T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HASTANELERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ATALET DURUMLARININ KAÇIRILMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI İLE İLİŞKİSİ

NERMİN UYURDAĞ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Bu çalışma 20.01.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Aytolan Yıldırım
Atlas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ülkü Baykal
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Yönetim Anabilim Dalı

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

Dr. Öğr. Üyesi Manar Aslan
Trakya 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.

Nermin UYURDAĞ

İTHAF

Rahmetli Anneme, Babama ve Sevgili Kızıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Hemşirelikte Yönetim alanındaki tüm deneyimini, bilgisini ve yakınlığını doktora eğitimime başlamamda ve doktora eğitimim boyunca benden esirgemeyen, hemşirelik mesleğine olan katkılarına ve mesleğe kattığı değerlere hayranlık duyduğum, yaşam enerjisi başta olmak üzere bir çok yönüyle örnek aldığım, çalışmama ve yaşamıma yaptığı rehberlikten dolayı değerli danışmanım **Prof.Dr. Aytolan YILDIRIM'a**

Doktora eğitimim boyunca bana kattıkları değerler ve yardımları için başta **Prof. Dr. Ülkü BAYKAL** olmak üzere değerli hocalarıma,

Çalışmamın istatistik analizinde desteğini esirgemeyen **Seyhan Çerçi** başta olmak üzere bütün arkadaşlarıma,

Tez yazım sürecindeki yardımlarından dolayı **Serkan AKSU'ya**

Ayırdıkları zaman ve emekleri için çalışmama destek veren bütün hemşirelere,

Doktora süreci boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili aileme yürekten sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Atalet 4
2.1.1. Atalet Kavramı 4
2.1.2. Bireysel Atalet 5
2.1.3. Örgütsel Atalet 7
2.1.4. Ataletin Nedenleri 9
2.1.4.1. Bireysel Ataletin Nedenleri 9
2.1.4.2. Örgütsel Atalet Nedenleri 15
2.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı 17
2.2.1. Bakım Kavramı 17
2.2.2. Hemşirelik Bakımı 20
2.2.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı 26
2.2.3.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Kavramsal Çerçevesi 26
2.2.3.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Nedenleri ve Etkileyen Etmenler 28
2.3. Atalet ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı 31
2.3.1. Atalet, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Hasta Güvenliği 33
2.3.2. Atalet, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve İnovasyon 34
2.3.3. Atalet, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Tükenmişlik 36
3. GEREÇ VE YÖNTEM 39

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 39
3.2. Araştırmanın Soruları.....39
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 39
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 40
3.5. Veri Toplama Araçları 40
3.6. Araştırmanın Uygulanması 43
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 43
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 43
3.9. Araştırmanın Verilerinin Analizi 44
4. BULGULAR.....46
4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular 46
4.2. Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçeklerine İlişkin Bulgular 47
4.3. Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçeği ile Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 50
4.4. Atalet Ölçeği ile Karşılanamayan Bakım Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular 60
5. TARTIŞMA 62
5.1. Atalet Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması 63
5.1.1. Atalet Ölçeğinden Alınan Toplam Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması.....63
5.1.2. Atalet Ölçeğinin ÖA ve DA Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması 64
5.1.3. Atalet Ölçeğinden Alınan Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Çalışma ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması 64
5.2. Karşılanamayan Bakım Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması 71
5.2.1. KHBG Puan Ortalamalarının Tartışılması 71
5.2.2. KHBHN ve İGK, İ/EÇ, MK Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışılması 73
5.2.3. KHBG Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Çalışma ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması.....75
5.2.4. KHBHN ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Çalışma ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması.....80
5.3. Atalet Ölçeği ile Karşılanamayan Bakım Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulgularının Tartışılması 85

6. SONUÇ VE ÖNERİLER....90
6.1. Sonuçlar....90
6.2. Öneriler....91
KAYNAKLAR....95
FORMLAR....111
Ek-1: Soru Formları....111
Ek-1a: Tanıtıcı Bilgi Formu....111
Ek-1b: Atalet Ölçeği....112
Ek-1c: Karşılanmayan Bakım Ölçeği....113
Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu....115
ETİK KURUL KARARI....116
Ek-3:Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni....116
EK-4:ÖLÇEK MADDELERİ ORTALAMA VE STANDART SAPMALARI....117
Ek-4a:Atalet Ölçeği Ölçek Maddeleri Ortalama ve Standart Sapmaları (N=413)....117
Ek-4b: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçek Maddeleri Ortalama Ve Standart Sapmaları (N=413)....118
Ek-4c: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Ölçek Maddeleri Ortalama ve Standard Sapmaları (N=413)....119
EK-5: KURUM ARAŞTIRMA İZİNLERİ....120
Ek-5a: Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimliği Kurum İzni....120
Ek-5b: Diyarbakır Valiliği İl Sağlik Müdürlüğü Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni....121
Ek-5c: Batı Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni....123
EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ....124
Ek-6a: Atalet Ölçeği Kullanım İzni....124
Ek-6b: Karşılanamayan Bakım Ölçeği Kullanım İzni....125
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI....126
ÖZGEÇMİŞ....127

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Araştırma Örneklemi 40
Tablo 3-2: Ölçeklerin Madde Sayıları ve Cronbach Alfa Değerleri 42
Tablo 3-3: Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler 45
Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=413) 46
Tablo 4-2: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=413) 47
Tablo 4-3: Atalet Ölçeği Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları 48
Tablo 4-4: Karşılanamayan Bakım Ölçeği Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları ... 48
Tablo 4-5: Atalet ve Karşılanamayan Bakımı Ölçekleri Normallik Testi 49
Tablo 4-6: Atalet Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Kişisel Özelliklere Göre Karşılaşılaştırılması (N=413) 50
Tablo 4-7: Atalet Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Mesleki Özelliklere Göre Karşılaştılması (N=413) 51
Tablo 4-8: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Kişisel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=413) 52
Tablo 4-9: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Mesleki Özelliklere Göre Karşılaşılaştırılması (N=413) 54
Tablo 4-10: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Nedenleri Alt Boyutlarının Kişisel Özelliklere Göre Karşılaşılaştırılması (N=413) 56
Tablo 4-11: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Nedenleri Alt boyutlarının Mesleki Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=413) 58
Tablo 4-12: Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçekleri Arasındaki İlişki Testi (N=413) 60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Bireysel Ataletin Boyutları. 6
Şekil 2-2: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Modeli 28

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TDK: Türk Dil Kurumu

KHB: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

ICN: International Council of Nursing (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

THD: Türk Hemşireler Derneği

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği)

KHBM: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Modeli

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

ÖA: Öğrenme Ataleti

DA: Deneyim Ataleti

KHBG: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KHBHN: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Nedenleri

İGK: İş Gücü Kaynakları

İ/EÇ: İletişim/Ekip Çalışması

MK: Malzeme Kaynakları

YL: Yüksek Lisans

$\bar{x}$: Ortalama

Ss: Standart Sapma

Min: Minimum

Max: Maksimum

Ort: Ortalama

ÖZET

Uyurdağ, N.(2021). Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Atalet Durumlarının Kaçırılmış Hemşirelik Bakımı ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet düzeyini, karşılanamayan hemşirelik bakım düzeyini ve nedenlerini ve aralarındaki ilişkiyi göstermek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini Diyarbakır il merkezinde bulunan bir devlet üniversitesi hastanesi, bir eğitim araştırma hastanesi ve bir özel hastanede çalışan hemşireler (N:1694), örneklemini ise oransal tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen 413 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri,"Tanıtıcı Bilgi Formu, Atalet Ölçeği ve Karşılanamayan Bakım Ölçeği" ile Mart 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında toplandı. Verilerin analizinde, normallik testleri, güvenirlik analizleri, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, karşılaştırma ve korelasyon analizleri kullanıldı.

Bu çalışmada hemşirelerin ataletleri orta düzeyde, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri orta düzeyin üzerinde bulundu. Hemşirelerin atalet puan ortalamaları ile cinsiyet, çalışma süresi ve meslekle ilgili bilimsel yayın izleme arasında, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması ile yaş, çalışılan kurum ve çalışma süresi arasında, karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri puan ortalaması ile yaş, eğitim durumu, çalışılan kurum, çalışma süresi ve meslekle ilgili bilimsel yayın takip etme arasında, nedenlerin alt boyutları ile yaş, eğitim düzeyi,çalışılan kurum, çalışma süresi ve meslekle ilgili bilimsel yayın takip etme arasında anlamlı farklılık bulundu. Atalet ile alt boyutları arasında pozitif yönde, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri ve alt boyutları arasında negatif yönde, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri ile alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki saptandı. Atalet ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksimleri ve nedenleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Bu çalışmada hemşirelerin atalet durumları ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın atalet düzeylerinin orta düzeyde bulunması ve karşılanamayan bakım miktarının ortanın üzerinde olması hemşirelik hizmetleri ve özellikle hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta çıktıları açısından bir sorun oluşturabilir. Bu doğrultuda özellikle yönetici hemşireler başta olmak üzere ilgililer tarafından, hemşirelerde atalet gelişmemesine ve karşılanamayan hemşirelik bakımına neden olan faktörlerle ilgili gerekli girişimlerde bulunulması ve düzenlemelerin yapılması yönünde önerilerde bulunuldu

Anahtar kelimeler: Atalet, bilgi ataleti, karşılanamayan hemşirelik bakımı, bakım, hastane

ABSTRACT

Uyurdağ, N. (2021). The Relationship between Inertia Status of Nurses' Employees in Hospitals and Missed Nursing Care. Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Department of Management in Nursing. Doctoral Thesis. Istanbul.

This research was carried out in a descriptive and correlational design in order to show the inertia level of nurses working in hospitals, the level of missed nursing care and its reasons, and the relationship between them.

The population of the study consisted of nurses working in a state university hospital, a training and research hospital and a private hospital located in the city center of Diyarbakır (N:1694), and the sample consisted of 413 nurses determined by the proportional stratified sampling method. The data of the study were collected with the Introductory Information Form, Inertia Scale and Missed Care Scale between March 2020 and November 2020. Normality tests, reliability analyzes, descriptive statistical methods, comparison and correlation analyzes were used in the analysis of the data.

In this study, nurses' inertia was found to be moderate, and the reasons for missed nursing care needs and missed nursing care services were found to be above moderate. A significant difference was found between the mean score of inertia of nurses and gender, working time and watching scientific publications related to the profession, the mean score of missed nursing care needs and age, institution and working time, the mean of reasons for missed nursing care services with the age, education level, institution, between the duration of study and following scientific publications related to the profession, and between the sub-dimensions of the reasons and age, education level, institution, working time and following scientific publications related to the profession. There was a positive relationship between inertia and its sub-dimensions, a negative relationship between missed nursing care needs and the reasons and sub-dimensions of missed nursing care services, and a positive relationship between the causes of missed nursing care services and its sub-dimensions. There was no significant relationship between missed nursing care needs and reasons that could not be met by inertia.

In this study, although there was no significant relationship between nurses' inertia and missed nursing care, moderate levels of inertia and the amount of missed nursing care that could not be met may pose a problem in terms of nursing services and especially the quality of nursing care and patient outcomes. In this direction, suggestions were made by the relevant people, especially the executive nurses, to take the necessary initiatives and make arrangements regarding the factors that cause nurses to develop inertia and missed nursing care.

Keywords: Inertia, information inertia, missed nursing care, care, hospital

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Türk Dil Kurumu sözlüğünde tembellik, işsizlik, işlemezlik olarak tanımlanan atalet (TDK, 2021), bireyin, çeşitli olaylar ve durumlara ilişkin geçmişte edindikleri deneyim ve bilgilerini daha sonradan karşılarına çıkan aynı türden sorunları çözmek için kullanmayı seçtikleri bir çeşit monotonluk sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Atalet kişiyi belirli bir amaca ulaşmak için gerekli olan davranışları sergilemekten alıkoymaktadır. Kişinin içinde bulunduğu eylemsizlik durumu nedeniyle istenilen hedefe ulaşamama durumu sözkonusudur (Liao ve ark., 2008). Atalet bireylerin karar verme, motivasyon, verimlilik, etkinlik gibi durumlarının etkileyerek (Çavuş ve Pekkan, 2017) iş ve sosyal yaşamlarında verimsizliğe neden olmaktadır (Soysal, 2010).

Atalet halinde olan kişilerde başlıca iki durum ortaya çıkmaktadır. Birinci durumda kişi motivasyonunun ve iç disiplininin yetersizliğinden dolayı görevlerini yerine getirmek veya hedeflerini gerçekleştirmek için harekete geçememektedir. İkinci durumda ise özellikle kişisel düzenlemelerinin yetersiz olmasından dolayı yoğun iş yükünün altında önemli işlere öncelik verememektedir (Sekman, 2019).

Bireyin yaşamını olumsuz etkileyen atalet durumu sadece bireyler için söz konusu değildir. Birey ve bireyin içinde yaşadığı toplumsal yapı içerisinde oluşturduğu örgütlerin büyüklüğüne göre ataleti bireysel ve örgütsel düzeyde tanımlamak mümkündür. Bireysel ve örgütsel atalet birbirini etkiler ve tetikler. Bireysel atalet, yaşam boyu kazanılmış deneyim ve bilgilere saplantılı bir şekilde bağlanarak değişime direnç gösterme, ilgisizlik, önemsememe şeklinde kendisini gösterir. Bu anlamda bireysel atalet fiziksel atalet ve psikolojik atalet olarak iki şekilde tanımlanmaktadır. Örgütsel atalet ise örgütün değişime direnmesi, yeniliği ve değişimi zamanında yakalayamaması, var olan düzeni sürdürme ısrarı olarak karşımıza çıkmaktadır (Türkan ve Esmer, 2019).

Günümüzde örgütlerin başarı durumlarının belirleyicisi olan unsurların en önemlilerinden biri de sosyal sermaye olarak isimlendirilen insan kaynağıdır. Örgüt çalışanlarında var olan bir atalet durumu örgütlerin başarısını olumsuz olarak etkilemektedir. Hizmet sektöründe yer alan ve topluma sağlık hizmeti sunan sağlık hizmet örgütleri doğrudan insana hizmet veren örgütlerdir. Bu örgütlerde verilen hizmetler değişik disiplinlerden oluşan sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilir. Bu ekibin

en önemli üyelerinden olan hemşireler çeşitli rollerini bu ekip içerisinde gerçekleştirirler. Bu rolleri içerisinde bulunan bakım verici rolü temel hemşirelik rolüdür. Bu rolleri çerçevesinde hemşireler hastaya ve hastalık sürecine özel hemşirelik bakım planını kanıta dayalı olarak hazırlarlar, uygularlar ve değerlendirirler (Taylan ve ark., 2012).

Hemşireliğin temel rolleri içinde bulunan hemşirelik bakımı, birçok hemşire kuramcı tarafından çeşitli ve değişik yönleri öne çıkarılarak tanımlanmıştır. Hemşirelik bakımı; hemşirelik için özgün, çeşitli boyutları bulunan, hemşirelerin sahip olduğu bir çok kişisel ve mesleki özelliklerinden, sosyal, siyasal, ekonomik koşullardan ve kurumsal faktörler gibi etkenlerden etkilenen uygulamalardır (Gül, 2019). Hemşireler tarafından gerçekleştirilen tüm uygulamalar olarak tanımlanan hemşirelik bakımı, hemşireliğin kuramsal bilgi içeriğinin, kavramsal çatısının ve tüm uygulamalarının odağında yer alır (Altıok, 2011). Hemşirelik bakımı belli bir sistematiği olan, birbirini izleyen çeşitli aşamalarda gerçekleştirilen hemşirelik aktivitelerinden oluşmakta ve "Hemşirelik Süreci" kapsamında gerçekleştirilmektedir (Erer ve ark., 2017). Hemşirelik süreci kavramı, hastanın hemşirelik girişimleriyle çözülebilecek hemşirelik bakım gereksinimlerine yaklaşımı problem çözme yaklaşımı olarak tanımlamaktadır (Craven ve Hine, 2020).

Hemşirelik bakımına ilişkin kalite göstergeleri olarak birtakım kavramlar önerilmektedir ve bu önerilen kavramlardan biri de Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı'dır (KHB) (Kalisch, 2006). İngilizcede Missed Nursing Care olarak geçen kavramdaki miss kelimesinin Türkçe karşılığı "kaçırma, yetişememe, olmadığının farkına varma, yokluğunu keşfetme" dir ve Türk dil kurumuna göre "kaçırmak işi" anlamına gelmektedir (TDK, 2021). Literatürde; ihmal, erteleme/geciktirme hatası olarak değerlendirilmesi nedeniyle "Missed Nursing Care"in Türkçe karşılığı olarak "kaçırılmış hemşirelik bakımı" veya KHB kavramları kullanılmaktadır (Zencir ve Eşer, 2015). Hemşirelik süreci doğrultusunda hazırlanan bakım planında, planlanan bazı hemşirelik girişimleri, gerçekleştirilmesi gereken uygulamaların bazıları çeşitli sebeplerden dolayı gerçekleştirilmemektedir. KHB olarak tanımlanan bu durum (Kalisch ve Williams, 2009), hastanın bakım sonuçlarını, hasta güvenliğini ve hemşirelik bakımının kalite göstergelerini etkilemektedir (Sönmez, 2018). Hasta

güvenliği ile ilgili yayınlarda KHB, bir ihmal hatası olarak kabul edilmektedir (Kalisch ve ark., 2009b).

Hemşirelerin bu doğrultuda planladıkları bakımı gerçekleştirememesinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenler KHB modelinde öncüller olarak isimlendirilmektedir. Modelde belirtilen bu öncüller hastaların bakım gereksinimlerinin düzeyi ve yoğunluğu, bakım sağlayıcılara ait nedenler, bakım için kullanılan araç-gereçlerle ilgili sebepler ve iletişimle ilgili sebepler olarak sıralanmaktadır (Kalisch ve ark., 2009a). KHB'nin boyutunu ve nedenlerini etkileyen etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada boyutu etkileyen önemli etkenler arasında ekip çalışması, hemşirelerin işe devamsızlık oranları, personelin sayı ve nitelik açısından yeterli olup olmadığı algısı, hasta başına verilen hizmetin süresi, hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı ve iş yükü gibi faktörlerin önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir (Kalisch ve ark., 2011b). Yapılan başka bir çalışmada ise bu öncüllerin baskın olan kültürel yapıya göre değişiklik gösterebileceği belirtilmiştir (Zeleniková ve ark., 2019).

Planlandığı halde çeşitli nedenlerle gerçekleştirilemeyen ve KHB olarak değerlendirilen bu durumun sebepleri arasında bulunan bakım sağlayıcılara ait nedenler çok çeşitlidir ve hemşirelerin var olan atalet durumlarının bu nedenlerin önemlilerinden birisi olduğu düşünülmektedir (Kaya ve ark., 2018). Hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta çıktıları üzerinde etkili olan hemşirelerin atalet durumunun belirlenmesi ve atalet durumu ile planlandığı halde gerçekleştirilmeyen hemşirelik bakımı uygulamaları arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması konusunda sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu anlamda yapılacak bilimsel çalışmalar bu konudaki sorunların tespit edilmesini ve bu sorunlara yönelik çözüm yolları geliştirilmesini olanaklı kılacak, ayrıca hemşirelik mesleğinin bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumları ile KHB arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atalet

2.1.1. Atalet Kavramı

Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlüğüne göre tembellik, işsizlik, işsiz kalma, işlemezlik, süredurum anlamlarına gelen atalet; dil bilim açısından yine Türk Dil Kurumu'na göre tembel, işsiz, aylak, etkisiz, işe yaramaz, süreduran anlamlarına gelen atıl kelimesinden türemiştir (TDK, 2021).

Atalet kavramı, çeşitli bilim dalları tarafından kendilerine özgü bir şekilde tanımlanmaktadır. Bu durum atalet kavramının mikro düzeyde bireysel, makro düzeyde örgütsel ve toplumsal boyutunun olmasından kaynaklanmaktadır (Atalay,2013).

Mikro düzeyde değerlendirilen bireysel atalet, psikoloji bilimi açısından yavaşlık, hantallık, ağırkanlılık, depresiflik hali, isteksizlik ve bu durumlara bağlı olarak ortaya çıkan işleri eteleme eğilimi, mazeret bulma ve tembellik olarak tanımlanmaktadır (Sekman, 2019). Birey amaçlarını gerçekleştirme yönünde eyleme geçme güçlüğü yaşamaktadır ve amaca ulaştıracak davranışlardan yoksundur (Zeeleng ve Pieters, 2004; Sekman, 2019). Karşılaştığı yeni sorunlarla geçmişte sahip olduğu bilgi ve deneyimleriyle başetmeye çalışmakta ve bir monotonluk sarmalında bocalamaktadır (Liao ve ark., 2008).

