitamin D for infant health. The Journal of Current Pediatrics, 17(1), 58-70.

Ardahan, M., Ozsoy, S., Simsek, H., Savan, F., **Taskiran, G.** & Konal, E. (2019). The difficulties experienced by nursing students during the use of nanda diagnoses in care management. International Journal of Caring Sciences, 12(2), 1-9.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

Taskiran, G. ve Baykal, Ü. Bir Kamu Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları. Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. Sözel Bildiri, s.39, Ankara-Türkiye (13-15 Mayıs 2016).

Taskiran, G. Afetlerde Çevre Sağlığı Yönetimi. Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. Poster Bildiri, s.123, Ankara-Türkiye (13-15 Mayıs 2016).

Taskiran, G. ICN Afet Hemşireliği Yeterlilikler Çerçevesi. Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. Sözel Bildiri, s.50, Ankara-Türkiye (13-15 Mayıs 2016).

Şimşek, H., Ardahan, M., **Taşkıran, G.,** Savan, F., Konal, E. ve Özsoy, S. Difficulties Experienced by Nursing Students in Using Diagnosis of NANDA at Care Management. 3. World Conference on Health Sciences. Sözel bildiri, s.106, Kuşadası, Aydın, Türkiye. (28-30 Nisan 2016).

Taşkıran, G. Increasing disasters in a globalizing World and framework for actions of nurses. First International Congress on Nursing (ICON), Sözel bildiri, Lara-Antalya, Türkiye (16-18 Mart 2017).

Taşkıran, G. & Baykal, Ü. Nurses' preparedness for disasters in Turkey: Literature review. First International Congress on Nursing (ICON), Sözel bildiri, Lara-Antalya, Türkiye (16-18 Mart 2017).

Dağhan, S., Toraman, A.U., Savan, F., **Taşkıran, G.** & Yelten, G. The knowledge and practice of mothers regarding the use of vitamin D in babies' health. Poster presentation, International Council of Nurses Congress Book, P169W, p.121, Barcelona, Spain (2017, 27 May-1 June).

Taşkıran, G., Eşkin Bacaksız, F. & Harmancı Seren, A.K. Hemşirelik Öğrencilerin Facebook Paylaşımlarında Kişisel Mahremiyet Özenleri: Özbildirime Dayalı Bir Değerlendirme. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Sözel bildiri, S-0168, s.192, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Atatürk Kongre Merkezi, Aydın-Türkiye (29 Haziran-1 Temmuz 2017).

Taşkıran, G., & Yıldırım, A. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Alışkanlıkları Amaçları ve Sosyal Medya Bağımlılıklarının İncelenmesi. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Sözel bildiri, S-0104, s.121, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Atatürk Kongre Merkezi, Aydın-Türkiye (29 Haziran-1 Temmuz 2017).

Taşkıran, G., Tunçer, G., & Baykal, Ü. Nursing Students' Problems in Their Education Process: A Qualitative Research. Oral presentation, International Congress of Black Sea Nursing Education (ICOBNE) Congress Book, OP029, p.65, Samsun, Türkiye (12-13 Ekim 2017).

Hançerlioğlu, S., **Taşkıran, G.** & Şenuzun Aykar, F. Türk-Yunan Nüfus Mübadelesinden Bir Olay; Fare İtlafı. I. Uluslararası ve III. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, Tam metin sözel bildiri, SS-78, ss.479-484, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir-Türkiye (19-21 Eylül 2018).

Taşkıran, G. & Hançerlioğlu, S. Anna Kaplan; Kudüs'teki Hemşirelik Okulunun Kurucusu. I. Uluslararası ve III. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, Tam metin sözel bildiri, SS-144, ss.843-848, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir-Türkiye (19-21 Eylül 2018).

Taşkıran, G., Eşkin Bacaksız, F. ve Harmancı Seren, A.K. The Turkish version of the Health Professional Education in Patient Safety Survey: H-PEPSStr. Oral presentation, 7th International Nursing Management Conference Book, O-46, p.59, Kefaluka Resort Hotel, Akyarlar/Bodrum, Türkiye (25-27 Ekim 2018).

Taşkıran, G., Ünaldı Baydın, N. ve Baykal, Ü. Opinions and Attitudes of Nursing Students towards Medical Errors. Oral presentation, 7th International Nursing Management Conference Book, O-04, p.17, Kefaluka Resort Hotel, Akyarlar/Bodrum, Türkiye (25-27 Ekim 2018).

Uğuz, G., **Taşkıran, G.,** Eşkin Bacaksız, F. ve Harmancı Seren, A.K. Evaluation of national studies, which had been published in the last decade (2008-2017) related to "Patient Safety" in Turkey: A bibliographic review. Oral presentation, 7th International Nursing Management Conference Book, O-23, p.36, Kefaluka Resort Hotel, Akyarlar/Bodrum, Türkiye (25-27 Ekim 2018).