Ataletin makro boyutu ise sosyal bilimciler tarafından hareket yeteneğinin yetersizliği, yılgınlık, yavaşlık, tükenmişlik şeklinde ifade edilmektedir (Sekman, 2019). Bu boyutta değerlendirilen örgütsel atalet, örgüt yöneticilerinin çevrede meydana gelen değişim ve gelişmeleri zamanında fark edememeleri, bu değişim ve değişimler karşısında gerekli olan tepkinin gereken hızda ve zamanında verilmemesi durumudur (Godkin ve Allcorn, 2008). Bu durum örgütleri hantallaştırmakta ve rakiplerinden geride kalmalarına sebep olmaktadır (Sekman ve Utku, 2017). Bu bağlamda yönetim bilimi ataleti, bir örgütün çevresindeki değişme ve gelişmelere gereken hızda tepki verememesi, örgütün stratejik ve operasyonel işlevlerinin yerine getirilmesi konusunda hantallaşması olarak tanımlamaktadır (Sekman, 2019). Çevresel değişimin fark edilmesine rağmen bu değişime uyum çabalarının yavaş olması ve zamanında gerçekleştirilememesi, elde edilen bilgilerin örgütün yararına olacak şekilde bilinçli

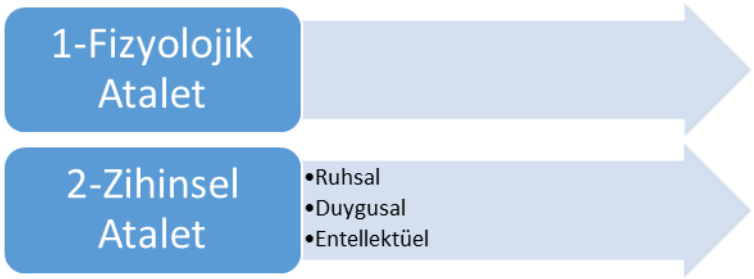
eylemlere dönüştürülememesi de yönetim ataleti olarak isimlendirilmektedir (Hedberg ve Wolf, 2003). Örgütün öğrenme döngüsünün kesintiye uğraması söz konusudur (Godkin ve Allcorn, 2008). Bununla beraber değişime direncin kişisel nedenleri arasında sayılan alışkanlıklardan vazgeçme zorluğu, yeni şeyler öğrenme zorluğu,daha önceki kişisel deneyimlerden vazgeçmeme, bilinenin verdiği rahatlık ve kişinin alıştığı "rahatlık bölgesinden" ayrılmak istememesi gibi durumlar da atalet tanımı içinde sıkça sözü edilen durumlardır (Koçel, 2020).

Bireysel, örgütsel ve toplumsal düzeyde var olan atalet durumunun karşılıklı olarak birbirlerini tetikledikleri ve ataletin bulaşıcı olduğu gerçeğinden hareketle yapılan tanımlar ışığında atalet kavramını daha iyi anlamak için ataletin bireysel ve örgütsel atalet anabaşlıkları altında detaylı bir şekilde incelenmesi yararlı olacaktır.

2.1.2. Bireysel Atalet

Daha önce psikoloji ve kişisel gelişim açısından tanımı yapılan bireysel atalet; kişinin daha önceden edindiği deneyim ve bilgiye saplantı düzeyinde bağlılık göstermesi, yeni bilgi ve deneyimlere kapalı olması, çevresinde meydana gelen değişimlere karşı ilgisiz olması ve değişmeye direnç göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bütün bu nedenlerden dolayı atalet içindeki kişi, yerine getirmesi gereken görevleri önemsememekte ve gerektiği şekilde gerçekleştirememektedir (Türkan ve Esmer, 2019).

Bireysel atalet, zihinsel ve fizyolojik atalet olarak iki şekilde incelenmektedir (Şekil 2-2) . Zihinsel atalet, insanın ruhu ile ilgili olarak kişiyi eylemsizleştiren, fizyolojik atalet ise, insanın bedeni ile ilgili olarak onu hantallaştıran durum için kullanılmaktadır. Zihinsel atalet durumunda olan bir kişi, donuk, durağan, yorgun ve bitkin bir beyin ve ruh haline sahiptir. Bu durum hayat dengesini kaybetmesine neden olmuştur. Bu nedenle de bu kişiler, düşündüklerini eyleme dönüştürmekte zorluk yaşamaktadırlar. Fizyolojik atalette ise fiziksel ve bedensel olarak bir eylemsizlik durumu söz konusudur. Zihinsel atalet, fizyolojik ataletin oluşmasına katalizör olarak etki etmektedir. Dolayısıyla zihinsel atalet düşünsel dengeyi, fizyolojik atalet ise bedensel dengeyi olumsuz olarak etkilemektedir (Fettahlıoğlu ve ark., 2018).



Şekil 2-1: Bireysel Ataletin Boyutları.

Soysal (2010)'dan değiştirilerek.

Fizyolojik atalet, kişinin fiziksel varlığını oluşturan bedeninin atalet halidir. Psikolojik atalet ise kişinin soyut bir yapıya sahip olan zihninin ataletidir. Zihinsel atalet içerisinde ruhsal, duygusal ve entelektüel ataleti barındırır. Ruhsal atalet; kişinin hayatı, kim olduğunu, varoluş nedenini sorgulamaması ve anlamlandıramaması durumudur. Duygusal atalet; duyguların kötürümleşmesi durumudur. Kişi hissettiği duyguları zorlayıcı bir şekilde sınırlandırma ve kontrol etme çabasındadır. Bu durum kendisini yapay bir şekilde "kendince" hissetmesi gereken bir takım duygulara yönlendirmesine neden olur. Entelektüel atalette ise kişi merak duygusunu yitirmiştir. Yeni şeyler öğrenme isteği kaybolmuştur. Düşünce reflekslerinin zayıfladığı, aklın donuklaştığı bu durumda okuma, yazma, konuşma gibi temel yetiler zayıflamakta böylece kişilerin zihinsel potansiyelleri atıl kalmaktadır (Soysal, 2010; Sekman, 2019).

Buraya kadar yapılan tanımların ve açıklanan kavramların ışığında atalet durumunun bireysel bilgi ataletinden başlayarak,örgütleri ve sonunda tüm toplumu etkisi altına aldığı söylenebilir.

Bilgi Ataleti: Liao ve arkadaşları (2008) bilgi ataletini, kişinin karşılaştığı problemleri güncel kaynak ve bilgi yerine, geçmişte sahip olduğu bilgi ve deneyimlediği rutin problem çözme stratejileri ile çözmeye çalışması, kişinin geçmişte öğrendiği bilgi ve edindiği deneyimlere sıkı bir şekilde bağlı olması olarak tanımlamaktadırlar. Bilgi ataleti kişinin düşünce ve davranışlarındaki yaratıcılık ve yenilikçilik kapasitesinde azalmaya neden olmakta, öğrenme üzerine olumsuz etkileriyle beraber öğrenilenlerin etkili ve verimli kullanılmasına da engel olmaktadır (Fang ve ark., 2011). Bilgi ataleti yüzeysel bir durumdan öte, öğrenme ve deneyim ataleti şeklinde alt boyutları da kavrayan kapsamlı bir durumdur (Çavuş ve Pekkan, 2017).

Öğrenme Ataleti: Öğrenme ataleti, kişinin karşılaştığı problemleri çözmek için gerekli olan yeni fikirleri ve yaklaşımları öğrenme çabası içinde olmaması, eski düşünce ve davranışlarını değiştirme ihtiyacı hissetmemesi, bilgiye ulaşmak için yeni kaynakları kullanmaması olarak tanımlanmaktadır (Kafchehi ve ark., 2012). Bu durumda kişi önceki yaşamında edindiği bilgiler ile yeni karşılaştığı sorunları çözmeye çalışmaktadır (Bayram, 2020). Kişilerin karşılaştıkları aynı problemleri öğrendikleri aynı yöntemlerle çözmeye çalışmalarının başlıca iki nedeni bulunmaktadır. Bunlar riskten kaçınmak, daha az çaba ve zaman harcamaktır (Xie ve ark., 2016). Rutin problem çözme stratejilerine başvuran kişi böylece risk almaktan kaçınmış olacağına, zaman ve emekten tasarruf edeceğine inanmaktadır (Liao ve ark., 2008). Aslında kişiler geçmiş yaşantılarındaki bilgi ve deneyimlerini yenileriyle değiştirme ihtiyacı hissetmiyorlarsa, eski bilgi ve deneyimlerinin hem öğrenme hem de öğretme için yeterli olacağını düşünüyorlarsa atalet içinde oldukları söylenebilir. Bu anlamda öğrenme ataletinin örgütsel öğrenmenin tam tersi bir durum olduğu ortaya çıkmaktadır (Shalikar ve ark., 2011).

Deneyim Ataleti: Kişinin önceki yaşamında edindiği deneyimler ile daha sonra karşısına çıkan problemleri aynı çözüm yollarını kullanarak çözmeye çalışması,yeni çözüm yollarını deneyimlememesidir (Shalikar ve Nikou, 2011). Kişinin zamandan ve maaliyetten tasarruf etmek düşüncesiyle kullanmayı tercih ettiği eski deneyimleri ve bilgileri yeni problemlerin çözümü için çoğunlukla işe yaramamaktadır. Kişi problemlerin çözümüne katkı sağlayacak yan yolları kullanmamakta, engelleri aşmak için farklı yollara başvurmamakta, çözüm için kullandıkları yöntemlerde ısrarcı olma eğilimi içindedir (Fettahlıoğlu ve ark., 2018). Böylece geçmiş deneyimleri geleceğe ket vurmakta karşılaştığı problemleri çözmek için yeni çözüm yolları aramasına, farklı bir bakış açısı geliştirmesine engel olmaktadır (Atalay, 2013).

2.1.3. Örgütsel Atalet

Örgütler sürekli olarak içsel ve dışsal bir takım nedenlerle değişime zorlanmaktadır. Teknolojik gelişmeler, rekabet, ekonomik koşullar, sosyal, kültürel, demografik koşullar şeklinde örneklendirilebilen dışsal nedenler ve başarısızlık ve zarar, düşük verimlilik, hatalı yönetim uygulamaları, finansal sorunlar, büyüme, işyapma şekli, ortaklık-sahiplik yapısındaki değişiklikler olarak örneklendirilebilen içsel bir takım nedenler örgütleri değişime zorlamaktadır (Koçel, 2020). Değişim örgütlerin

varlıklarını sürdürebilmeleri için kaçınılmazdır. Örgütler değişime ayak uydurdukları ve katılım sağladıkları sürece varlıklarını devam ettirirler ve büyürler. Ancak bir takım nedenler değişim sürecini zorlaştırır, örgütün varlığını tehdit eder, başarısını düşürür, gelişimini engeller, değişimini zorlaştırır, performansını ve verimliliğini olumsuz anlamda etkiler. Bu nedenlerin en önemlilerinden biri de örgütsel atalet denilen durumdur (İbrahimoğlu ve ark., 2015).

Örgütsel atalet; örgütlerin çevrelerindeki değişimi algılayamamaları veya algılasalar bile bu değişim karşısında vermeleri gereken tepkide geç kalmaları şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda örgütler değişen ihtiyaçları karşılamak konusunda bir eylemsizlik içindedirler (Larssen ve Lomi, 2002). Atalet içinde olan örgütler adeta geçmişte sıkışıp kalmışlardır. Önlerine çıkan yeni fırsatları farkedememekte, bu fırsatları değerlendirme konusunda eylemsiz kalarak durağan bir durum içinde bulunmaktadırlar (van Putten ve ark., 2013). Ahrne ve Papakostas (2001) ise örgütsel ataleti örgütlerin tamamıyla durağan olmalarından farklı olarak değişime karşı çok yavaş hareket etmeleri ve değişime gönülsüz olmaları şeklinde ifade etmektedir. Bununla beraber atalet içindeki örgütler var olan yapılarını ve sahip oldukları yeteneklerini korumak konusunda ısrar etmektedirler. Bu ısrarcılık örgütlerin başarılı olmalarında ve hayatta kalmalarında kötü sonuçların doğmasına neden olabilmektedir (Tsai, 2007). Sürekli değişim gösteren durumlar ve koşullara karşın örgüt zamanında yanıt vermiyorsa ve mevcut statükoyu uzun süre korumakta ısrar ediyorsa atalet içinde olduğu söylenebilir (Jui-Chan ve ark., 2020).

Örgütsel atalet bir süreç dahilinde bir takım aşamaların gerçekleşmesiyle gelişmektedir. Bu aşamalar çevredeki değişimlerin yanlış algılanması veya algılanmaması, yorumlanmaması veya yanlış yorumlanması, değişimlere uyum sağlamak için gerekli uygulamaların gerçekleştirilmemesi ve sonuçlandırılmaması şeklinde sıralanabilir. Örgüt etrafında meydana gelen değişiklikleri farketmemekte, bu konuda bir çaba göstermemekte, farketse bile kayıtsız kalmaktadır. Adeta dış dünyayaya kapılarını kapatarak hayatta kalmaya çalışmaktadırlar (Atalay, 2013).

Örgütsel atalet sezgisel ve eylemsel olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Sezgisel atalette örgüt yöneticilerinin belirsiz ve sürekli değişim içinde olan çevre hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması, toplanan bilgilerin değerlendirilmemesi ve buna bağlı olarak gerekli öngörülerde bulunamamalarından veya yanlış öngörüde

bulunmalarından dolayı yaşanan atalet durumudur.Örgüt yönetimi, iç ve/veya dış çevreden gelen ip uçlarını değerlendiremez.Örgüt yöneticilerinin yönetsel anlamda yanlış veya geç kararlar almaları söz konusudur. Bununla beraber örgütsel öğrenme döngüsü kesintiye uğramıştır (Hedberg ve Wolf, 2003). Eylemsel atalet ise çevredeki değişimler hakkında yeterli bilgi edinilse bile bu değişimlere uyum konusunda gerekenlerin yapılmadığı, ya da yapılması gerekenler için geç kalındığı durumları ifade etmektedir. Örgüt yönetimi değişim hakkında karar verme sürecine rehberlik eder ancak değişime ayak uydurma konusunda verilen cevap eksiktir ve yavaş haraket edilmiştir. Edinilen bilgiler zamanında kullanılmadığı için örgüte değişime uyumu konusunda bir yarar sağlamamaktadır (Bakan ve ark., 2017; Godkin ve Allcorn, 2018).

2.1.4. Ataletin Nedenleri

2.1.4.1. Bireysel Ataletin Nedenleri

Ataletin bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyen, onların tam kapasiteyle çalışmasını ve üretmesini engelleyen bir sorun olduğu ortadadır. Ataletin bireyden başlayarak bireyin içinde bulunduğu örgütü ve toplumu tehdit eden bir durum olması sorunun önemini daha da arttırmaktadır. Ataletin sebep olduğu olumsuzlukların önlenebilmesi ve sorunun çözümü için öncelikle sorunun nedenlerinin doğru bir şekilde saptanması önem kazanmaktadır. Bireysel ataletin başlıca nedenleri şunlardır;

Kişilik yapısı: Bireysel ataletin en önemli belki de başta gelen nedeni bireyin sahip olduğu kişilik yapısıdır. Kişilik yapısı bireyin hayat görüşünün ve ruhsal yapısının belirleyicisidir. Ruhsal anlamda yaşanan bir çok sorunun temeline inildiğinde yaşanan sorunla bireyin sahip olduğu kişilik özellikleri arasında bir takım ilişkilerin olduğu görülebilmektedir. Tembellik, depresiflik, melankoli, özgüven eksikliği, kararsızlık gibi bazı kişisel özellikler kişinin hedefini gerçekleştirme konusunda önüne engel olarak çıkar ve ataletin oluşmasına zemin hazırlar (Sekman, 2019). Bireysel ataletin kişilik yapısıyla ilişkisini açıklayan önemli çalışmalardan biri Douglas McGregor'un x-y torisidir (Tekin ve ark., 2016). Bu teoride insanlar x ve y olmak üzere iki kişilik tipine ayrılmaktadır (Tekin ve ark., 2016). X kişilik tipine sahip insan genel olarak tembeldir, işten ve sorumluluktan kaçar, hırslı değildir ve değişime kapalıdır. Bu kişilere iş yaptırmak için zorlamak, sürekli denetlemek ve bazen cezalandırmak gerekir (Tekin ve ark., 2016). Atalet açısından x ve y kişilik tipindeki insanlar arasında en önemli fark bir işin gerçekleştirilmesi ve sonuca ulaşılması konusudur. X kişilik tipine sahip kişi işi

yapamayacağı kanıtlanıncaya veya işi yapmak için artık çok geç oluncaya kadar işi erteler. Y kişilik tipine sahip kişi ise bir plan dahilinde hareket ederek işi zamanında tamamlar (Schwartz, 1997).

Erteleme Alışkanlığı: Kişinin hem bugününü hem de yarınını baskı altına alan erteleme, yapılması gereken işleri sürüncemede bırakma şeklinde kendini gösteren bir atalet durumu olarak tanımlanmaktadır. Erteleme alışkanlığı içinde bulunan kişi belirlediği hedeflerine ulaşmak için yapması gereken yaşamsal işler üzerinde yoğunlaşamaz (Soysal, 2010). Ertelemenin işi geciktirme veya işten kaçınma gibi davranış boyutunun yanında bilişsel ve duygusal boyutu da vardır. Bireyin tercihi önceliği olmayan işlerini, önceliği olanlardan önce yapma şeklindedir. Erteleme alışkanlığının belli başlı nedenleri arasında kişinin yapılması gereken görevden hoşlanmaması, tembellik, öz saygı ve öz düzenleme eksikliği, olumsuz değerlendirme ve başarısızlık korkusu gibi nedenler sayılmaktadır (Bilge ve Demir, 2015).

Mükemmelliyetçilik: Kişinin kendisine akılcı olmayan standartlar belirlemesi ve bu standartalara ulaşma çabası olarak tanımlananan mükemmelliyetçilik olumlu ve olumsuz tarafları olan çok yönlü bir durumdur. Mükemmelliyetçi bir kişilik yapısına sahip olan kişi kusursuza ulaşmak için kişisel performansı ile ilgili yüksek standartlar belirler. Bu standartlara ulaşmak için kendini zorlar ve üretken ve başarılı olduğu oranda kendini değerli görür (Çepikkurt ve Yazgan, 2012). Mükemmeliyetçi kişiler işlerin doğru ve eksiksiz yapıldığından emin olmak için her işi kendileri yapma eğilimindedirler. En mükemmellini yapmak adına işleri ertelemeleri ataleti beraberinde getirir. Bununla beraber işleri yaparken risk almamak adına daha önce denenmiş ve etkinliği kanıtlanmış yöntemleri tercih etmeleri zamanla deneyim ataleti gelişmesine zemin hazırlar. İşi zamanında bitirmek ile mükemmel iş çıkarmak arasında bocalamaları nedeniyle işler ertelenir, sürüncemede kalır ve mükemmel olmak adına gösterilen aşırı tedbir zamanla yaratıcılığın yitirilmesine de neden olur (Soysal, 2010).

Başarısızlık korkusu: Bireysel ataletin önemli nedenlerinden biri olan başarısızlık korkusu kişinin yapması gereken işi başaramadığında eleştirilmekten, cezalandırılmaktan, alay edilmekten korkması durumudur. Başarısız olma korkusu kişiyi yapacağı işten alıkoyar ve durağan bir hale getirir (Soysal, 2010). Başarısızlık korkusu yaşayan kişi işleri erteleme davranışları sergiler, erteleme başarısızlık korkusuna karşı bir savunma kalkanı, bir başa çıkma yöntemi olarak işlev görür (Balkıs

ve Duru, 2012). Bu durum başarısızlık korkusu nedeniyle durağanlaşmış kişinin yapması gereken işleri ertelemesine, en iyiyi yapamayacağını düşündüğünden hiçbir şey yapmamasına neden olur.

Umursamamak ve umursanmamak: Ataletin oluşmasına zemin hazırlayan en belirleyici unsurun umursamamak olduğu söylenebilir. Bununla beraber kişinin çevresindekiler ve özellikle yöneticileri tarafından görünür olmamaları, başarılarının takdir edilmemesi, umursanmamaları da bireysel ataletin gelişmesine neden olmaktadır (Soysal, 2010).