Taskiran, G. & Baykal Ü. The psychometric testing of the Nursing Teamwork Survey in Turkey. The Royal College of Nursing International Nursing Research Conference 2019, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK (03-05 September 2019).

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler ve kitap bölümü yazarlığı:

Taşkıran, G. ve Temel Bayık, A. (2017). Tutkulu bir istatistikçi: Florence Nightingale. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(2), 113-120.

Taşkıran, G. ve Baykal, Ü. (2017). Afetler ve Türkiye'de Hemşirelerin Afetlere Hazır Olma Durumları: Literatür İnceleme. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 4(2), 79-88. Doi: 10.5222/SHYD.2017.079

Taşkıran, G. ve Baykal, Ü. (2018). Afetlerde İnsan Kaynakları Yönetimi. Öztekin SD, editör. Afet Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri; ss.23-28.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

Avcı, S., Doğan, N., Kunter, D., Nacioğlu, A., Kaşka, S., **Taşkıran, G.,** Odabaşı, B. (2012). Koroner Arter By-Pass Greft Ameliyatı Geçirmiş Olan Bireylere Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimi. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Poster Bildiri, s.160, 26-28 Nisan, Bursa-Türkiye.

İlçe, A., Yorgun, S., **Taşkıran, G.,** Atdağı, E., Ateşli, E., Tokat, S. ve Topkaya, G. (2013). Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS)'nın Çalışan Güvenliği Uygulamalarına Etkisi. 8.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri, ss.443-445, 21-24 Kasım, Kuşadası-Türkiye.

Özsoy, Ö., Altuğ Özsoy, S. ve **Taşkıran, G.** (2015). Servikal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi'. 1.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri, s.203, 17-20 Haziran, İzmir-Türkiye.

Günay, B., Doğan, S., Altuğ Özsoy, S. ve **Taşkıran, G.** (2015). Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Lisans Eğitimi ve Eğitim Ortamlarına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. 15.Ulusal Hemşirelik Kongresi. Sözel Bildiri, s.69, 10-12 Eylül, Erzurum-Türkiye.

Taskiran, G. (2015). İlerideki Yol; Hemşirelerin ve Ulusal Hemşire Birliklerinin (NNA) Rolü. 15.Ulusal Hemşirelik Kongresi. Poster Bildiri, s.216, 10-12 Eylül, Erzurum-Türkiye.

Bayık Temel, A. ve **Taskiran, G.** (2016). Tutkulu Bir İstatistikçi: Florence Nightingale. II. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi. Poster Bildiri, ss.134-135, 01-04 Haziran, İzmir-Türkiye.

Yağbasan, E.F., Kaya, S., Erten, T., **Taşkıran, G.** & Yıldırım, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sosyal medya kullanım alışkanlıkları amaçları ve bağımlılıklarının incelenmesi. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sunulan sözel bildiri, S-019, s.32, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 26-28 Nisan, İstanbul-Türkiye.

Sözer, N.Ö., Ulutaş, G., Vardar, S., **Taşkıran, G.** & Eşkin Bacaksız, F. (2017). Hemşirelik öğrencilerin Facebook paylaşımlarında kişisel mahremiyet özenleri: öz bildirime dayalı bir değerlendirme. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde

sunulan poster bildiri, P-088, s.196, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 26-28 Nisan, İstanbul-Türkiye.

Ulusal sempozyum, kongre, çalıştay düzenlenmesi gibi faaliyetlerde aldığı görevler:

1.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Düzenleme Kurulu Üyesi, 17-20 Haziran 2015, Ege Üniversitesi 20 Mayıs Amfisi, İzmir-Türkiye

2. Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Düzenleme Kurulu Üyesi, 8-10 Aralık 2016, İstanbul Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, İstanbul-Türkiye

Katılınılan toplantı, sempozyum ve kongreler:

7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22-25 Nisan 2011, Rixos Grand Hotel, Ankara-Türkiye (Dinleyici)

1.Ulusal Hemşirelikte Yenilikler Kongresi, 11-13 Ekim 2012, Fatih Üniversitesi Konferans Salonu, Ankara-Türkiye (Dinleyici)

8.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 21-24 Kasım 2013, Pine Bay Holiday Resort Kuşadası, Aydın-Türkiye (Katılımcı)

1.Ulusal Hemşirelikte Yönetim Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı), 05-06 Aralık 2013, İstanbul Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, İstanbul-Türkiye (Dinleyici)

15.Pediatri Günleri, 3-4 Nisan 2014, Sabancı Kültür Merkezi, İzmir-Türkiye (Dinleyici)

Kardiyo-Bahar Kardiyoloji Bahar Güncellemesi, 8-11 Mayıs 2014, Kaya Otel, İzmir-Türkiye (Dinleyici)

I. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 18-21 Haziran 2014, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Muhittin Erel Amfisi, İzmir-Türkiye (Dinleyici)