Yetersizlik: Kişinin herhangi bir işi başarmak için gerekli olan bilgi ve yeteneğe sahip olmadığını düşünmesi şeklinde tanımlanan yetersizlik bir süre sonra zihinsel ve fiziksel olarak tükenmesine yol açmaktadır. İşi başarma konusunda kendisini yetersiz hisseden kişi işi yapmak adına bir gayret göstermemekte ve atalet içine düşmektedir (Soysal, 2010).

Yabancılaşma: Genel anlamıyla yabancılaşma kişinin kendi enerji, duygu ve inançlarından uzaklaşması, kendini çekerek toplumdan izole olmasıdır (Daronkolaee ve Hojjat, 2012). Yabancılaşma nedeniyle kişinin sosyal çevresi ve bu çevrenin unsurları ile ilişkileri bozulmakta bu alanlarda denetim yetisi azalmakta, böylece birey giderek yalnızlaşmaktadır. Bu durum örgütsel boyutta yaşandığında birden fazla kişinin yabancılaşması, örgütsel anlamda üretkenliğin azalmasına, artan oranda iş gücü devri ve işten kaçma gibi atalet davranışlarına neden olmaktadır (Atalay, 2013).

İş Tatminsizliği: İş tatmini, bireyin işine duyduğu ve işi ile ilgili elde ettiklerinin beklentilerini ne kadar karşıladığı ile ifade bulan duygusal tutumudur. Bu bağlamda kişinin işi ile ilgili sahip olduğu olumsuz tutum da iş tatminsizliği olarak tanımlanmaktadır. Kişi iş tatminsizliği ile ilgili farklı tepkiler geliştirebilmektedir. Bu tepkilerden en önemlileri yabancılaşma, çatışma, kırgınlık, stres ve işe karşı kayıtsızlık olarak sıralanabilir (Urhan, 2014). Bu tepkilerden her biri kişinin atalete girmesine neden olarak, işe geç kalma, kronik devamsızlık, boş vererek ve pasif kalarak durumun daha da kötüleşmesine neden olma ve verim azalması gibi önemli sonuçların oluşmasına yol açmaktadır (Soysal, 2008). Ayrıca iş tatminsizliği işten ayrılma niyetinin artmasına, örgütsel bağlılığın zayıflamasına neden olarak ataletin bireysel olmaktan çıkarak bütün örgütü etkilemesine neden olmaktadır (Urhan, 2014).

Bireylerde ataletin oluşmasında sayılan bu belli başlı nedenlerin yanında başka bir çok faktör rol oynamaktadır. Bireylerin atalete girme nedenlerini anlamak adına diğer faktörlere de değinmek yerinde olacaktır. Kişilerin yaşam tarzları, beklentileri, kültürel özellikleri, çevresel faktörler, yaşadıkları olumsuzluklar, sahip oldukları dugusal nitelikleri, bilişsel yetkinlik ve beceri düzeyleri, psikolojik yatkınlık gibi durumlarda bireysel ataletin gelişmesinde oldukça önemli olmaktadır (Akduru, 2020).

Bireysel ataletin nedenleri incelendiğinde birbiriyle ilişkili ve birbirini etkileyen bir çok faktörün söz konusu duruma neden olduğu görülmektedir. Atalet bir süreç olarak gelişmektedir. Ataletin nedeni olarak tanımlanan bir durum bazen ataletin oluşum süreciyle ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tek ve somut bir nedenini olduğunu söylemek ve ilişkilendirildiği kavramlardan ayırarak kavramaya çalışmak oldukça güçtür. Bu nedenle ataleti daha iyi anlamak için gelişim sürecinde ilişkilendirildiği kavramlardan söz etmek yararlı olacaktır.

Ataletin ilişkilendirildiği en önemli kavramlar tükenmişlik sendromu, öğrenilmiş çaresizlik, cam tavan sendromu kavramlarıdır. Atalet bu kavramlardan beslendiği gibi, bu durumlar ataletin sonuçları olarak da karşımıza çıkabilmektedir.

Tükenmişlik (burnout) sendromu: Tükenmişlik geniş anlamda kişinin gündelik yaşamı, işi ve çevresi ile ilgili yaşadığı duygusal sorunlar sonucu oluşan fiziksel ve zihinsel yönleri olan bir sendrom olarak ele alınmaktadır. Kişi özel yaşamında ve işinde yaşadığı stresle başetme konusunda yetersiz kalmaktadır. Tükenmişlik, literatürde önemli çalışmaları bulunan Maslach ve arkadaşları tarafından (1996) üç boyutu olan bir ölçek çerçevesinde ortaya konulmuştur. Maslach ve arkadaşları (1996) tükenmişlik sendromunu yüzyüze iletişim gerektiren hizmet sektöründe çalışanlarda daha belirgin ve yoğun bir şekilde görülen ve çalışma yaşamındaki etkileşimlere karşı geliştirilen psikolojik ve fiziksel bir tepki olarak tanımlamaktadır. Tükenmişlik sendromunun sözü geçen üç boyutu duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarının azalması olarak ifade edilmektedir (Dolgun, 2015).

Tükenmişlik aşama aşama gelişir ve ilk görülen aşama duygusal tükenmedir. Başlangıçta enerjik, işine hevesle bağlı olan, yeni şeyler üretmeye ve sorunları çözmeye odaklanmış olan kişi, zamanla özellikle aşırı iş yükü ve işteki çatışmalar nedeniyle yorulduğunu hissetmeye başlar, iş yapma ve sorunları çözme konusunda enerjisi ve

hevesi azalmıştır. Çalışma yaşamındaki sorunlar rahatsızlık vermeye başlamış, kişinin duygusal kaynakları ve gücü tükenmiş, kişi enerjisini ve motivasyonunu kaybetmiştir.

Duygusal tükenmeye neden olan faktörlerin etkisi devam ederse tükenmenin ikinci aşaması olan duyarsızlaşma belirtileri görülmeye başlar (Karayel ve Karayel, 2019). Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası boyutu ile ilgilidir. Bu aşamada tükenmişlik kişinin iç dünyasından ziyade kişilerarası ilişkilerinde görülmeye başlar. Kişinin işine, iş arkadaşlarına, müşterilere karşı katı ve negatif bir tutum içinde olmasını kayıtsız ve tepkisiz kalmasını ifade eder (Budak ve Sürgevil, 2005). Tükenmişliğin son aşaması düşük kişisel başarıdır. Bu aşamada kişi kendisi ile ilgili olumsuz düşünme ve olumsuz hükümler verme eğilimindedir. İşinde iyi ve başarılı olmadığını, kendisine ve başkalarına yararının olmadığını düşünür ve bunun sonucunda tatminsizlik yaşar. Yaşadığı bu tatminsizlik duygusu iş dışı konularla daha fazla mesgul olmasına, iş değiştirmesine veya işten ayrılmasına neden olabilir (Karayel ve Karayel, 2019). Kişinin işine karşı geliştirdiği bu tutum işi ile ilgili sorumluluklarını en alt düzeyde yerine getirmesine ve belki de işini eksik yapmasıyla beraber kişide bir atalet durumunun oluşmasına neden olacaktır.

Ataletle ilişkilendirilen bir diğer kavram da öğrenilmiş çaresizlik (learned helplessness) kavramıdır. Öğrenilmiş çaresizlik içinde bulunan kişi, önceki durumundan kurtulmak için her türlü çabayı göstermiş ancak başarılı olamamıştır. Daha sonra bu başarısızlığının olumsuz etkisi ile sonradan karşılaşacağı benzer durumlarla mücadele etmesinin anlamsızlığına ve bu başarısızlığının sürekli olacağına inanmaktadır (Barutçu ve Çöllü, 2020). Öğrenilmiş çaresizlik kişinin kendi iradesi ve davranışıyla olumsuz bir durumu düzeltemeyeceğini öğrenmesi ile başlar. Davranışıyla sonucun değişmediğini gören kişi aynı davranışıyla sonucu değiştirebileceği bir olayla karşılaşsa bile daha önceki başarısızlığının yarattığı başarısızlık beklentisi nedeniyle harekete geçmemekte ve atalete düşmektedir (Aydın, 2006).

Cam tavan sendromu ataletle ilişkilendirilen diğer bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Cam tavan sendromu, örgütte çalışan kadınların birtakım örgütsel ve davranışsal ön yargılar sebebiyle özellikle üst kademe yönetici olmalarının önünde var olan yapay, aslında maddi olarak var olmayan engelleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Kişinin önüne kurumsal basamakları çıkarken belli bir noktadan sonra özellikle üst yönetim basamaklarına ulaşmaması için bir takım şeffaf engeller

çıkmaktadır (Bombuwela ve Alwis, 2013). Genellikle iş yaşamındaki kadınların karşılaştığı bir durum olarak düşünülse bile cam tavan sendromu sadece kadınlarla sınırlı bir durum değildir. Erkekler, etnik azınlıklar, engelliler, yaşlılar ve cinsel azınlıklar da bu anlamda engellemelerle karşı karşıya kalmaktadır (Akdemir ve Çalış Duman, 2017). Cam tavan sendromu kişinin iş yaşamında nereye kadar yükselebileceği ve neleri yapabileceği konusunda belirleyici olması nedeniyle ataletle ilişkilendirilmektedir. Çünkü kişinin iş yaşamında gelebileceğine inandığı son nokta onun cam tavanını oluşturmaktadır. Kişinin kendine çizdiği bu sınır atalete kapılmasında etkili olmaktadır (Sekman, 2005).

Bireysel ataletin sayılan belli başlı nedenlerinin dışında önemli bir nedeni de kişinin yaşadığı toplum ve bu toplumu oluşturan bireylerin tutum ve davranışlarıdır. İnsan sosyal bir varlıktır ve yaşamını devam ettirirken diğer bireylerle bir takım ilişkiler geliştirir. Bu ilişkiler çerçevesinde kendi davranışlarını ve tercihlerini diğer bireylerle kıyaslar. Bu kıyaslamalar sonucunda kişi yeni fikirler yeni davranış şekilleri geliştirir. Kişideki bu gelişmeler bazen diğer insanlarda hoşnutsuzluk oluşturabilir. Bu durumda kişi ters düşmemek, toplumdan izole olmamak ve ilişkilerini bozmamak adına başarılı olmaktan çok ortalamaya uyum göstermeyi tercih edebilir. Bu durumda fazla gayret etmesi ve çalışması gerekmeyeceğinden atalete düşmesi söz konusu olabilir (Atalay, 2013).

Görüldüğü üzere atalet sadece bireysel boyutta yaşanan ve bireysel nedenleri olan bir durum değildir. Kişinin çevresinde gerçekleşen insan faaliyetleri ve yaşadığı toplumla da ilişkili bir durumdur. Bireysel, örgütsel ve toplumsal boyutu olan atalet durumu birbiriyle etkileşim halindedir. Bireysel atalet örgütsel atalete evrilebilir. Bunun sonucunda bireylerde bulunan atalet durumu bireyin çalıştığı, iletişim halinde bulunduğu örgüte, örgütlerin ataleti de bütün topluma yayılabilir. Bu durumda ataletin bulaşıcı olduğundan sözedilebilir. Dahası bireylerin ve örgütlerin atalet durumu birbirini besler ve birbirinden beslenir. Ataletli örgütler de bir araya gelerek ataletli toplumların oluşmasına neden olur. Bununla beraber toplumsal atalet de hem bireysel hem de örgütsel ataletin derinleşmesine neden olur (Sekman, 2019).

Birbiriyle etkileşimde olan ataletin bu üç boyutunun nedenlerini anlamak için sadece bireysel atalet nedenlerini irdelemek yeterli olmamaktadır. Bunun yanında

temelde bireysel atalet nedenleriyle ortak özellikleri taşısa da başka bazı faktörlerin de oluşmasında rol oynadığı örgütsel atalet nedenlerinden söz etmek yararlı olacaktır.

2.1.4.2. Örgütsel Atalet Nedenleri

Günümüz toplumlarının ana özelliklerinden birisi olan bilgi toplumu ve küresel rekabetin boyutları örgütleri hayatta kalabilmek adına sürekli bir şekilde değişime zorlamaktadır. Değişime zorlayan faktörler teknoloji, politik koşullar, rakipler, ekonomik ve sosyal koşullar gibi dışsal nedenler olabildiği gibi, başarısızlık ve zarar, düşük verimlilik, finansal sorunlar, hatalı yönetim, personel konuları ve sorunları gibi içsel nedenler de olabilmektedir (Koçel, 2020). Örgütler sözü geçen bu nedenlerin zorladığı değişimi gerçekleştiremediklerinde, değişen ihtiyaçları karşılamak konusunda eylemsiz kaldıklarında veya algıladıkları değişim ihtiyacına gerekli tepkileri çok yavaş ve geç verdiklerinde değişim için yeterince hızlı ve esnek olmadıklarında atalete düşebilmektedirler.

Değişim, örgütlerin varlıklarını sürdürebilmesi için yaşamsal öneme sahiptir. Buna bağlı olarak örgütün değişime olan tepkisi ve direnci örgütsel ataletin en önemli sebeplerinden biridir. Örgüt düzeyinde değişim örgütün çalışanlarının misyonunun, vizyonunun, organizasyon yapılarının değişimini kapsamaktadır. Örgütsel değişimin önündeki en önemli engel örgütün yapısal ataletidir. Yapısal atalet içindeki örgütler çevredeki değişikliklere kayıtsızdırlar ve rekabetten uzak dururlar. Bu anlamda değişime ve rekabet etmeye gerek duymazlar. Bunun yanında örgütsel ataletin önemli bir nedeni olan değişime direncin işe ait, çalışanlara ait ve sosyal nedenleri de vardır. Teknolojik işsizlik korkusu, iş yükünün artması korkusu, bilinmeyen korkusu, alışkanlıklardan vazgeçme korkusu, değişim elemanına karşı güvensizlik, varolan sosyal ilişkilerden vazgeçmeme arzusu bunlardan bazılarıdır (Koçel, 2020). Bununla beraber örgütün belirlediği stratejiyi gerçekleştirmek için çalışanlarına ve diğer kaynaklara yaptığı yatırımlar stratejik değişimin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bu şüpheli stratejiye bağlılıkta ısrar etmek örgütsel değişimi engellemekte ve çalışanlar, proje, organizasyon düzeylerinde atalete neden olmaktadır (Genus ve Jha, 2012).

Örgütün geleneklerine aşırı bağlılığı örgütsel ataletin önemli nedenlerinden biridir. Örgüt içerisinde sürekli tekrarlanarak kalıplaşmış hale gelen davranış şekilleri örgütün yeniliklere ve değişime ayak uydurmasını zayıflatmaktadır. Çalışanların bu

gelenekleşmiş davranışları sürdürmekteki ısrarı örgütün atalete düşmesine neden olmaktadır (Türkan ve Esmer, 2019).

Bu duruma bağlı olarak karşılaşılan sorunların çözümünde geleneksel ve rutinleşmiş çözüm yollarının tercih edilmesi, çalışanların rutinlere sıkı sıkıya bağlı kalması, alışılmışın dışına çıkmama eğilimleri örgütsel ataletin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Akduru, 2020). Rutinleşme yeni şeyleri denemekten çok, var olan yetkinliklerin tekrarlanmasını ve kullanılmasını teşvik ederek ataletin oluşumunu hızlandırmaktadır (Larsen ve Lomi, 2002).

Başarının getirdiği aşırı özgüven ve aşırı ego örgütsel ataletin diğer bir sebebidir. Başarılı örgütler kendilerini başarıya götüren deneyimlerinden edindikleri iş yapma yöntemlerini çevresel koşullar değişse bile kullanmaya devam ederler. Yeni çözüm yollarına, iş yapma yöntemlerine "en iyisini biz biliyoruz" inancıyla kapalıdırlar. Bu anlamda mükemmel oldukları düşüncesi ataletin oluşmasına neden olmaktadır (Sekman ve Utku, 2017). En iyisini biz biliriz düşüncesi örgütün kendi performansını diğer örgütlerle karşılaştırmasını engelleyerek yanlışlarının farkına varmasını, yeni şeyler öğrenmesini sağlayan benchmarkingden (kıyaslama) yararlanmasını ve gelişmesini önler (Erdem, 2006).

Örgütsel ataletin önemli nedenlerinden biri de örgütsel öğrenme sürecinin herhangi bir noktada kesintiye uğramasıdır. Godkin, örgütsel ataletin tanımını öğrenme döngüsünün kırılması, kesintiye uğraması üzerine oturtmaktadır (Godkin ve Allcorn, 2008). Örgütsel öğrenmede çalışanların sürekli olarak memnuniyetlerini sağlayacak şekilde örgütün sürekli değişiminin öngörülmesi söz konusudur. Bu anlayışla örgüt yönetimi öğrenme yöntem ve işlemlerini, örgütün sistemini, örgütü oluşturan grupları ve çalışanları kapsayacak şekilde bilinçli olarak kullanırlar (Yılmaz,2011). Örgütsel öğrenme döngüsü kırıldığında ortaya çıkan temel sorun bireysel düzeyde yaşanan bilgi ataletinin, örgüt kültürüne yerleşmesi ve bütün örgüte yayılmasıdır. Öğrenme yeteneğini kaybeden örgütler, bilgi ataleti içindeki bireyler gibi yeni karşılaştıkları sorunları yeni yöntemler yerine eski bilgileri ile çözme ve var olan durumlarını koruma eğilimindedirler. Bu nedenle riskten kaçınmak, enerjiden ve zamandan tasarruf etmek adına rutin iş yapma yöntemlerini tercih ederler (Türkan ve Esmer, 2019).

Örgütlerin yaşı ve büyüklükleri de örgütsel ataletin oluşmasında rol oynamaktadır. Erdil ve arkadaşları yaşlı örgütlerin çevrelerinde oluşan yenilik ve

değişikliklere adaptasyon güçlüğü yaşadıklarından bahsetmektedirler (Erdil ve ark., 2010). Örgüt yaşlandıkça örgüt içinde ve dışında oluşturulan güven hissi artmakta ve bu güven hissinin oluşmasını sağlayan uygulamalar örgüt içinde iyice yerleşmektedir. Kemikleşmiş bu uygulamalarıyla güç merkezi haline gelen örgütün değişimi zor olmakta ve değişime ayak uyduramayan örgütlerin yaşamı riske girmektedir (Atalay, 2013). Örgütün büyüklüğünün de örgütsel ataletin oluşmasına etkisi vardır. Örgütlerde büyüklüğün örgütün esnekliğiyle ters orantılı olduğu söylenebilir. Esneklikteki azalma ve buna bağlı olarak oluşan örgüt eylemlerindeki aşamalı kemikleşme örgütsel değişimin önünde engel oluşturarak örgütsel ataletin gelişmesine neden olmaktadır. Örgütler büyüdükçe örgütsel atalete neden olan biçimsel kurallara, standart haline gelmiş rutinlere ve katı ve kuralcı hiyerarşiye daha sık rastlanır (Chen, 2014).

Bu nedenlerin dışında örgütte var olan yönetim modelleri, liderlik tarzları, örgütte yaşanan yönetsel sorunlar, iletişim sorunları, güven sorunu, kariyer yollarının kapalı olması gibi nedenler de örgütsel ataletin oluşmasında rol oynamaktadır (Akduru, 2020).

2.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

2.2.1. Bakım Kavramı

Bakım, insanlığın varoluşuyla ortaya çıkmış, günümüze kadar değişik şekillerde tanımlanmış, tek ve üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanımı olmayan bir kavramdır. Bu durum bakım kavramının çok boyutluluğundan kaynaklanmaktadır. Bakım kavramının öznel, ilişkisel ve kavrambilimsel boyutlarının yanında etik yönü de vardır (Gül, 2019).

Türk Dil Kurumu tarafından bakma işi olarak ifade edilen bakım, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi olma durumunun devam etmesi için sunulan emek olarak da tanımlanmaktadır.Tanımdan anlaşılacağı üzere bakım, bir nesnenin veya kişinin daha iyi olması ve iyilik durumunun sürdürülmesi için yapılanları içermektedir. Bu anlamıyla bakım yöneldiği kişi veya nesneye özen göstermeyi, değer vermeyi ve değer yüklemeyi kapsamaktadır. Yine Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlükte bakımın diğer bir tanımı birinin beslenme, giyinme vb. gibi ihtiyaçlarını üstlenme ve bunları karşılama işi olarak yer almaktadır (TDK, 2021). Bu tanıma göre de bakım, kendi bakım sorumluluğunu üstlenemeyen kişinin adına bu sorumluluğunu üstenmek anlamını taşımaktadır.