Dünya Artrit Günü Paneli, 10 Ekim 2014, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir-Türkiye (Dinleyici)

Yenidoğan'da Kanıt Temelli Cilt Bakımı Sempozyumu, 28 Mart 2015, Anemon Ege Sağlık Otel, İzmir-Türkiye (Dinleyici)

Aşı Bilimi Kongresi, 29-30 Nisan 2015, Ege Üniversitesi 20 Mayıs Amfisi, İzmir-Türkiye (Dinleyici)

Toplumsal Bakış Açısıyla İnfertilite Paneli, 14 Mayıs 2015, İnfertilite Hemşireliği Derneği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir (Dinleyici)

Üreme Sağlığında Güncel Bilgiler Toplantısı, 6 Haziran 2015, Anemon Otel, Manisa (Dinleyici)

1.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17-20 Haziran 2015, Ege Üniversitesi 20 Mayıs Amfisi, İzmir (Katılımcı)

15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10-12 Eylül 2015, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum-Türkiye (Katılımcı)

Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi, 13-15 Mayıs 2016, Congresium, Ankara-Türkiye (Katılımcı)

24.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Dinleyici, 28-31 Mayıs 2016, Sabancı Üniversitesi, İstanbul-Türkiye (Dinleyici)

2. Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 8-10 Aralık 2016, İstanbul Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, İstanbul-Türkiye (Dinleyici)

First International Congress on Nursing, 16-18 Mart 2017, Lara-Antalya-Türkiye (Katılımcı)

I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Dinleyici, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Atatürk Kongre Merkezi, Aydın-Türkiye (Katılımcı)

International Congress of Black Sea Nursing Education (ICOBNE) Congress, 12-13 Ekim 2017, Grand Sheraton Samsun Otel, Samsun, Türkiye (Katılımcı)

Bilimsel Proje Hazırlama Çalıştayı, 30 Kasım 2017, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yeni Profesörler Kurulu Salonu, İstanbul-Türkiye (Dinleyici)

İntihal ve Yayın Etiği Çalıştayı, 10 Nisan 2018, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Konferans Salonu, İstanbul-Türkiye (Dinleyici)

Hemşirelik Zirvesi 2018, 11 Mayıs 2018, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul-Türkiye (Dinleyici)

I. Uluslararası ve III. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, Dinleyici, 19-21 Eylül 2018, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir-Türkiye (Katılımcı)

7th International Nursing Management Conference, 25-27 Ekim 2018, Kefaluka Resort Hotel, Akyarlar/Bodrum, Türkiye (Katılımcı)

The Royal College of Nursing International Nursing Research Conference, 3-5 Eylül 2019, Sheffield Hallam University, Sheffield, İngiltere (Katılımcı).

Kurs ve sertifika programları:

Sağlık/Hemşirelik Tarihi Araştırmaları Kursu, 18 Haziran 2014, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir-Türkiye.

Kaynakça Yönetim Yazılımları Semineri, 06 Kasım 2014, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir-Türkiye.

İleri Ofis Yazılımı Uygulamaları, 13 Kasım 2014, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir-Türkiye.

İnsan Bakım Bilimi ve Postmodern Hemşirelik Kursu, 9-11 Şubat 2015, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri-Türkiye.

Farkındalıklı Bir Yaşama Dokunmak, Yönetici Hemşireler Derneği (YÖHED), 10 Aralık 2016, İstanbul Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, İstanbul-Türkiye.

Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMARGE), 18-19 Nisan 2017, Ulucanlar Yarı Açık Cezaevi Kültür ve Kongre Merkezi, Ankara-Türkiye.

Niteliksel Araştırma Yöntemleri Kursu, Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL), 14-16 Haziran 2017, Avrupa Pasajı Aynalı Geçit Salonu Taksim, İstanbul-Türkiye.

Developing and Organizing a Trauma System and MCS Organization International Course, MASHAV Israel's Agency for International Development Cooperation Ministry of Foreign Affairs, October 22–November 3, 2017, The Teaching Center for Trauma, Emergency and MCS RAMBAM Health Care Campus, Haifa, İsrail.

İleri Analiz Yöntemleri Kursu, Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL), 24-26 Mayıs 2018, Avrupa Pasajı Aynalı Geçit Salonu Taksim, İstanbul-Türkiye.

Mendeley Eğitim Semineri, İstanbul Üniversitesi Merkez Kütüphanesi, 15 Şubat 2019, İstanbul Üniversitesi Kongre Ve Kültür Merkezi Büyük Salon, İstanbul, Türkiye.

Başarılar/Ödüller:

Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölüm Birinciliği Mezuniyet Ödülü, Başkent Üniversitesi, 2012.

Erasmus: Avans Hogeschool of Applied Sciences, Çocuk Fizyoterapisi, Breda- Hollanda, Ocak 2012-Haziran 2012.