Üstlenilen bu sorumluluk başka bir insanla ilişki kurmayı, onun iyiliği için karar vermeyive eylemde bulunmayı gerektirir. Dolayısıyla bakım kavramı bakan ve bakılan kişiyi kapsayan bir kavramdır (Dinç, 2009). Bakım sözcüğünün İngilizcede karşılığı olan care sözcüğünün sözlükte isim,sıfat ve fiil olarak anlam karşılıkları yer almaktadır. İsim olarak bakım (care) ilgi, önem, özen, koruma, tedbir, dikkat, gözetim anlamlarını içerirken; sıfat olarak, ilgili özenli, şefkatli fiil olarak ise (to care,to take care) bakım vermek, birine karşı özen göstermek, saygılı olmak, iş edinmek, istekli olmak, ilgili olmak, bakmak, ilgilenmek (care for) anlamlarına gelmektedir (El Sözlüğü Redhouse, 2004; Dinç, 2019).

Bakım kavramıyla ilişkili ve zaman zaman da aynı anlamda kullanılan bir kavram da hemşire (nurse) kavramıdır. İngilizcede nurse sözcüğü fiil olarak kullanıldığında bakmak, dikkat etmek, özen göstermek,beslemek anlamı taşımaktadır. İsim olarak kullanıldığında ise hasta bakımında uzmanlaşmış kişi anlamına gelmektedir (Altıok ve ark., 2011).

Bakım insanoğlunun doğasında varolan ve varoluşuyla beraber gereksinim duyduğu bir olgudur. Bakım, insanın biyolojik programı doğrultusunda yaşama, kendisine ve diğer insanlara verdiği değer, duyduğu saygı ve sevgi çerçevesinde geliştirdiği yardım etmeye odaklı ilişkidir (Çimen, 2019). Bu nedenle bakım, insanın değeri, insana duyulan saygı ve sevginin gerektirdiği şekilde, acı çeken bir kişi için gerçek anlamda orada bulunmayı içerir. İhtiyacı olan kişi için orada bulunmak insana karşı sevgi duymak, şefkatli ve duyarlı olmak anlamı taşımaktadır (Altıok ve ark., 2011).

Bakım kavramının insanın varoluşu ve insani öğelerle olan ilişkisi birçok filozof ve psikoloğun bakım kavramı ile ilgilenmelerine ve bu konuda çalışmalarına neden olmuştur. Bunlardan birisi olan Kierkegaard'a göre bakım öznel ve özgün bir varlık olan ve var olabilmek için çeşitli seçimler yapan, kararlar veren insanı ve özgünlüğünü anlamak için gerekli olan en temel kavramdır. Bu açıdan bakımın bireysel, psikolojik ve subjektif boyutları vardır (Reich, 2014). Martin Heidegger ise bakım kavramının felsefi düşünce sisteminin merkezinde yer aldığını ve varoluşun temelini oluşturduğunu belirtmektedir. Başkası için kaygı duymadan ve ilgili olmadan hiçbir şeyin olmayacağını, var olmanın özünde ilgili olmak olduğunu vurgulayarak bakımın doğuştan gelen bir durum olmasının yanında duyuşsal bir yönünün de olduğunu ifade

etmektedir (Reich, 2014). Lavinas felsefesi ise bakım ilişkisinin kişiye ahlaki sorumluluk yükleyen bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Lavinas'a göre kişi yaşamının herhangi bir döneminde bakıma ihtiyaç duyabilir ve bu durum aynı zamanda kişiye ahlaki açıdan sorumluluk da yükler. Başkasına bakma,onunla ilgilenme olarak hayat bulan bu ahlaki sorumluluk, diğer kişi ile ilişkiye girdiğimiz anda başlar ve bundan kaçmak mümkün değildir (Lavoie ve ark., 2006). Bu ilişkide bakım veren ile bakım verilen kişi arasında asimetrik bir güç ilişkisi vardır. Bakıma gereksinim duyan kişi kendi bakımını karşılamadaki yetersizliğinden dolayı daha güçsüz konumdadır. Bununla beraber bakıma gereksinimi olan kişi kendisi için önemli olan ve değer verdiği her şeyi bakım sorumluluğunu alan kişiye emanet eder (Dinç, 2010). Amerikalı, feminist görüşe sahip, felsefeci Martha Craven Nussbaum iyi insan olmanın niteliklerini ve temel işlevsellik kapasitelerini tanımlamıştır. Nussbaum'a göre başkalarına karşı duyulan merhamet, acıma ve şefkat insanı insan yapan özelliklerdir. Bu anlamda insanlar birbirlerine kaygı ve ilgi bağlarıyla bağlıdırlar. Bakıma ihtiyaç duyan, tek başlarına varlıklarını sürdüremeyen kişilere bakmak ve onlara sağlıklı olma olanaklarını sunmak insan olmanın gereğidir. Nussbaum ayrıca bakım olgusunun adalet yönüne ve genellikle bakımdan kadınların sorumlu tutulduğuna dikkat çekmektedir (akt. Beyaz Erkızan, 2012). Varoluşçu psikolog Rollo May de bakım kavramına Nussbaum'la aynı şekilde yaklaşarak en temel insani özellikler olan sevmek, istekli olmak, vicdanlı olmak gibi özelliklerin bakım sayesinde mümkün olabileceğini belirmektedir (akt. Reich, 2014).

Bakım kavramının temelinde insan olma özelliklerinin yer alması nesnesi insan ve insanın eylemleri olan etik kavramıyla bakım kavramının birlikte anılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bakım veren ile bakım verilen kişi arasında kurulan ilişkinin temelinde birtakım değerler vardır. İlişkinin temelini oluşturan bu değerler, ilişkinin kuralları, ilişkinin dinamiklerini oluşturan normlar, iyi-kötü, doğru-yanlış gibi bir takım etik kavramlarla nitelendirilir (Kuzucab ve ark., 2016). Bu durum bakım nedeniyle kurulan ilişkiye etik yükümlülükler getirdiği gibi ilişkide ahlaki davranışlar sergilenmesini de zorunlu kılar (Wikberg ve Eriksson, 2008). Roach, profesyonel ve duygusal yönleriyle beraber özellikle bakımın ahlaki yönüne vurgu yaparak bakımın beş özelliğini şu şekilde sıralamaktadır (akt. Caranto, 2015):

Merhamet: Acı çeken kişinin acısını anlamayı ifade etmektedir.

Yetkinlik: Profesyonel kişinin bilgi, beceri, deneyim ve gücüne temellenen en önemli özelliklerinden birisidir.

Güven: Bakım veren ile bakım verilen kişi arasındaki güven ilişkisi vurgulanmaktadır.

Vicdan: Profesyonel bakım olgunluğa erişmiş vicdanla mümkün olabilmektedir.

Sözleşme: Bakım verenle bakım verilen kişi arasında karşılıklı sorumluluklardan oluşan bir anlaşma söz konusudur.

Bakım kavramı ile ilgili verilen bu bilgilerin ışığında bakımın kişilerin diğerleriyle olan ilişkilerinin sonucunda oluştuğu ve kişinin sahip olduğu değerlerinin, kültürel yapısının, deneyimlerinin bu sonucun oluşmasında etkin rol oynadığı görülmektedir (Mlinar, 2010). Bakım, insan olmanın birçok boyutuyla ilişkilidir ve bu ilişkiler değerlendirildiğinde bakım veren kişilerin ayrıcalıklı birtakım özelliklere sahip olması ve bakımın bu konuda yetkin, profesyonel bir grup tarafından verilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yetkin olan profesyonel grup, bakıma ihtiyacı olanların bu konudaki gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimleri karşılayacak bakım planlarını oluşturmak, uygulamak ve değerlendirmekten sorumludur. Bu bağlamda bakım sürecinin, bakımı mesleki yükümlülük olarak gören profesyonel bir grup tarafından yürütülmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Bu profesyonel meslek grubu hemşireliktir. Hemşirelerin bakımı meslekleriyle ilgili temel rollerinden birisi ve temel yükümlülükleri olarak kabullenmeleriyle beraber bakımın niteliği daha da özelleşmiştir. Özelleşmiş bu bakım hemşirelik bakımı olarak ifade edilmektedir (Göçmen Baykara, 2014; Çimen, 2019).

2.2.2. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik, topluma ve toplumu oluşturan ailelere ve bireylere, onların gereksinimleri doğrultusunda verilen bütüncül bir hizmettir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing- ICN) hemşireliği; hasta veya sağlıklı her bireyin, ailenin, grubun ve toplumun özerk ve işbirliğine dayalı bakımlarını sağlayan, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi için güvenli bir çevrenin teşvik edilmesi, sağlık politikalarının oluşturulması, hasta ve sağlık yönetim sistemlerine katılma, eğitim, araştırma, savunuculuk ve eğitim gibi rolleri olan bir meslek grubu olarak tanımlamaktadır (ICN, 2002). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise hemşireliğin insanların sağlıklı ve iyi olmaları için onlara yardım eden, katkıda bulunan bir meslek

olduğunu ifade etmektedir (akt. Bonsall ve Cheater, 2008). Türk Hemşireler Derneği (THD)'nin tanımına göre hemşirelik "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplinidir" (Resmi Gazete, 1954).

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere hemşirelik mesleği birtakım rollerin ve sorumlulukların yerine getirilmesi ile gerçekleştirilmektedir. İnsana hizmet temelinde faaliyet gösteren mesleklerden birisi olan hemşirelik mesleği, insan yaşamında meydana gelen değişim ve gelişmelere paralel olarak sürekli bir değişim ve gelişim içindedir. Bu durum hemşirelerin yetki ve sorumlulukları ile bağımsız rol ve işlevlerinin artmasınını beraberinde getirmiştir (Gedük, 2018). Hemşirelik mesleği geliştikçe, hemşirelerin kendi kararlarıyla gerçekleştirdikleri etkinlikler artmış, bu durum mesleki özerkliğin artmasını sağlamıştır. Bu doğrultuda hemşireliğin geleneksel rolleri, modern hemşirelik rollerine evrilmiştir. Hemşireliğin yaygın olarak kabul edilen bakım verici, eğitici, araştırıcı, yönetici, karar verici, hasta savunucu rollerinin yanında, iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma, danışman rolleri gibi nispeten daha sınırlı benimsenen rolleri de vardır. (Taylan ve ark., 2012). Söz konusu olan modern hemşirelik rolleri içerisinde bakım sağlayıcı rolü hemşireliğin hemşireliğe özgü en temel rolüdür ve hemşirelik mesleğinin odağında yer almaktadır (Dinç, 2010; Papastavrou ve ark., 2011). Hemşire bakım verici rolünü gerçekleştirirken hastayı merkez alarak, onun iyilik durumunun yeniden kazanması için hastaya ve hastalığına özel gerekli kararları alır, bakım planını hazırlar ve uygular (Hakreader ve ark., 2007). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA:North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik bakımı uygulamalarının bir süreç içerisinde gerçekleştirildiğini belirtmiştir. Bir klinik karar verme süreci olan bu süreçte, toplumun ve onu oluşturan ailelerin ve bireylerin mevcut veya olası olan sağlık sorunları veya hayatlarındaki olaylara karşı verdikleri tepkilere ilişkin kararlar verilmesi söz konusudur. Tespit edilen bakım gereksinimlerine göre belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda kararlar verilir, uygulanır ve değerlendirilir.

Hemşirelik bakımı kavramı, hemşireliğin en temel rolü olmasına ve hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer almasına rağmen, henüz üzerinde uzlaşılmış ortak bir

tanımı olmamasının yanında günümüzde hemşirelikle ilgili en çok tartışılan konulardandır (Altıok ve ark., 2011). Hemşirelik bakım kavramı hemşire kuramcılar tarafından zaman içinde değişik yönleri ile ele alınarak çeşitli şekillerde tanımlanmıştır;

Madeline Leininger hemşirelik bakımını hemşirelik ve antropolojik çalışmalara temellendirerek, kültürel yeterlik kavramıyla ilişkilendirmiştir. Leininger'in sözünü ettiği karşılaştırmalı bütüncül kültürel bakım, insanların yaşam şekilleri, sahip oldukları kültürel değerler ve inançlarındaki farklılıklar ve benzerlikler üzerine temellendirilmiş bir bakımdır. Bu teoriye göre farklı kültürlerin anlaşması kültürel bakım farklılığının ve evrenselliğinin etkili işlev görebilmesi için en temel gerekliliktir. Leninger'e göre bireylerin gereksinimleri doğrultusunda desteklenmesini ve yardım edilmesini kapsayan bakım hemşireliğin odak noktasıdır. Bakım kavramı içerisinde koruyucu davranış, empati kurma, güven verme, yardım etme, paylaşma, ilgi gösterme, besleme, sevgi ve şefkat gösterme gibi davranışlar da vardır. Profesyonel bakım ise sürdürülebilir ve geliştirilebilir sağlık için ihtiyaç duyulan mesleki bilgi, beceri ve davranışlardan oluşmaktadır (İz ve Temel, 2009; Altıok ve ark., 2011; Birol, 2011).

Virginia Avenel Henderson'a göre (1964) hemşireliğe özgü en temel rol; hasta ya da sağlıklı bireylerin sağlıklarını yükseltecek davranış geliştirmelerinde, iyileşme süreçlerinde veya ölümü huzur içinde karşılamaları için ihtiyaç duydukları bilgi, güç ve irade konusunda desteklenerek mümkün olduğunca kısa sürede bağımsızlık kazanmalarına yardımcı olmaktır. Henderson'ın teorisinde yer alan dört kavramdan (birey, sağlık, çevre, hemşirelik) en çok birey üzerinde durduğu ve hasta bireyi; biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel bileşenli çok yönlü bir varlık olarak tanımladığı görülmektedir (Henderson, 1964). Bu anlamda bireyin ihtiyaçlarını tanımlamak amacıyla Maslow'un insanın temel ihtiyaçları piramidine temellenen 14 temel gereksinimini belirlemiştir. Hemşire belirlenen bu ihtiyaçlar çerçevesinde ve hasta ile beraber hastanın bakım gereksinimlerini belirler. Bu gereksinimleri yardımla veya yardımsız karşılaması konusunda hastanın yeterlilik durumunu tespit eder, bakım planı yapar ve uygular. Henderson'a göre (1964) toplum bu anlamdaki profesyonel bakımı hemşireden beklemektedir. Bu profesyonel bakımın temel amaçlarından biri kendi bakımı konusunda hastayı hemşireye bağımlı kılmak yerine, bağımsızlığını en kısa sürede kazanmasına yardım etmektir (Velioğlu, 2012; Phillips ve Harris, 2017).

Lydia E. Hall'e göre hemşirelik bakımı, öğrenme gereksinimlerini ve bilgi eksikliğini saptayarak bu eksiklikleri karşılayacak girişimlerde bulunmak, böylece bireyin günlük gereksinimlerini karşılamasına yardımcı olarak rahatını sağlamaktır. Hall'e göre bakım, bireyin ihtiyaçlarının karşılanması, rahatlığının sağlanması, büyütme gibi annelik kavramlarını içerdiği halde hemşirelik bakımı bilimsel temeli olan profesyonel bir yaklaşımdır. Dolayısıyla hemşirelik bakımı profesyonel hemşireler tarafından verilmelidir. Hemşire, bu profesyonel yaklaşım çerçevesinde hastasının günlük gereksinimlerini karşılamasına yardım eder. Bu durum hastanın kendisini rahat hissetmesini ve kendisini hemşireye açmasını sağlar. Bakımın amacı hastanın gelişimine katkıda bulunarak sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurmasını sağlamaktır (Velioğlu, 2012; Karadağ ve ark., 2017; Phillips ve Harris, 2017).

Dorothea Elizabeth Orem'in geliştirdiği öz bakım modeli ise birey ve onun bakım gereksinimleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Orem'e göre hemşirelik bakımı bireyin sağlıklı yaşaması, hastalık ve sakatlık durumunda bunların olumsuz etkileriyle mücadele edebilmesi için bireyin kendi bireysel bakımının sorumluluğunu üstlenmesini sağlamaktır. Orem, insanın kendi gereksinimlerini karşılamada yeterli olmadığı durumlarda hemşirenin devreye girdiğini ve onun en kısa sürede kendi bireysel bakımını üstlenecek yeterliliğe gelmesini sağlamaya çalıştığını belirtmektedir (akt. Çelik, 2019).

Joyce Travelbee'nin geliştirdiği bakım modeli kişiler arası ilişkiler modelidir. Travelbee'ye göre hemşirenin hasta ile kurduğu iletişim bakım için oldukça önemlidir.Hemşirenin hastayı hastalık olarak değil hasta olarak algılaması, bakımın merkezine hastayı alması, onunla insan insana ilişki kurması bakım sürecini olumlu etkilemektedir. Travelbee bakımda empatinin önemine değinerek hemşirenin hasta olma konusundaki deneyiminin varlığının hastasını daha iyi anlamasına yardımcı olacağını vurgulamıştır. Ayrıca hasta ile mümkün olduğunca beraber olmak bakım sürecini olumlu etkilemektedir. Onun geliştirdiği bakım modeline göre bakım gereksinimi; hasta bireyin her türlü gereksiniminin, hemşirelik uygulamalarının yasal sınırları içinde, profesyonel hemşire tarafından karşılanmasıdır. (Velioğlu, 2012; Phillips ve Harris, 2017).

Hemşirelik bakım modellerinden bir diğeri ise Roper, Logen ve Tierney'in geliştirdiği yaşam aktiviteleri modelidir. Bu modelde bakım işinin bağımsız bir meslek

üyesi olarak hemşirelerin üstlendiği bir rol olduğu belirtilmektedir. Hemşire bu rolünü hastanın bakım ve rahatlığını sağlayarak gerçekleştirmektedir (Velioğlu, 2012; Phillips ve Harris, 2017).

Hemşire kuramcılar yaptıkları hemşirelik bakımı tanımlarında hemşirelik bakımının bir değer olarak hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer aldığını belirtmişlerdir. Bakım, hemşireliğin varoluş nedenidir. Başkalarının gereksinimlerinin giderilmesi sorumluluğunu alan hemşireler için bakım olgusu gerçekleştirilmesi gereken bir hedeftir. Bu hedefe ulaşmak hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinin temelini oluşturmaktadır (Göçmen Baykara, 2014). Hemşirelik bakımını ayrıcalıklı kılan özelliği; bakımın duyusal ve ahlaki yönlerininin hemşireliğin profesyonel bilgi ve becerileri ile harmanlanarak sunulmasıdır (Karaca ve Durna, 2018). Hemşirelik bakımı ahlaki farkındalık ve duyarlılıkla beraber, bu konudaki bilimsel bilgi temelini ve mesleğe özgü geliştirilmiş psikomotor becerileri de kapsar. Hemşirelik bakımını hemşireliğe özgün kılan özellikler; hemşirenin bu konudaki doğru bilgisini (episteme) pratik düşünme ve yargı becerisi (phronesis) ile harmanlayarak, alana özgü teknik beceri ve manevra becerisini (techne) kullanarak mesleki etik ilke ve değerler ışığında özen ve saygıyla sunabilmesidir (Dinç, 2010).

Cortis ve Kendrick (2003), hemşirelik bakımının kapsayıcı ve evrensel insani bir özelliğinin olduğunu belirterek, hemşirelik bakımını, bakım alana dokunma, şefkat gösterme, empati yapma, onu etkileme şeklinde tanımlanmıştır. Bu duygular hemşirenin diğerlerine bakmasını olanaklı kılan temel motivasyon kaynaklarıdır. Bu doğrultuda bakım terapötik bir yöntemle karşılıklı düşünce alışverişinin yapıldığı kişiler arası etkileşim sürecidir. Hemşireliğin temel erdemi olan bakım aynı zamanda ahlaki bir zorunluluktur (Cortis ve Kendrick, 2003).

Bakım kavramının ahlaki boyutunu vurgulayan bir diğer kuramcı Sara Fry'dır. Fry (2000), bakımın etik bir yükümlülük ve ahlaki bir davranış olduğundan bahsederek, kişilere sunulan yararlı hizmet olduğunu belirtmektedir. Fry'a göre (2000), bakım veren kişi bakım verdiği kişinin onurunu korumak ve sağlığını geliştirmek için sorumluluk yüklenmektedir. Ayrıca Fry hemşirelik bakımının taşıması gereken ahlaki özelliklerin yanında, bakımın bilimsel bilgiye dayalı bir eylem olduğunu ve bu alanda yetkinlik gerektirdiğini da ifade etmektedir (Altıok ve ark., 2011).

Görüldüğü gibi hemşirelik bakımı kavramı, çeşitli yönleri olan, içinde birbirinden farklı bir çok özelliğin bulunduğu oldukça geniş bir kavramdır. Bu anlamda bakım kavramının kapsadığı özelliklerin profesyonel bakımın sunucusu olan hemşirelerde de bulunması, hemşirelerin ayrıcalıklı bir takım özelliklere sahip olmasını gerektirmektedir (Çimen, 2019). Bu bağlamda hemşirelik bakımının profesyonel uygulayıcısı olan hemşirelerin bakım verdiği kişinin sorumluluğunu alarak ve gerçekten yardım ettiğine inanarak eylemde bulunması ve kişiye karşı saygı duyma, empati kurma, onun iyiliği için çaba gösterme, dürüstlük, sabır gibi bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir (Göçmen Baykara, 2014). Profesyonel hemşirelik bakımı, bilimsel problem çözme yöntemi basamaklarından oluşan hemşirelik sürecine temellendirilerek bilimsel yöntem çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Hemşirelik sürecinde hemşire, hemşirelik tanısını koyma, kanıta dayalı olarak bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme sorumluluğunu üstlenirken, sezgisel değil sistematik ve analitik bir yaklaşım sergilemektedir (Birol, 2011). Bununla beraber hemşirelerin rol ve sorumlulukları zaman için de değişmekte ve farklılaşmaktadır. Bu durumda hemşirenin bakım süreci çerçevesinde bireye özgü ve en doğru bakımı verebilmesi için problem çözme ve karar verme konusunda yeterli olması gerekmektedir. Ayrıca profesyonel bakımın zorunlu kıldığı mesleğe ilişkin bilgi ve beceriyi barındırması, mesleği ile ilgili bilimsel gelişmeleri takip etmesi, değişime açık olması, sorumluluk alması ve mesleğinin gerektirdiği etik değerlere bağlılığı hemşirelerin sahip olması gereken diğer özelliklerdir (Göçmen Baykara, 2014). Bu bilgilerin ışığında hemşirelik bakım kavramını, bakım kavramından ayıran onu özgün kılan özelliği; konu hakkında sahip olunan doğru bilgi ve alana özelleşmiş teknik becerinin muhakeme gücü ve pratik akıl yürütme yetisi kullanılarak, etik ilkeler ve mesleki değerlerle harmanlanarak hemşireler tarafından özenle ve saygıyla sunulmasıdır (Dinç, 2020).

Profesyonel hemşireliğin odak noktasında bulunan hemşirelik bakımının sunumunda bakım verilenler için önemli sorunlar oluşturan ve değişik nedenlerden kaynaklanan eksiklikler, aksaklıklar, ihmaller oluşabilmekdir. Hemşirelik bakımıyla ilgili bu olumsuzlukların, hemşireler tarafından gizlendiklerinden dolayı tespit edilmesi zor olmaktadır (Stewart-Amidei, 2007). Hemşirelik bakımının uygulamada bazen çeşitli nedenlerle gerçekleştirilememesi özellikle hasta güvenliği açısından büyük tehdit oluşturmaktadır (İlaslan ve Yıldırım Şişman, 2019). Bununla beraber hemşirelik bakımı kalite göstergesi olarak da kullanılan hemşirelik bakımının sunumu ile ilgili yaşanan

eksiklik, ihmal ve aksaklıkların gizli kalmaması ve daha iyi anlaşılması için KHB kavramı ortaya çıkarılmıştır (Kalisch ve Xie, 2014).

2.2.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

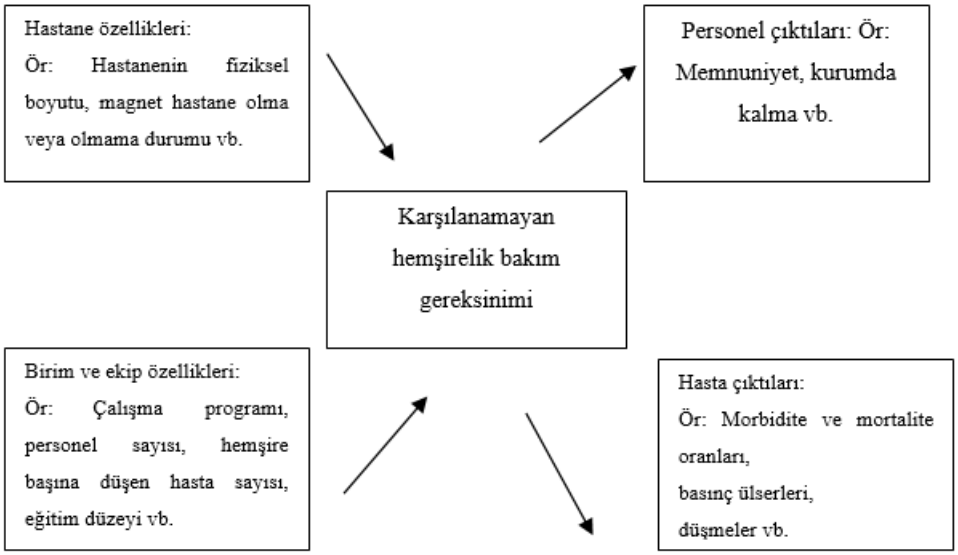
Hastaya verilmesi gereken hemşirelik bakımının tamamının veya bir bölümünün ertelenmesi, aksaması veya ihmal edilmesi anlamına gelen KHB kavramı ilk defa 2006 yılında Kalisch tarafından gerçekleştirilen bir nitel çalışma sonucunda ortaya koyulmuştur. Bu çalışmada Kalisch hemşirelik bakımını maliyet ve kalite açısından hasta sonuçlarını etkileyen dokuz bakım alanının; ertelenen veya unutulan beslenme, duygusal destek, pozisyon verme, hijyen, hasta eğitimi, aldığı ve çıkardığı kaydı, taburculuk planlaması ve sürveyans olduğunu belirtmiştir (Kalisch, 2006). Kavramın tanımı Kalisch ve arkadaşları tarafından 2009 yılında "Hasta bakımının bir bölümünün veya tamamının ihmal edilmesi ya da geciktirilmesi" olarak yapılmıştır (Kalisch ve ark., 2009a).

Literatürde hasta güvenliğine ilişkin hatalar çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Buna göre; görev hatası, kişinin yapmaması gereken bir eylemi yapması sonucunda oluşan hata, ihmal veya atlama hatası ise kişinin yapması gereken bir eylemi yapmamasıyla ortaya çıkan hata olarak tanımlanmaktadır (Reason ve Hobbs, 2003). Bu doğrultuda hasta güvenliğine ilişkin bir hata olarak kabul edilen KHB bir ihmal / atlama hatası olarak değerlendirilmektedir (Kalisch ve Xie, 2014). Bu nedenle ihmal/atlama hataları, sunulan hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir göstergesi olarak da kullanılmaktadır (Stewart-Amidei, 2007). İngilizce bir sözcük olan miss kelimesinin türkçe karşılığı sözlükte kaçırmak, farketmemek, gözden kaçırmak, ıskalamak olarak yer almaktadır (Cambridge Türkçe-İngilizce Sözlük, 2021). Bu nedenle "Missed Nursing Care" in Türkçe karşılığı olarak KHB kavramı kullanılmaktadır.

2.2.3.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Kavramsal Çerçevesi

KHB kavramlaştırılması 2009 yılında Kalisch ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalardan (2009a; 2009b) elde edilen sonuçlar ve literatür taramaları sonucunda gerçekleştirilmiş ve Donabedian'ın yapı, süreç ve sonuç modeline oturtulan karşılanamayan "hemşirelik bakım gereksinimi modeli (KHBM)" oluşturulmuştur (Kalisch, 2006; İlaslan ve Yıldırım Şişman, 2019) (Şekil 2-2). KHBM temellendiği Donabedian'ın kalite modeline göre sağlık hizmetlerinin kalitesi değerlendirilirken yapı,

süreç ve sonuç yönlerinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü bakım kalitesinin değerlendirilmesinde sağlık hizmetlerinin çıktıları tek başına yeterli bir ölçüt değildir. Sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri (Ör:Sağlık kurumlarının idari yapısı, örgütsel özellikleri, çalışan personelin niteliği), gerçekleşen süreçler (Ör:bakım ve tedavi hizmetleri) ve sonuçlar (ör: çalışan ve hasta memnuniyeti, yanlış taraf ameliyatları ve düşme oranları) bakımın kalitesini etkilemektedir (Donabedian, 2005). Bu çerçeveye oturtulan ve Kalisch, Landstrom ve Hinshaw (2009) tarafından geliştirilen KHBM'ye göre bakım verilen hastane, hasta ünitesi ve bireysel bakım veren personelin sahip olduğu özellikler (yapı), KHB gereksinimlerine (süreç) neden olmakta ve bu durum iş memnuniyeti, işten ayrılma niyeti, mesleki doyum gibi çalışan çıktılarını ve düşmeler, enfeksiyonlar, basınç ülserleri gibi hasta çıktılarını (sonuç) etkilemektedir (İlaslan ve Yıldırım Şişman, 2019). Kalisch ve arkadaşlarının (2009a) geliştirdiği modelde KHB nedenleri ve sonuçlarıyla bir bütün olarak ifade edilmektedir. Model, hemşirelik bakım uygulamalarının gerçekleşmesini engelleyen veya kolaylaştıran öncüllerden, hemşirelik bakım süreci, hemşirelerin bakım süreci ile ilgili sahip oldukları algı ve karar verme süreçlerinden, bakım süreciyle planlanan bakımın atlanması, ertelenmesi /geciktirilmesini ve hasta sonuçları ile ilgili göstergelerden oluşmaktadır. Hemşirelik bakımının sunulması için ihtiyaç duyulan insan gücü ve maddi kaynaklar ile iletişim öncüller olarak tanımlanmaktadır. Bu öncüller doğrultusunda hemşirelik bakım sürecinin veri toplama, hemşirelik tanısını koyma, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları gerçekleştirilir. Hemşireler bakım sürecini uygularken sahip oldukları normlardan, değerlerden, alışkanlıklardan etkilenirler. Böylece planlanan bakım verilir veya atlanır veya ertelenir/geciktirilir. Bu durum, hasta çıktılarını etkiler (Kalisch ve ark., 2009a).



Şekil 2-2: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Modeli

İlaslan ve Yıldırım Şişman, 2019'dan değiştirilerek.

Literatürde ölçtükleri kavramlar açısından KHB kavramıyla benzerlik gösteren bazı kavramlar yer almaktadır. Bunlar; önceki vardiyadan kalan tamamlanmamış bakımı tanımlamak için kullanılan bitirilmemiş bakım (unfinished care) (Sochalski, 2004), hemşirelerin yetersiz zaman, eğitim ve beceri düzeyleri nedeniyle gerçekleştiremedikleri bakımı ifade etmek için kullanılan kısıtlandırılmış hemşirelik bakımı (rationing of nursing care) (Schubert ve ark., 2008) hemşirelerin planladığı ancak zaman yetmediği için son vardiyada tamamlayamayıp geride bıraktığı bakım uygulamalarını için kullanılan karşılanmamış hemşirelik bakımı (unmet nursing care) (Lucero ve ark., 2009) gibi kavramlardır.

2.2.3.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Nedenleri ve Etkileyen Etmenler

Hasta ve çalışan çıktılarını önemli oranda etkileyen KHB konusunda yapılan araştırmalar, KHB'nin çeşitli nedenleri olduğunu ortaya koymuştur. Kalisch ve Williams'ın (2009) hemşirelik bakımının miktarını ve nedenlerini ölçmek için geliştirdikleri karşılanamayan bakım ölçeğinde KHB nedenleri üç ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklardan ilki çalışanlarla ilgili (emek kaynakları) nedenler, ikinci başlık malzeme (materyal kaynakları) eksikliği ile ilgili nedenler, üçüncü başlık ise iletişimdir. Her başlığın altında KHB'ye yol açan çok çeşitli alt başlıklar yer almaktadır.

Bunlardan en sık bildirilenler ise var olan hasta sayısı ve/veya acil durumlarda bu hasta sayısında beklenmeyen artış, gerekli olan ilaçlarda eksiklik ve hasta dağılımındaki dengesizliktir (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve Lee, 2010)

KHB'ye neden olan emek kaynaklarının en önemlisi bakım veren hemşire sayısının yetersiz, buna karşın bakım verilen hasta sayısın fazla olmasıdır. Bu durumda ortaya çıkan orantısızlık hemşirenin iş yükünün artmasına ve bakımın aksamasına yol açmaktadır (Blackman ve ark., 2015).

Bakım amacıyla her hasta için ayrılan süre KHB için belirleyici bir faktördür. Hemşirenin hasta bakımı için harcadığı zaman ile KHB arasında negatif bir ilişki vardır. Bakım verilen sürenin azalması bakımın istenilen düzeyde verilememesine neden olmaktadır (Kalisch ve ark., 2011a). Bakım verilen hasta sayısınının azalması karşılanamayan bakım oranını azaltmaktadır (Campbell ve ark., 2020).

Ayrıca hasta sayısındaki yoğunluk, hastanın durumunda gelişen aciliyet ve beklenmeyen değişiklikler, fazla bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısındaki artış gibi durumlar bakım için ayrılan süreyi uzatarak hemşirenin iş yükünü arttırmaktadır. Bu durumda hem artan iş yoğunluğu hem de yetersiz hemşire sayısı açığını kapatmak amacıyla gerçekleştirilen uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma ve fazla mesai gibi durumlar KHB'ye neden olmaktadır (Palese ve ark, 2015).

KHB'nin çalışanlarla ilgili önemli diğer nedenleri arasında bakım verenlerin eğitim düzeyi, çalışma yılı, bakım algıları ile ilgili faktörler yer almaktadır. Profesyonel hemşireliğin temel göstergelerinden birisi olan eğitim düzeyi, hemşirelik bakım kalitesinin önemli belirleyicilerindendir (Gül, 2019). Hemşirelerin eğitim düzeyi ile KHB arasında ters yönde bir ilişki söz konusudur. Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça KHB'ye neden olma oranları azalmaktadır. Yapılan araştırmalar hemşirelerin yardımcı hemşirelere göre daha az KHB'ye yol açtıklarını göstermektedir. Aynı nedenle hemşireler ile hemşire yardımcılarının KHB algıları aynı hasta ve aynı uygulamalar için farklıdır. Ayrıca çalışan sayısının yeterli olduğu algısı KHB'nı azaltmaktadır. Çalışma yılı/iş deneyiminin KHB ile ilişkisi açısından durum farklıdır. Hemşirelerin çalışma yılı ile KHB arasında doğru orantı olduğu, iş deneyimi arttıkça KHB'ye neden olma oranın da arttığı belirlenmiştir (Kalisch ve ark., 2011a, 2011b; Bragadottir ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada 10 yıl ve daha fazla çalışma deneyimi olanların 6 aylık çalışma

deneyimi olanlara göre daha fazla KHB bildirdikleri belirtilmiştir (Chapman ve ark., 2017).

Hemşirelerin çalışma şekli KHB'yi etkileyen önemli bir etkendir. Bakım kalitesini önemli ölçüde etkileyen ekip çalışmasının KHB üzerinde önemli bir etkisi vardır. Ekip çalışması arttıkça KHB azalmaktadır. Ekip liderinin yeterliliği, ekip üyeleri arasındaki uyum, güven hissi, birbirlerine gösterdikleri destek ve duygusal paylaşımlar ve ekip çalışmasına ilişkin algıları arttıkça bakımın kalitesi artmakta ve KHB azalmaktadır (Kalisch ve ark., 2010; Kalisch ve ark., 2012a). Ayrıca vardiyalı çalışma şekli, çalışma saatleri ve nedensiz işe gelmeme de KHB'yi etkilemektedir. Yapılan çalışmalar uzun çalışma saatlerinin ve gece vardiyasında çalışmanın KHB'yi arttırdığını göstermiştir. Bununla beraber mazeretsiz olarak iş devamsızlığı fazla olanlar arasında KHB'ye neden olma oranları yüksektir (Kalisch ve ark., 2011a; 2011b). Çalışanlarla ilgili KHB'ye neden olan bir diğer durum görevlerin devredilmesindeki uygunsuzluk ve devredilen görevlerde gerekli takibin ve gözetimin yapılmamasıdır. Özellikle bakımın bu konuda yetkin olmayan kişilere devredilmesi KHB oranlarını arttırmaktadır (Stewart-Amidei, 2007; Hansten ve Jackson, 2009).

KHB'nin önemli bir nedeni de malzeme (materyal kaynakları) eksikliği ile ilgili nedenlerdir. Bakım için kullanılması gereken ilaçların, sarf malzemelerinin, tıbbi cihazların istenilen nitelikte, zamanında ve/veya yeterince karşılanamaması önemli oranda KHB'ye yol açmaktadır (Hessels ve ark., 2015). Magnet hastanelerle ilgili yapılan bir çalışmada bakım için gerekli olan malzeme ve cihazların yetersizliğinin KHB'nin nedenleri arasında yer aldığı gösterilmiştir (Tubbs-Cooley ve ark., 2017).

Kalisch ve arkadaşlarının (2012a) KHB'nin en önemli nedenlerinden birisi olarak belirttikleri bir diğer neden de iletişimdir. Hemşirelerin kendi aralarında ve ekibi oluşturan diğer kişilerle olan sağlıklı iletişimi bakımın kalitesini olumlu bir şekilde etkilemekte ve verilen bakımın eksiksiz ve daha etkili olmasını sağlamaktadır. Hemşirelerin meslektaşlarıyla ve/veya diğer ekip üyeleriyle yaşadıkları iletişim sorunları (iletişim kopuklukları, gerginlikler, eksik iletişim v.b) KHB'ye yol açmaktadır (Bragadottir ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada, ekip içinde var olan etkili iletişimin, ekibin yeterli izlem ve desteğinin, liderlik özelliği olan yöneticilerin varlığının KHB sayılarını büyük ölçüde düşürdüğü bildirilmiştir (Kalisch ve ark., 2012a).

KHB miktarı ve nedenleri ülke, hastane ve klinik özelliklerinden de etkilenmektedir (Stewart-Amidei, 2007). Kalisch ve arkadaşları (2012b) tarafından yapılan bir araştırmada Türkiye'de bakım veren hemşirelerin KHB puan ortalamasının Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ortalamasından düşük olduğu buna karşın Türkiye'de bakım veren hemşirelerin KHB nedenleri puan ortalamasının ABD ortalamasından da yüksek olduğu bulunmuştur. Hastanenin magnet statüsünde hastane olma durumu KHB oranlarını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada magnet statüsünde olan hastanelerde çalışan hemşirelerin KHB miktarının, magnet statüsünde olmayan hastanelere göre düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir (Kalisch ve Lee, 2012). Magnet hastanelerde sağlanan olumlu hemşire ve hasta çıktıları, iş birliği, güvenli ve olumlu bir çalışma ortamı gibi bir takım faktörler KHB oranlarının düşmesini sağlamaktadır (Kelly ve ark., 2012).

Kliniklerin taşıdıkları bir takım özellikler KHB oranlarını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada; çalışan devir hızının düşük olduğu, yeterli sayıda ve nitelikte çalışanın bulunduğu, üst düzeyde takım çalışması, iletişim ve ekip desteğinin bulunduğu, yöneticilerinin liderlik özelliğine sahip olduğu ve fiziki boyut olarak küçük kliniklerde daha düşük düzeyde KHB olduğu gösterilmiştir (Kalisch ve ark., 2012a).

2.3. Atalet ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

Sağlık hizmetleri; toplumu oluşturan bireylerin gereksinim ve istekleri doğrultusunda belirlenen amaçları gerçekleştirmek için, bu amaçlar doğrultusunda oluşturulmuş çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında, değişik alanlarda profesyonelleşmiş sağlık çalışanları tarafından sunulan, birey ve toplumun gereksinimi olan koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı işlevlerini gerçekleştirmek üzere ülkenin tamamını kapsayan bir örgütlenmeye sahip olan, kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2009). Sağlık hizmetlerinin, ertelelenemez oluşu, önceden denenme olanağının olmaması, yerine başka bir şeyin konulamaması, garantisinin olmaması, büyüklüğünün ve içeriğinin hekim tarafından belirlenmesi, hizmetin maliyeti ve fiyatı arasındaki ilişkinin zayıf olması gibi diğer hizmetlerden ayırıcı bir takım özellikleri vardır (Tengilimoğlu ve ark., 2008). Sağlık hizmetmetlerinin bu ve buna benzer bir takım özelliklerinden dolayı bu hizmetleri veren kurum ve kuruluşlarda gerçekleştirilen işler değişken ve karmaşıktır. Çok sayıda değişik meslek grubunun hizmet verdiği bu yerlerde uzmanlaşma ve fonksiyonel bağımlılık yüksek

derecededir. Uzmanlaşmanın yüksek olması özellikle bilgi ve deneyime temellenen bir güce sahip olmayı da sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının diğer sektörlerle karşılaştırıldığında ölçülmesi ve tanımlanması ve kısa zamanda görülmesi oldukça güçtür (Kavuncubaşıve Yıldırım, 2012). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde bir takım çıktılardan yararlanılmaktadır. Bu çıktıların en önemlilerinden birisi de kaliteli hasta bakım göstergeleri şeklinde de belirtilen hasta çıktılarıdır (Türkmen, 2015). Bu çıktılar; hastanın hastaneye yatmasıyla ilişkili olarak ortaya çıkan enfeksiyonlar, sepsis, ameliyattan sonra gelişen yara enfeksiyonları, santral venöz katetere bağlı enfeksiyonlar, derin ven trombozu, şok, kalp durması, gecikmiş yeniden canlandırma işlemleri, metabolik dengesizlik, akciğer yetmezlikleri, basınç ülserleri, merkezi sinir sistemi komplikasyonları, üst sindirim sistemi kanamaları, ilaç hataları, ameliyat sonrası gelişen kalp akciğer komplikasyonları, dolaşım yüklenmesi, planlanmamış ekstübasyon, periferik intravenöz infiltrasyon, hastaların ve yakınlarının çeşitli şikayetleri, ölüm ve uzun süre hastanede yatma şeklinde ifade edilmektedir (Wilson ve ark., 2011). Hasta çıktılarınının önemli oranda belirleyicisi olan en önemli etkenlerden birisi hastanelerde kaliteli, güvenli ve sürekli hasta bakımı verilmesinde görevli olan hemşire insan gücüdür (Türkmen, 2015).

Günümüz çalışma yaşamında örgütlerin etkinliği ve verimliliği arttırabilmek ve örgütü rekabet ettiği diğer örgütler arasında öne çıkarmak adına sahip oldukları en önemli unsur o örgütün insan kaynağıdır. Bu nedenle insan kaynağının performasını etkileyen bireysel ve örgütsel etmenlerin araştırılması ve iyileştirilmesi örgütün başarısı için büyük önem taşımaktadır. İnsan kaynağını etkileyen etmenlerin en önemlilerinden birisi de öğrenme ve deneyim ataleti alt boyutları olan ve bireylerin karar verme, motivasyon, etkinlik ve verimliliklerini olumsuz anlamda etkileyen atalet durumudur (Çavuş ve Pekkan, 2017). Hizmet sektörü içerisinde özellikle sağlık sektöründe yer alan örgütlerin çalışanlarında var olan bir atalet durumu, örgütler arası rekabetin arttığı, hasta beklentilerinin farklılaştığı ve çevresel koşulların hızla değiştiği bir iklimde oldukça önem kazanmaktadır (Kaya ve Yüceler, 2016). Özellikle zihinsel atalet içerisindeki bireylerin planladıklarını hayata geçirmede zorlandıkları, belirledikleri hedefleri gerçekleştirmek için harekete geçemedikleri ve sorumluluğunu aldıkları işleri sonuçlandırmada güçlük yaşadıkları düşünüldüğünde (Sekman, 2019), sağlık çalışanlarında ve özellikle hasta bakımında doğrudan görev alan hemşirelerde var olan bir atalet durumunun dikkatsizliğe, hasta ile ilgili alınan kararlarda ve hastaya yönelik

uygulamalarda hataya yol açacağı, hasta bakımının aksamasına ve planlandığı halde gerçekleştirilmemesine neden olacağı, bu durumun da hasta güvenliğine tehdit oluşturacağı açıktır (Kaya ve ark., 2018).

2.3.1. Atalet, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetlerinde, hizmetin bütün aşamalarında öngörülen kazanç ve kayıplar dengesi hesaplandıktan sonra hizmet alan kişinin iyilik halinin kapsamının ve ölçüsünün en üst düzeye çıkarılması sağlıkta yüksek kaliteli hizmet olarak tanımlanmaktadır (Donabedian, 1996). Sağlık hizmet sektöründe son yıllarda büyük önem kazanan toplam kalite yönetimi programlarının en önemli konularından birisi de hasta güvenliği konusudur. Hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetlerinin en temel ve vazgeçilmez koşuludur ve bireylerin sağlık bakım uygulamaları nedeniyle görebilecekleri zararı önlemek amacıyla, sağlık hizmet sunucuları tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Bu önlemlerin amacı, en başta hastalar olmak üzere hasta yakınlarının, çalışanların içinde bulundukları fiziki ve psikolojik ortamın olumlu hale getirilmesi ve böylece güvenliğin sağlanmasıdır. Bunu sağlamak için hizmet sunumu sırasında hata oluşma olasılığını, hata oluşmasını engellemek ve oluşabilecek olası zararlardan hastayı koruyacak bir sistem oluşturmak kaçınılmaz olmaktadır (Karaca ve Arslan, 2014). Söz konusu bu sistemin sağlıklı işlemesi ve özellikle insan hatalarından kaynaklı, hasta güvenliğini tehdit eden olumsuzlukların önlenmesinde en büyük sorumluluğun alanında uzmanlaşmış, profesyonel sağlık çalışanlarının olduğu görülmektedir (Yardımcı ve Başbakkal, 2012). Sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan profesyonel sağlık çalışanlarından olan, sağlık hizmet sektöründe çeşitli alanlarda görev alan özellikle hasta bakımından sorumlu olan hemşire insan gücünde yaşanabilecek atalet durumunun hastanın bakımını olumsuz etkileyeceği, bakımın planlanması ve uygulanmasında ve planlandığı halde uygulanmamasına neden olacağı açıktır. Planlandığı halde çeşitli nedenlerle gerçekleştirilemeyen bakım, KHB olarak tanımlanmakta, bu durum hasta güvenliği alan yazınında ihmal hatası olarak ele alınmaktadır (Kalisch ve ark., 2009b). KHB'nın çok çeşitli nedenleri olmakla beraber bu konuda yapılan çalışmalar KHB konusunda asıl belirleyici unsurların; hemşireler arasındaki ekip çalışmasının, çalıştıkları ortamla ilişkili doyum düzeylerinin, çalışma düzen ve sürelerinin, meslekteki deneyimlerinin, işe devamsızlık durumlarının ve her hemşireye düşen bakım verilen hasta sayısının olduğunu göstermektedir (Taşkıran Eskici ve Baykal, 2021).

Hemşirelerde var olan bir atalet durumu sıralanan bu etmenlerin bir çoğunun temelinde doğrudan veya dolaylı olarak rol almakta ve verilen hemşirelik bakımını olumsuz anlamda etkilemektedir. Bununla beraber günümüzde bakımın kalitesine olumlu yansımaları olan önemli değişimler de yaşanmaktadır. Teknolojik alanda yaşanan gelişmeler hemşirelik bakım uygulamalarına da yansımakta, hasta bakımında kanıta dayalı yeni teknolojilerin ve uygulamaların kullanılması verilen bakımın kalitesini arttırarak, hasta güvenliğini etkilemekte ve hasta ile ilgili hızlı ve olumlu çıktıların elde edilmesi sağlamaktadır (Gibson ve Kelly, 2010).

2.3.2. Atalet, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve İnovasyon

Yönetim, yaşam tarzı, düşünce sistemlerinin, geçmişten gelen, kalıplaşmış halinden sıyrılarak dinamizm kazanması, var olan halinden bir sonraki hale geçmesi olarak özetlenebilecek değişim kavramı günümüzde örgütlerin varlıklarını sürdürebilmeleri için kaçınılmaz olarak uyum sağlamaları gereken bir durumdur (Çiçeklioğlu, 2020). Günümüzde örgütler, bilim ve teknoloji alanındaki bu hızlı gelişmelere ayak uydurabilmek, rekabet ortamında güçlerini arttırabilmek, hizmet alanında artan ve değişen beklentileri karşılayabilmek için değişime uyum sağlamak zorundadırlar. Bu uyumu başarılı olarak gerçekleştirmek de büyük oranda örgütün ARGE çalışmalarına ve inovasyona verdiği öneme bağlıdır. Hizmet sektöründe verilen hizmetin ömrünün kısalması ve rekabet örgütleri inovasyona zorlamaktadır (Yıldırım, 2007).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü tarafından "Bir fikri, pazarlanabilir bir ürün ya da geliştirilmiş bir üretim ya da dağıtım yöntemine ya da yeni bir toplumsal hizmet yöntemine dönüştürmek" (OECD, 2015) olarak tanımlanan inovasyonun başlıca yararları örgütün performansının artması ve örgüt çalışanlarının motivasyonunun, becerilerinin, özgürlük alanlarının, öğrenme isteklerinin artması buna bağlı olarak iş yükünün azalması olarak belirtilmektedir (Clair, 2008). Örgütlerin değişime uyum sağlamaları ve varlıklarını sürdürmelerinde yaşamsal önemi olan inovasyon, ülkelerin refah seviyelerinin artması için tüm sektörlerle beraber sağlık sektörü için de önemli bir kavramdır.

Sağlık sektörünün sahip olduğu bir takım özelliklerden dolayı bu sektörde çalışan kişilerin, yoğun iş yüküne ve artan ve değişen taleplere cevap verebilmesi için yaratıcı olmaları beklenmektedir. Sağlık sektöründe inovasyon uygulamalarıyla birlikte

elde edilen yeni ürünler buna bağlı olarak sunulan yeni uygulamalar ve hizmetler teşhis ve tedavi hizmetlerinde maliyetlerinin düşmesini, ucuz ve erişilebilir çözümlere ulaşmayı sağlamaktadır. Bununla birlikte sektörde verimlilik artışı ve hasta çıktılarında iyileşmeler mümkün olmaktadır (Şengün, 2016).

Sağlık hizmet sunucularının en önemli profesyonel grubu olan hemşireler için inovasyon önemli bir kavramdır. Hemşirelikte inovasyon uygulamaları genel olarak hemşirelikte verimliliği arttırmak amacıyla hastanın gereksinimlerinin giderilmesi, bunun yanında maliyetlerin azaltılması için yeni düşünce, yöntem ve araç geliştirme uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (Clifton ve Roberts, 2016). Hemşirelik alanındaki inovatif çalışmalar ve bu çalışmaların klinik uygulamalara uyarlanması, verilen hemşirelik bakımının kalitesinin, erken teşhis oranlarının artmasını sağlamasının yanında, risk faktörlerinin önceden belirlenmesini olanaklı kılarak, hastaneye geri dönüş oranlarını azaltarak hasta çıktılarında iyileşme sağlamaktadır (Gibson ve Kelly, 2010; Özbey ve Başdaş, 2018).

Örgütlerin çevrelerindeki değişimi algılayamamaları, geç algılamaları veya değişime karşı gerekli uyumu tam ve zamanında sağlayamamaları olarak tanımlanan örgütsel atalet ve yeni şeylerin öğrenilmesinin reddedilmesi, yeni sorunların eskiden bilinen yöntemler kullanılarak çözülmeye çalışılması olarak özetlenebilecek bireysel atalet, örgüt ve çalışanlarının değişimi ve buna bağlı olarak inovatif düşüncenin önündeki en önemli engellerden biridir (Liao, 2002). Ayrıca bilgi ataleti bireylerin yenilikçilik ve yaratıcılık yeteneklerine ket vurarak, öğrenme süreçlerini olumsuz etkilemekte ve edinilen bilginin kullanılmasını da engellemektedir (Fang ve ark., 2011). Atalet teknofobi ile de ilişkilidir. İbrahimoğlu, Seyhan ve Bal'ın (2015) çalışmasında teknofobinin atalet üzerine etkisi belirtilerek, ataletin engellenmesinde teknofobi düzeyinin düşürülmesinin önemli olduğu belirtilmektedir.

Hemşirelerde var olan bir atalet durumu, hemşirelerde, hasta ile ilgili belirlenen hemşirelik tanılarına ilişkin sorunların çözümünde eski bilgi ve deneyimlerini kullanma eğilimi oluşturduğundan hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesinde, bakımda kalitenin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde yaşamsal bir öneme sahip olan inovatif düşüncenin gelişmesini engellemektedir. Buna bağlı olarak inovatif düşünce ve inovatif düşünce sonucu ortaya çıkan kanıta dayalı bir takım yeni uygulamaların ve araçların hasta bakımında kullanılması mümkün olmamaktadır. Böylece hemşirelerin atalet

durumlarıyla başlayan olumsuz süreç, inovatif düşünceyi ve dolayısıyla kaliteli hasta bakımının planlanmasını ve uygulanmasını olumsuz etkilemektedir.

2.3.3. Atalet, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Tükenmişlik

Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, bilginin kazandığı önem gibi bir takım gelişmeler, bu gelişmelere uyum sağlayabilmeleri ve böylece varlıklarını sürdürebilmeleri için bireyleri, örgütleri ve toplumları yaşanan bu değişime ayak uydurmak zorunda bırakmaktadır. Örgütlerin hayatta kalması için değişime uyum sağlamaları yeterli olmamakta bununla birlikte örgütsel dönüşüm, örgütlerin değişim hızı, sürekli değişimin sağlanması, örgütlerin birer öğrenen örgüt olmaları gibi konular gittikçe önem kazanmaktadır. Özellikle örgütleri ve toplumu oluşturan bireylerin değişim karşısında hareketsiz kalması, örgütün ve ülkelerin gerek hizmet gerekse üretim sektöründe rekabet güçlerini kaybetmelerine neden olmaktadır (Koçel, 2020). Değişimin karşısında hareketsiz kalmanın ve değişime direnç göstermenin bireysel boyutta çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenlerden en önemlilerinden ikisi de atalet ve tükenmişliktir.

Bireyin yeni fikirlere ve deneyimlere kapalı olması olarak da değerlendirilebilen atalet, öğrenme, açık fikirli olma, vizyonun paylaşılması gibi bir takım durumlardan etkilenmekte, bu gibi özelliklerin kazanılması atalet düzeyinin azalmasını sağlamaktadır (Zhao ve ark., 2012). Öğrenme ile bireyin yeni bilgi kazanması ve var olan bilgisini yeniden yapılandırması ve geliştirmesi mümkün olmaktadır (Senge, 1996). Birey öğrenme yoluyla karşılaştığı sorunlar karşısında yeni çözüm yolları geliştirmekte ve eskiden bildiği çözüm yollarında ısrar etmediğinden atalete girmemektedir. Örgütün vizyonunun paylaşılması örgütle çalışanı arasında bir ortaklık duygusu oluşturmakta ve bu durum bireylerin belirlenen ve paylaşılan hedefleri gerçekleştirmeğe yönelik inançlarını sağlamlaştırmakta ve gönüllü olarak öğrenmelerini sağlamaktadır. Açık fikirlilik ise bireylerin mevcut bilgi ile yetinmeyerek farklı ve yeni çözüm yolları ve yenilikçi fikirler geliştirmelerini sağlayarak atalet gelişmesini önlemektedir (Karayel, 2014).

Neden ve sonuç bağlamında atalet ile birbirlerini karşılıklı olarak etkileyen bir kavram da tükenmişliktir. Bireyin yaptığı işe yönelik duygularının değişmesi ve azalması, başarılı olma isteğinin azalması ve eskisi kadar başarılı olmadığını düşünmesi, mesleki bağlılığının azalması olarak değerlendirilen tükenmişlik, aynı zamanda kişinin

fiziksel olarak da güçsüzleşmesi, hayata karşı umutsuz, isteksiz ve çaresiz olma gibi olumsuz kişilik özellikleri geliştirmesi ve böylece mesleğine, çalışma arkadaşlarına ve hayata karşı olumsuz duygular taşıması olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Jackson, 1997). Tükenmişlik aşamalarla gerçekleşmekte bu aşamalar birbirinin içine geçmiş ve birbirinin devamı olan bir süreç şeklinde işlemektedir. Bu aşamalar tükenmişliğin en çok kabul gören kavramsal yapısı içerisinde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarı duygusunda azalma aşamaları olarak ifade edilmektedir. Konu ile ilgili alanyazında bazı çalışmalarda duyarsızlaşmanın karşılığı olarak sinizm ve kişisel başarı duygusunun azalmasının karşılığı olarak mesleki yararlılık duygusunun azalması kavramları da kullanılmaktadır (Schaufeli ve ark., 1996).

Tükenme süreci çoğunlukla çalışma koşullarının neden olduğu iş yükünün ve yoğunluğunun fazla olması nedeniyle kişinin duygusal kaynaklarının tükenmesiyle başlamakta, bu tükenmeyle beraber kişinin yaptığı işten ve çalıştığı iş yerinden soğuması, duygusal anlamda uzaklaşması söz konusu olmaktadır. Bu durum sonuçta kişinin kendisini yetersiz hissetmesine ve başarısız olmasına neden olmaktadır (Yoğun Erçen, 2009).

Tükenmişlik konusunda yapılan araştırmalar tükenmişliğin daha çok insan odaklı, insanlarla doğrudan teması olan ve yüz yüze hizmet verilen çalışma alanlarında ve özellikle de hekim, hemşire, öğretmen, avukat gibi meslek gruplarında görüldüğünü göstermektedir (Maslachve Leiter, 1997). Meslek özellikleri açısından incelendiğinde, mesleğin, özerklik, değişime direnç veya değişim eksikliği, sosyal destek, geri bildirim gibi özellikleri ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki bulunduğu görülmektedir (Çapri, 2006). Bu nedenlerden dolayı sağlık hizmet alanında görev alan sağlık çalışanlarının tükenmişlik açısından risk altında olduğu, özellikle hekim ve hemşireler arasında tükenmişlik sendromunun yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (Gök Balcı ve ark., 2013). Hemşirelerde görülen tükenmişliğin strese yatkınlık, nevrotik kişilik özellikleri, kendini suçlama eğilimi, yetersiz duygusal zeka gibi bir takım kişisel ve deneyimlerine ait nedenler gibi bireysel nedenlerinin yanında, çevreden, çalıştıkları örgütten ve mesleklerinden kaynaklı bir takım bağlamsal nedenleri de bulunmaktadır. Özellikle yoğun çalışma temposu tükenmişlik konusunda büyük risk oluşturmaktadır (Bartram ve ark., 2012). Bu nedenlere bağlı olarak hemşirelerde gelişen tükenmişlik hemşireyi, çalıştığı kurumu ve hastaları etkileyen bir takım sonuçlar doğurmaktadır.

Kişisel olarak çeşitli fiziksel rahatsızlıkların artması, iş performansında azalma, ruhsal sorunlar, hastalık nedeniyle veya gerekçesiz olarak işe devamsızlık, iş doyumunda azalma, işten ayrılma niyetinin artması gibi sonuçlarının yanında tükenmişliğin örgütü olumsuz etkileyen bir takım sonuçları da vardır (Giorgi ve ark., 2016). Tükenmişlik nedeniyle hemşirelerin görev ve sorumluluklarını tam olarak yapamamalarından dolayı, hastalara verilen bakım hizmetlerinin de kalitesi olumsuz etkilenmekte, hasta bakımının aksaması, ilaç hataları, hastane enfeksiyonları gibi hasta güvenliğini önemli ölçüde etkileyen istenmeyen durumlar oluşmaktadır (Başar ve Basım, 2016; Nantsupawat ve ark., 2016).

Alanyazında bireysel ataletin gelişmesinde, kişilerin hayatları üzerindeki kontrolü kaybetmeleri, empati yoksunluğu, motivasyonlarını ve sosyalleşme yeteneklerini kaybetmeleri gibi birtakım durumların etkili olduğu ve depresyon, kayıtsızlık ve cam tavan sendromu gibi nedenlerin yanında tükenmişliğinde ataletin ortaya çıkmasında önemli etkisi olduğu bildirilmektedir (Yıldız, 2019). Dolayısıyla hemşirelerde yaşanan tükenmişlik ve atalet karşılıklı birbirlerinin nedeni ve sonucu olabilmektedir. Hemşirelerde gelişen atalet ve tükenmişlik durumu, esenliklerini, işlevlerini olumsuz etkilemekte, özelllikle temel hemşirelik fonksiyonu olan hasta bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde aksamalara, kimi zaman da planlandığı halde bakımın gerçekleştirilememesine neden olmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hastanelerin yataklı birimlerinde görev yapan hemşirelerin atalet düzeylerini, kaçırılan hemşirelik bakımı düzeylerini ve nedenlerini ve atalet düzeyleri ile kaçırılmış hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada, araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen aşağıdaki sorulara yanıtlar aranmıştır.

1-Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet düzeyleri nasıldır?

2-Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet düzeyleri ile kişisel ve mesleki özellikleri arasında farklılıklar var mıdır?

3-Hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı düzeyleri nasıldır ve nedenleri nelerdir?

4-Hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı düzeyleri ve nedenleri ile kişisel ve mesleki özellikleri arasında farklılıklar var mıdır?

5-Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet düzeyleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım düzeyleri ve nedenleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Diyarbakır il merkezinde bulunan bir devlet üniversitesi (Hastane I), bir sağlık bakanlığı eğitim araştırma (Hastane II) ve bir özel hastanede (Hastane III), hasta bakımı verilen birimlerde görevli 1696 hemşire oluşturmuştur (Tablo 3-1). Araştırmanın örneklemi, oransal tabakalı örneklem yöntemi ile, %5 kabul edilebilir hata ve %95 güven düzeyinde, $n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$ formülü kullanılarak hesaplanmış, ulaşılması gereken minimum hemşire sayısı 314 olarak belirlenmiş, araştırma 413 hemşire ile gerçekleştirilmiştir (n:413).

Tablo 3-1: Araştırma Örneklemi

	Evren	Hesaplanan minimum örneklem sayısı	Ulaşılan örneklem sayısı
Hastane I	919	170	220
Hastane II	670	124	140
Hastane III	107	20	53
Toplam	**N: 1696**	**314**	**n: 413**

Örnekleme giren hemşirelerin seçimi basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Diyarbakır il merkezinde yer alan bir devlet üniversitesi hastanesi, bir sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanesi ve bir özel hastanede hasta bakımı verilen birimlerde çalışan ve örnekleme seçilen hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Mart 2020 ile Kasım 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada aşağıda yer alan üç veri toplama aracı kullanılmıştır.

1-Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1a)

2-Atalet Ölçeği (Ek-1b)

3-Karşılanamayan Bakım Ölçeği (Ek-1c)

Tanıtıcı Bilgi Formu: Tanıtıcı bilgi formu hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları gibi sosyodemografik bilgileri ile çalıştıkları hastane, birim, mesleki deneyimleri, çalışma saatleri ve düzenleri, meslekle ilgili bilimsel yayın takip etme durumları ve bir mesleki örgüte üye olma durumlarının sorgulandığı 10 sorudan oluşmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Atalet Ölçeği: Bu araştırmada Liao, Fei ve Liu tarafından 2008 yılında geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlanması 2010 yılında Çankaya tarafından yapılan Atalet Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin iki alt boyutu vardır. Ölçek, öğrenme ataleti alt boyutunda 7,

deneyim ataleti alt boyutunda 7 olmak üzere toplamda 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri; Liao ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan ilk çalışmada Öğrenme Ataleti alt boyutu 0,75, deneyim ataleti alt boyutu 0,72 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada atalet ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,81, öğrenme ataleti alt boyutunun cronbach alfa değeri 0,68 ve deneyim ataleti alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0,78 olarak bulunmuştur. 5'li likert tipinde olan ölçekte seçeneklerin puan değeri 1-5 arasındadır. "hiç katılmıyorum-1", "katılmıyorum-2", "kararsızım-3","katılıyorum-4", "kesinlikle katılıyorum-5" şeklinde 5 seçenek bulunmaktadır. Ölçeğin öğrenme ataleti alt boyutunun 3. ve 4. maddeleri, deneyim ataleti alt boyutunun 3. maddesi tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan ortalaması veya toplam puana göre atalet üç düzeyde değerlendirilmektedir. Buna göre puan ortalaması 3,8 veya 53 puan ve üzeri *yüksek atalet*, puan ortalaması 2,4-3,7 arası veya 34-52 puan arası *orta atalet*, 2,3 ve altı puan ortalaması veya 33 ve altı puan *düşük atalet* olarak değerlendirilmektedir. (Kaya ve ark., 2018).

Karşılanmayan Bakım Ölçeği: Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından gerçekleştirilen ölçek, hemşireler tarafından karşılanamayan bakım gereksinimlerinin ne düzeyde olduğunu ve bakımın karşılanamama nedenlerini sorgulayan iki bölümden oluşmaktadır. 2009 yılında Kalisch ve Williams tarafından yapılan ingilizce orjinal versiyonunda birinci bölüm 24, ikinci bölüm 17 maddeden oluşmaktadır. 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından yapılan Türkçe versiyonunda ise birinci bölümde 21, ikinci bölümde 16 madde bulunmaktadır. Ölçeğin ikinci bölümü olan karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri bölümünde iş gücü kaynakları, iletişim/ekip çalışması ve malzeme kaynakları olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin birinci bölümü 5'li likert tipinde bir ölçektir ve seçeneklerin puan değerleri 1-4 arasındadır. "Hiç bir zaman verilmiyor-4", "sıklıkla verilmiyor-3", "bazen verilmiyor-2", "nadiren verilmiyor-1" ve "uygun değil-0" olarak puanlama yapılmaktadır. Uygun değil seçeneğinin puan değeri yoktur. Bu seçenek değerlendirilmeye alınmamaktadır. Değerlendirmede ölçeğin bu bölümünden alınan puanın artması karşılanamayan bakımın miktarının arttığını göstermektedir. İkinci bölüm 4'lü likert tipindedir ve seçenekler "Önemli bir neden-4", "orta düzeyde bir neden-3", küçük bir neden-2" ve "bakımın verilmemesi için bir neden değil-1" şeklinde 1-4 arasında puanlanmaktadır. Bu bölümden alınan puanın artması karşılanamayan

bakım nedeninin önemini de arttırmaktadır.Karşılanamayan bakım ölçeğinin Cronbach alfa değerleri; Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilen özgün ölçeğin ikinci bölümü olan karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenleri bölümünün iletişim/ekip çalışması alt boyutu için 0,86, malzeme kaynakları alt boyutu için 0,71 ve iş gücü kaynakları alt boyutu için 0,64 olarak bildirilmiştir.Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu'nun 2012'de gerçekleştirdikleri Türkçeye uyarlama çalışmasında ise birinci bölüm olan karşılanamayan bakım gereksinimleri bölümü için 0,94 ikinci bölüm olan karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümünün alt boyutlarından iletişim/ekip çalışması için 0,91 malzeme kaynakları için 0,69 iş gücü kaynakları için 0,77 olarak bulunmuştur (Kalisch ve Williams, 2009; Kalisch ve ark., 2012b). Bu araştırmada ölçeğin birinci bölümünün Cronbach alfa değeri 0,97, ikinci bölümünün 0,95, ikinci bölüm alt boyutlarının ise iş gücü kaynakları 0,88, iletişim/ekip çalışması 0,93, malzeme kaynakları 0,91 olarak bulunmuştur (Tablo 3-2).

Tablo 3-2: Ölçeklerin Madde Sayıları ve Cronbach Alfa Değerleri

	Özgün ölçeğin madde sayısı	Türkçe uyarlamasının madde sayısı	Özgün ölçek Cronbach alfa değerleri	Türkçe uyarlaması Cronbach alfa değerleri	Bu çalışmanın Cronbach alfa değerleri
Atalet Ölçeği	**14**	**14**			**0,81**
Deneyim Ataleti Alt Boyutu	7	7	0,72		0,78
Öğrenme Ataleti Alt Boyutu	7	7	0,75		0,68
Karşılanamayan Bakım Ölçeği	**41**	**37**			
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (I.Bölüm)	24	21		0,94	0,97
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (II.Bölüm)	17	16			0,95
İş Gücü Kaynakları Alt Boyutu			0,64	0,77	0,88
İletişim/Ekip Çalışması Alt Boyutu			0,86	0,91	0,93
Malzeme Kaynakları Alt Boyutu			0,71	0,69	0,91

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın veri toplama süreci araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin yönetici hemşireleri ve servis sorumlu hemşireleriyle görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Alınan yazılı kurum izinleri paylaşılarak sözlü onayları alınmıştır. Bu araştırmaya katılmaya istekli olan hemşirelerden randevu alınmış ve belirlenen yer, gün ve saatte anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı kurum izinleri paylaşılarak izinleri alınmıştır. Araştırmaya gönüllü katılımın esas olduğu ve istedikleri takdirde çekilebilecekleri özellikle belirtilmiştir. Araştırmada kullanılan tanıtıcı bilgi formu, atatlet ölçeği ve karşılanamayan bakım ölçeği tanıtılmıştır. Anketler elden verilmiş, öz bildirime bağlı doldurulmuş ve aynı gün içinde geri toplanmıştır. Anket cevaplama süresi ortalama 10 dakikadır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verilerinin toplanması sürecinde yaşanan küresel salgından dolayı bir takım güçlükler yaşanmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu hastanede çalışan hemşireler oluşturduğundan uygulanan karantina ve izolasyon tedbirleri ve hemşirelerin iş yükünün aratması ve dolayısıyla anketi cevaplamada zaman sıkıntısı yaşamaları nedeniyle veri toplama süreci etkilenmiş ve veri toplama süresi planlanandan daha uzun sürmüştür.

Araştırma için anketlerin aynı gün içinde cevaplanması istendiğinden ziyaret sırasında kurumda olmayan, iş yoğunluğu olan hemşireler birden fazla kez ziyaret edilmiş, bu durum veri toplama süresinin uzamasına neden olmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen veriler kullanılan ölçeklerle sınırlıdır.

Araştırma Diyarbakır il merkezinde bulunan üç hastanede gerçekleştirildiğinden araştırmanın sonuçları bütün hemşirelere genellenemez.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09/01/2020 tarihli ve 17 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-3).

Araştırmanın yürütülebilmesi için üniversite rektörlüğü kanalıyla üniversite hastaneleri başhekimliğinden, il sağlık müdürlüğü kanalıyla eğitim ve araştırma hastanesinden ve özel hastaneden araştırma uygulama izinleri alınmıştır (Ek-5).

Araştırmada yer alan ölçüm araçlarının kullanılabilmesi için gerekli kullanım izinleri alınmıştır. Bu doğrultuda Atalet Ölçeği için ölçüm aracının Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan İbrahim ÇANKAYA'dan, Karşılanmayan Bakım Ölçeği için Türkçe uyarlaması ve geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Füsun TERZİOĞLU'ndan elektronik posta yoluyla ölçek kullanım onayları alınmıştır (Ek-6).

Araştırmanın örneklem kapsamında yer alan hemşirelere araştırma konusunda gerekli açıklamalar sözlü olarak yapılmış, ardından yazılı onamları alınmıştır (Ek-2).

3.9. Araştırmanın Verilerinin Analizi

Araştırmanın verilerinin analizi SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile yapılmış ve %95 güven aralığına göre çalışılmıştır. Ölçeklerin güvenirlik düzeylerinin belirlenmesi için Cronbach's alfa (iç tutarlılık) katsayıları hesaplanmıştır. Katsayı 0 ile 1 arasında değişmektedir. (Tavşancıl, 2005).

Araştırma verilerinin karşılaştırma ve fark analizlerinde kullanılacak testlerin belirlenmesi amacıyla ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir. Bu çalışmada Atalet ve Karşılanamayan Bakımı Ölçekleri, bölümleri ve alt boyutlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması normal dağılıma uygunluk için yeterli görülmüştür (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon testi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı (r) nın yorumu;

r<0.2 ise çok zayıf ilişki yada korelasyon yok.

0.2-0.4 arasında ise zayıf korelasyon.

0.4-0.6 arasında ise orta şiddette korelasyon.

0.6-0.8 arasında ise yüksek korelasyon.

0.8> ise çok yüksek korelasyon olduğu şeklinde yapılmaktadır.

Araştırmada kullanılan istatistiksel veri analiz yöntemleri Tablo 3-3'te gösterilmiştir.

Tablo 3-3: Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Yapılan Analiz	**İstatistiksel Yöntem**
Ölçeklerin Güvenirlik Analizi	Cronbach's alfa (iç tutarlılık) katsayıları
Verilerin Normallik Analizi	Skewness ve Kurtosis Testleri
Hemşirelere ait kişisel ve mesleki verilerin dağılımı	Sayı ve yüzde
Atalet ölçeği genel ve alt boyutlarının puan ortalamaları	Maksimum, Minimum ve Ortalama Puan, Standart Sapma
Karşılanamayan Bakım Ölçeğinin bölümlerinin ve alt boyutlarının puan ortalamaları	Maksimum, Minimum ve Ortalama Puan, Standart Sapma
Atalet ölçeği ve alt boyutları ile hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması	T Testi Tek Yönlü Varyans Analizi Tukey Testi
Karşılanamayan Bakım Ölçeğin bölümlerinin ve alt boyutlarının Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile karşılaştırılması	T Testi Tek Yönlü Varyans Analizi Tukey Testi
Atalet ölçeği ile alt boyutları arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon
Karşılanamayan Bakım Ölçeği Bölümleri ile alt boyutları arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon
Atalet ölçeği ve alt boyutları ile Karşılanamayan Bakım Ölçeği bölümleri ve alt boyutları arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda yer alan 4 başlık halinde verilmiştir.

1- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular

2- Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçeklerine ilişkin bulgular

3- Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçeği ile hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4- Atalet ölçeği ile Karşılanamayan Bakım Ölçeği arasındaki ilişkiye ait bulgular

4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=413)

		n	**%**
Yaş	25 yaş ve altı	102	24,7
	26-30 yaş	**144**	**34,9**
	31-35 yaş	86	20,8
	36 yaş ve üstü	81	19,6
Cinsiyet	**Kadın**	**247**	**59,8**
	Erkek	166	40,2
Medeni durum	Evli	205	49,6
	Bekar	**208**	**50,4**
Eğitim	Lise	64	15,5
	Önlisans	66	16,0
	Lisans	**251**	**60,8**
	Yüksek lisans-Doktora	32	7,7

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 30.06±6,909, çoğunun kadın (%59,4), bekar (%50,4) ve lisans düzeyinde eğitime (%60,8) sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=413)

		n	%
Çalışılan kurum	**Hastane I**	**220**	**53,3**
	Hastane II	140	33,9
	Hastane III	53	12,8
Çalışma Süresi	1-2 yıl arasında	92	22,3
	3-5 yıl arasında	74	17,9
	6-10 yıl arasında	112	27,1
	10 yıldan fazla	**133**	**32,7**
Çalışma saatleri	Sürekli Gündüz 8 saat	106	24,7
	Gündüz ve gece 8-16-24 saat	**244**	**59,1**
	24 saatlik vardiya	67	16,2
Çalışılan birim	**Dahili birimler**	**247**	**59,8**
	Cerrahi birimler	166	40,2
Meslekle ilgili bir bilimsel yayın takip etme	Evet	164	39,7
	Hayır	**249**	**60,3**
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma	Evet	123	29,8
	Hayır	**290**	**70,2**

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 53.3'ünün hastane I'de çalıştığı, mesleki deneyimi 10 yıldan fazla olanların çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür (%32,7). Hemşirelerin çoğunluğunun gece ve gündüz karma vardiya ile (%59,1), dahili birimlerde hizmet verdiği (%59,8) belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %60,3'ünün herhangi bir mesleki bilimsel yayını takip etmediği, %70,2'sinin meslekte ilgili herhangi bir mesleki örgüte üye olmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4-2).

4.2. Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin, atalet ölçeği ve alt boyutlardan almış oldukları ortalama puan, standart sapma değerleri ile iç tutarlılık katsayıları Tablo 4-3'te, karşılanamayan bakım ölçeği, bölümleri ve alt boyutlardan almış oldukları ortalama puan, standart sapma değerleri ile iç tutarlılık katsayıları Tablo 4-4'te, ölçeklere ilişkin normallik testi bulguları Tablo 4-5'te gösterilmiştir.

Tablo 4-3: Atalet Ölçeği Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Madde sayısı	Min-max	Ort.± Ss
Atalet	14	1-5	2,97±0,45
ÖğrenmeAtaleti	7	1-4	2,61±0,52
DeneyimAtaleti	7	2-5	3,28±0,57

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma

Atalet ölçeği puan ortalaması 2,97, alt boyutlardan öğrenme ataleti puan ortalaması ortalaması 2,61 ve deneyim ataleti puan ortalaması 3,28 olarak bulunmuştur.

Tablo 4-4: Karşılanamayan Bakım Ölçeği Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Min-Max	Ort.± Ss
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	21	0-4	2,54±0,84
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	16	1-4	2,03±0,81
İşgücü Kaynakları	4	1-4	1,81±0,93
İletişim/Ekip Çalışması		1-4	2,15±0,86
Malzeme Kaynakları	3	1-4	1,99±0,99

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puan ortalaması 2,54, Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri puan ortalaması 2,03, alt boyutlardan İşgücü Kaynakları puan ortalaması 1,81, İletişim/Ekip Çalışması puan ortalaması 2,15 ve Malzeme Kaynakları puan ortalaması 1,99 olarak bulunmuştur.

Tablo 4-5: Atalet ve Karşılanamayan Bakımı Ölçekleri Normallik Testi

	Çarpıklık	**Basıklık**
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	-0,772	0,248
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	0,651	-0,415
İşgücü Kaynakları	1,120	0,065
İletişim/Ekip Çalışması	0,391	-0,837
Malzeme Kaynakları	0,656	-0,848
Öğrenme Ataleti	0,294	-0,270
Deneyim Ataleti	-0,800	1,100
Atalet	-0,136	0,303

Ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için basıklık ve çarpıklık katsayılarına bakılmıştır. Atalet ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ölçeklerinin elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmüştür (Tablo 4-5).

4.3. Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçeği ile Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-6: Atalet Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Kişisel Özelliklere Göre Karşılaşılaştırılması (N=413)

	Değişkenler	Alt Grup	n	Atalet Puanı	Atalet Alt Boyutları	
					Öğrenme Ataleti	Deneyim Ataleti
				x̄ ±Ss	x̄ ±Ss	x̄ ±Ss
Yaş		25 ve ↓	102	2,93±,46	2,52±,51	3,26±,62
		26-30	144	2,96±,46	2,68±,52	3,22±,54
		31-35	86	3,04±,38	2,62±,52	3,38±,50
		36 ve ↑	81	3,00±,50	2,59±,53	3,31±,63
	Test Değeri			F=1,031	F=1,941	F=1,534
	p değeri			*p*=0,379	*p*=0,122	*p*=0,205
Cinsiyet		Kadın	247	2,94±,46	2,57±,52	3,25±,59
		Erkek	166	3,02±,44	2,67±,51	3,32±,55
	Test Değeri			t=-1,764	**t=-2,070**	t=-1,193
	p değeri			*p*=0,078	***p*=0,039**	*p*=0,234
Medeni Durum		Evli	205	2,99±,45	2,64±,52	3,29±,55
		Bekar	208	2,96±,45	2,58±,52	3,27±,59
	Test Değeri			t=0,854	t=1,192	t=0,503
	p değeri			*p*=0,394	*p*=0,234	*p*=0,615
Eğitim Düzeyi		Lise	64	3,00±,43	2,59±,49	3,29±,58
		Önlisans	66	2,92±,48	2,60±,44	3,20±,62
		Lisans	251	2,98±,45	2,60±,53	3,30±,56
		YLve Doktora	32	2,99±,47	2,71±,63	3,29±,56
	Test Değeri			F=0,396	F=,443	F=0,528
	p değeri			*p*=0,756	*p*=0,722	*p*=0,663

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma, t:Bağımsız gruplar t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

Atalet ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının hemşirelerin kişisel özellikleriyle karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4-6'da verilmiştir. Buna göre; yapılan karşılaştırmada sadece cinsiyet değişkeni ile öğrenme ataleti arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuş ($p < 0,05$), erkeklerin öğrenme ataleti puan ortalamasının kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür.Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi değişkeni ile genel atalet ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 4-7: Atalet Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Mesleki Özelliklere Göre Karşılaştılması (N=413)

	Değişkenler	Alt Grup	N	Atalet Puanı	Atalet Alt Boyutları	
					Öğrenme Ataleti	Deneyim Ataleti
				x̄ ±Ss	x̄ ±Ss	x̄ ±Ss
Çalışılan Kurum		Hastane I	220	2,97±0,43	2,59±0,52	3,30±0,52
		Hastane II	140	2,98±0,49	2,64±0,53	3,23±0,64
		Hastane III	53	3,01±0,48	2,58±0,51	3,33±0,58
	Test Değeri			F=0,200	F=0,495	F=0,875
	p değeri			*p*=0,818	*p*=0,610	*p*=0,418
Çalışıma Süresi		1-2 Yıl[a]	92	2,90±,46	2,48±0,53	3,27±0,58
		3-5 Yıl[b]	74	3,02±,46	2,66±0,45	3,26±0,60
		6-10 Yıl[c]	112	2,95±,39	2,66±0,47	3,24±0,50
		11 Yıl ve ↑[d]	135	3,02±,49	2,62±0,58	3,34±0,60
	Test Değeri			F=1,663	**F=2,666**	F=0,669
	p değeri			*p*=0,174	***p*=0,047**	*p*=0,571
					A=a<c	
Çalışma Saatleri		sürekli gündüz 8 saat	102	3,03±0,46	2,65±0,54	3,33±0,56
		Gündüz ve gece 8-16-24 saat	244	2,95±0,45	2,60±0,53	3,25±0,58
		24 saatlik vardiya	67	2,97±0,43	2,59±0,44	3,30±0,57
	Test Değeri			F=1,002	F=0,387	F=0,809
	p değeri			*p*=0,368	*p*=0,679	*p*=0,446
Çalışılan Birim		Dahili birimler	247	2,95±0,46	2,58±0,52	3,26±0,58
		Cerrahi birimler	166	3,01±0,44	2,66±0,51	3,31±0,56
	Test Değeri			t=-1,166	t=-1,567	t=-0,781
	p değeri			*p*=0,245	*p*=0,118	*p*=0,435
Meslekle ilgili herhangi bir bilimsel yayın takip etme		Evet	164	2,98±0,47	2,55±0,51	3,33±0,57
		Hayır	249	2,97±0,44	2,65±0,52	3,25±0,57
	Test Değeri			t=0,366	**t=-2,018**	t=1,355
	p değeri			*p*=0,714	***p*=0,044**	*p*=0,176
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma		Evet	123	2,95±0,39	2,59±0,52	3,28±0,50
		Hayır	290	2,98±0,48	2,62±,52	3,28±,60
	Test Değeri			t=-0,598	t=-0,562	t=0,060
	p değeri			*p*=0,550	*p*=0,574	*p*=0,952

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma, t:Bağımsız gruplar t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
A:Post Hoc Testi Tukey HDS

Atalet ölçeği ve alt boyutları puan puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleriyle karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4-7'de verilmiştir. Buna göre; Çalışma süresi farklı olan gruplar ve mesleği ile ilgili herhangi bir bilimsel yayın takip etme durumu farklı olan gruplar arasında öğrenme ataleti alt boyutuna ilişkin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde 6-10 yıl deneyime sahip hemşirelerin puan ortalaması, 1-2 yıl deneyime sahip hemşirelerden, mesleği ile ilgili bilimsel yayın takip etmeyenlerin ortalama puanının, takip edenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışılan kurum, çalışma saatleri, çalışılan birim ve meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma değişkenleri ile toplam atalet ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 4-8: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Kişisel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=413)

	Değişkenler	**Alt Grup**	**n**	**Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Puanı**	**Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizm. Nedenleri Puanı**
				x̄ ±Ss	**x̄ ±Ss**
Yaş		25 ve ↓[a]	102	2,28±0,91	2,26±0,84
		26-30[b]	144	2,62±0,84	2,02±0,82
		31-35[c]	86	2,58±0,75	1,83±0,64
		36 ve ↑[d]	81	2,67±0,76	1,99±0,87
	Test Değeri *p* değeri			**F=4,441** ***p*=0,004** **A=a<b<d**	**F=4,915** ***p*=0,002** **A=c<a**
Cinsiyet		Kadın	247	2,49±0,85	2,07±0,88
		Erkek	166	2,60±0,82	1,98±0,70
	Test Değeri *p* değeri			t=-1,294 *p*=0,196	t=1,110 *p*=0,267
Medeni Durum		Evli	205	2,59±0,78	1,98±0,80
		Bekar	208	2,48±0,89	2,09±0,83
	Test Değeri *p* değeri			t=1,291 *p*=0,197	t=-1,434 *p*=0,152
Eğitim Düzeyi		Lise[a]	64	2,69±0,72	1,94±0,81
		Önlisans[b]	66	2,41±0,99	2,06±0,89
		Lisans[c]	251	2,53±0,83	1,99±0,76
		YLve Doktora[d]	32	2,50±0,73	2,53±0,91
	Test Değeri *p* değeri			F=1,298 *p*=0,275	**F=4,669** ***p*=0,003** **A=a,b,c<d**

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma, t:Bağımsız gruplar t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
A:Post Hoc Testi Tukey HDS

Karşılanamayan bakım ölçeğinin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümlerinin ortalama puanlarının hemşirelerin kişisel özelliklerine göre incelenmesine ilişkin bulgular Tablo 4-8'te verilmiştir.

Farklı yaş grubu değişkeni ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ortalama puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın kaynaklandığını grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde 36 ve üzeri yaş grubunun puan ortalamasının, 26-30 yaş grubunun puan ortalamasından daha yüksek, 26-30 yaş grubunun puan ortalamasının 25 ve↓yaş grubu puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş ve eğitim düzeyi değişkenleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur($p < 0,05$). Farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde 25 yaş altı grubun puan ortalamasının, 31-35 yaş grubunun puan ortalamasından, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyine sahip grubun puan ortalamasının diğer eğitim düzeyi gruplarının puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyet, medeni durum değişkenleri ile karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri arasında, eğitim düzeyi değişkeni ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4-9: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Mesleki Özelliklere Göre Karşılaşılaştırılması (N=413)

	Değişkenler	Alt Grup	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Puanı	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizm. Nedenleri Puanı
				x̄ ±Ss	x̄ ±Ss
Çalışılan Kurum	Ort(Min-Max)	Hastane I[a]	220	2,53±0,80	2,02±0,77
		Hastane II[b]	140	2,65±0,83	1,92±0,81
		Hastane III[c]	53	2,2±80,95	2,40±0,89
	Test Değeri *p* değeri			**F=3,786** ***p*=0,023** **A=c<b**	**F=7,085** ***p*=0,001** **A=a<c**
Çalışma Süresi		1-2 Yıl[a]	92	2,44±0,89	2,23±0,78
		3-5 Yıl[b]	74	2,24±0,93	2,22±0,89
		6-10 Yıl[c]	112	2,74±0,74	1,79±0,71
		11 Yıl ve ↑[d]	135	2,59±0,77	2,01±0,81
	Test Değeri *p* değeri			**F=5,918** ***p*=0,001** **A=b<c,b<d**	**F=6,733** ***p*=0,000** **A=c<a,c<b**
Çalışma saatleri		Sürekli gündüz 8 saat	102	2,61±0,77	2,12±0,83
		Gündüz ve gece 8-16-24 saat	244	2,55±0,81	2,00±0,80
		24 saatlik vardiya	67	2,38±0,99	2,01±0,82
	Test Değeri *p* değeri			F=1,542 *p*=0,215	F=0,801 *p*=0,450
Çalışılan birim		Dahili birimler	247	2,55±0,82	2,01±0,79
		Cerrahi birimler	166	2,52±0,86	2,07±0,84
	Test Değeri *p* değeri			t=0,336 *p*=0,737	t=-0,824 *p*=0,411
Meslek ile ilgili bir bilimsel yayın takip etme		Evet	164	2,47±0,83	2,18±0,79
		Hayır	249	2,58±,84	1,94±,81
	Test Değeri *p* değeri			t=-1,395 *p*=0,164	**t=2,997** ***p*=0,003**
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma		Evet	123	2,41±,75	2,10±,82
		Hayır	290	2,59±,87	2,01±,81
	Test Değeri *p* değeri			**t=-2,121** ***p*=0,035**	t=1,113 *p*=0,267

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma, t:Bağımsız gruplar t testi F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
A:Post Hoc Testi Tukey HDS

Karşılanamayan hemşirelik bakımı hizmetleri gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri bölümlerinin ortalama puanlarının mesleki özelliklere göre incelenmesi için yapılan test sonuçları Tablo 4-9'da verilmiştir.

Çalıştıkları hastane farklı olan gruplar ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde hastane II'de çalışanların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalamasının hastane III'te çalışanlardan, karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri puan ortalamasının ise hastane III'de çalışanların hastane I'de çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışma süresi farklı olan gruplar ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü deneyime sahip grupların karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalamalarının, 3-5 yıl deneyime sahip grubun puan ortalamasından yüksek, 1-2 yıl ve 3-5 yıl deneyime sahip olanların karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri puan ortalamalarının 6-10 yıl deneyime sahip olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Mesleği ile ilgili bir bilimsel yayın takip etme değişkeni ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri puan ortalaması arasında, mesleği ile ilgili bir mesleki örgüte üye olmaları ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Yayın takip edenlerin hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri puan ortalaması, yayın takip etmeyenlerden, mesleki bir örgüte üye olmayan grubun karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması üye olanlardan daha yüksektir.

Çalışma saatleri, çalışılan birim değişkenleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri puan ortalamaları arasında, mesleği ile ilgili bir bilimsel yayın takip etme durumları ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalamaları arasında ve bir meslek örgütüne üye olma durumu ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin

nedenleri puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4-10: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Nedenleri Alt Boyutlarının Kişisel Özelliklere Göre Karşılaşılaştırılması (N=413)

	Değişkenler	Alt Grup	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Alt Boyutları		
				İşgücü Kaynakları	**İletişim Ekip çalışması**	**Malzeme Kaynakları**
				x̄ ±Ss	**x̄ ±Ss**	**x̄ ±Ss**
Yaş		25 ve ↓[a]	102	2,14±1,013	2,31±0,84	2,30±1,014
		26-30 [b]	144	1,76±0,93	2,15±0,88	1,97±0,99
		31-35[c]	86	1,54±0,73	2,01±0,74	1,66±0,82
		36 ve ↑[d]	81	1,81±0,93	2,06±0,94	2,01±1,057
	Test Değeri p değeri			**F=7,060 p=0,000 A=b<a,c<a**	F=2,272 p=0,080	**F=6,922 p=0,000 A=b<a,c<a**
Cinsiyet		Kadın	247	1,88±1,01	2,16±0,90	2,04±1,04
		Erkek	166	1,71±0,77	2,11±0,79	1,93±0,92
	Test Değeri p değeri			t=1,803 p=0,072	t=0,582 p=0,561	t=1,127 p=0,260
Medeni Durum		Evli	205	1,73±0,90	2,11±0,86	1,91±0,99
		Bekar	208	1,90±0,95	2,18±0,86	2,08±0,99
	Test Değeri p değeri			t=-1,902 p=0,058	t=-0,861 p=0,390	t=-1,649 p=0,100
Eğitim Düzeyi		Lise [a]	64	1,69±0,85	2,07±0,84	1,88±0,94
		Önlisans[b]	66	1,83±1,03	2,18±0,96	2,00±1,05
		Lisans[c]	251	1,76±0,87	2,10±0,82	1,95±0,97
		YLve Doktora[d]	32	2,41±1,14	2,56±,88	2,59±1,04
	Test Değeri p değeri			**F=5,209 p=0,002 A=a,b,c<d**	**F=2,957 p=0,032 A=a,c<d**	**F=4,450 p=0,004 A=a,b,c<d**

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma, t:Bağımsız gruplar t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
A:Post Hoc Testi Tukey HDS

Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyutlarının kişisel özelliklere göre incelenmesi için yapılan test sonuçları Tablo 4-10'da verilmiştir. Farklı yaş grupları ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). İşgücü kaynakları ve malzeme kaynakları alt boyutlarında; farklılığın kaynaklandığı belirlemek amacıyla

yapılan Tukey testinde, 25 yaş ve altı olan grubunun puan ortalaması, 26-30 ve 31-35 yaş grubunun puan ortalamasından yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyi farklı olan gruplar ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın kaynaklandığını grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde işgücü kaynakları ve malzeme kaynakları alt boyutlarında yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip olanların puan ortalamaları diğer grupların puan ortalamalarından, iletişim/ekip çalışması alt boyutunda ise yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip grubun puan ortalaması lise ve lisans eğitimine sahip grupların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur.

Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri alt boyutları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4-11: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Nedenleri Alt boyutlarının Mesleki Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=413)

	Değişkenler	Alt Grup	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Alt Boyutları		
				İşgücü Kaynakları	**İletişim Ekip Çalışması**	**Malzeme Kaynakları**
				x̄ ±Ss	**x̄ ±Ss**	**x̄ ±Ss**
Çalışılan kurum		Hastane I[a]	220	1,76±0,86	2,15±0,84)	1,95±0,97
		Hastane II[b]	140	1,69±0,91	2,03±0,86)	1,86±0,97
		Hastane III[c]	53	2,34±1,09	2,40±0,88)	2,50±1,03
	Test Değeri *p* değeri			**F=10,609 p=0,000 A=a<c,b<c**	**F=3,430 p=0,033 A=b<c**	**F=8,361 p=0,000 A=a<c,b<c**
Çalışma Süresi		1-2 Yıl[a]	92	2,12±0,96	2,28±0,79	2,22±1,01
		3-5 Yıl[b]	74	2,01±1,04	2,29±0,94	2,28±1,01
		6-10 Yıl[c]	112	1,53±0,79	1,94±0,77	1,67±0,86
		11 Yıl ve ↑[d]	135	1,73±0,87	2,14±0,89	1,96±1,02
	Test Değeri *p* değeri			**F=8,662 p=0,000 A=c<a,d<a,c<b**	**F=3,572 p=0,014 A=c<a,c<b**	**F=8,105 p=0,000 A=c<a,c<b**
Çalışma saatleri		Sürekli Gündüz 8 Saat	102	1,84±0,88	2,23±0,89	2,16±1,07
		Gündüz ve gece 8-16-24 saat	244	1,78±0,95	2,13±0,84	1,92±0,95
		24 saatlik vardiya	67	1,87±0,92	2,07±0,85	2,01±1,05
	Test Değeri *p* değeri			F=0,249 p=0,780	F=0,855 p=0,426	F=1,989 p=0,138
Çalışılan birim		Dahili birimler	247	1,77±0,92	2,14±0,84	1,93±0,97
		Cerrahi birimler	166	1,87±0,94	2,16±0,88	2,09±1,03
	Test Değeri *p* değeri			t=-1,088 p=0,277	t=-0,249 p=0,803	t=-1,609 p=0,109
Meslekle ilgili bir bilimsel yayın takip etme		Evet	164	1,98±,97	2,27±,83	2,17±,96
		Hayır	249	1,70±,89	2,06±,87	1,88±1,01
	Test Değeri *p* değeri			**t=2,973 p=0,003**	**t=2,449 p=0,015**	**t=3,032 p=0,003**
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma		Evet	123	1,89±0,96	2,20±0,85	2,09±1,00
		Hayır	290	1,78±0,91	2,12±0,86	1,96±0,99
	Test Değeri *p* değeri			t=1,032 p=0,303	t=0,902 p=0,368	t=1,247 p=0,214

x̄:Ortalama, Ss:Standart sapma, t:Bağımsız gruplar t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
A:Post Hoc Testi Tukey HDS

Karşılanamayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin nedenleri alt boyutlarının mesleki özelliklere göre incelenmesi için yapılan test sonuçları Tablo 4-11'de verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastane, çalışma süresi ve mesleği ile ilgili bir bilimsel yayın takip etme değişkenleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri alt boyutları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde işgücü kaynakları ve malzeme kaynakları alt boyutlarında Hastane III'de çalışanların puan ortalamaları, Hastane I ve Hastane II'de çalışanlardan daha yüksek, iletişim/ekip çalışması alt boyutunda ise hastane II'de çalışanların puan ortalamasının hastane III'de çalışanlardan daha yüksek olduğu, İşgücü kaynakları alt boyutunda, 1-2 yıl deneyime sahip grubun puan ortalaması 6-10 yıl ve 11 ve üstü yıl deneyime sahip grupların puan ortalamalarından, 3-5 yıl deneyime sahip grubun puan ortalaması ise 6-10 deneyime sahip grubun puan ortalamasından yüksek, iletişim/ekip çalışması ve malzeme kaynakları alt boyutunda ise 1-2 yıl ve 3-5 yıl deneyime sahip grupların puan ortalamalarının, 6-10 yıl deneyime sahip grubun puan ortalamasından yüksek, İşgücü kaynakları, iletişim/ekip çalışması ve malzeme kaynakları alt boyutlarında bilimsel yayın takip edenlerin puan ortalamasının etmeyenlerin puan ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışma saatleri, çalışılan birim ve meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma değişkenleri ile karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri alt boyutları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır (p < 0,05).

4.4. Atalet Ölçeği ile Karşılanamayan Bakım Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 4-12: Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçekleri Arasındaki İlişki Testi (N=413)

			ÖA	DA	A	KHBG	İGK	MK	İ/EÇ	KHBHN
1.	Öğrenme Ataleti (ÖA)	r	1							
		p	0,009							
2.	Deneyim Ataleti (DA)	r	**0,128****	1						
		p	**0,009**							
3.	Atalet (A)	r	**0,516****	**0,861****	1					
		p	**0,000**	**0,000**						
4.	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (KHBG)	r	-0,052	0,058	0,019	1				
		p	0,292	0,241	0,695					
5.	İşgücü (İGK)	r	0,71	-0,019	0,036	**-0,302****	1			
		p	0,151	0,694	0,469	**0,000**				
6.	Malzeme Kaynakları(MK)	r	0,003	0,30	0,050	**-0,206****	**0,651***	1		
		p	0,958	0,543	0,314	**0,000**	**0,000**			
7.	İletişim/Ekip Çalışması (İ/EÇ)	r	0,021	0,087	0,083	**-0,113****	**0,640***	**0,771****	1	
		p	0,677	0,077	0,093	**0,022**	**0,000**	**0,000**		
8.	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (KHBHN)	r	0,033	0,053	0,071	**-0,201****	**0,815***	**0,874****	**0,954****	1
		p	0,503	0,282	0,151	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	

*r:Pearson Korelasyon Katsayısı **p<0,001 *p<0,05*

Tablo 4-12'deki sonuçlara göre deneyim ataleti ile öğrenme ataleti arasında pozitif yönde çok zayıf güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu (r=0,128; *p*<0,05), atalet ile öğrenme ataleti arasında pozitif yönlü orta güçte ileri derecede anlamlı ilişki (r= 0,516; *p* < 0,001) ve atalet ile deneyim ataleti arasında pozitif yüksek korelasyon ileri derecede anlamlı ilişki (r = 0,861; *p* < 0,001) olduğu belirlenmiştir.

Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ile işgücü kaynakları arasında ileri derecede anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki (r = -0,302; *p* < 0,001), malzeme

kaynakları arasında ileri derecede anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki (r = -0,206; p<0,001), iletişim/ekip çalışması arasında negatif yönde çok zayıf ilişki (r= -0,113; p<0,05), karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri arasında ileri derecede anlamlı negatif yönde zayıf ilişki (r = -0,201; p < 0,001) olduğu tespit edilmiştir.

Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri ile işgücü kaynakları arasında ileri derecede anlamlı pozitif yönde çok yüksek ilişki (r = 0,815; p < 0,001), malzeme kaynakları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı çok yüksek ilişki (r=0,874; p<0,001), iletişim/ekip çalışması arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı çok yüksek ilişki (r = 0,954; p < 0,001) olduğu belirlenmiştir.

Malzeme kaynakları ile işgücü kaynakları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı yüksek ilişki (r = 0,651; p < 0,001), iletişim/ekip çalışması ile işgücü kaynakları arasında ileri derecede anlamlı pozitif yönde yüksek ilişki (r = 0,640; p < 0,001), iletişim/ekip çalışması ile malzeme kaynakları arasında ileri derecede anlamlı pozitif yönde yüksek ilişki (r = 0,771; p < 0,001) olduğu tespit edilmiştir.

Genel atalet ve alt boyutları ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

İlgili alanyazın incelendiğinde hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumunu belirlemeye yönelik araştırmaların çok sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı miktarı ve nedenleri ile ilgili çalışmaların sayısı sınırlı olmakla beraber son yıllarda artış gösterdiği gözlenmektedir. Karşılanamayan hemşirelik bakımı ile atalet durumu arasındaki ilişkiyi sorgulayan bir çalışmaya ise alanyazında rastlanmamıştır.

Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumları ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışma Diyarbakır il merkezinde bulunan bir devlet üniversitesi hastanesi, bir sağlık bakanlığı eğitim araşırma hastanesi ve bir özel hastanede çalışan toplam 413 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bulguları aşağıda yer alan başlıklar altında tartışılmıştır:

1-Atalet ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması

a) Atalet ölçeğinden alınan toplam puan ortalamalarına ait bulguların tartışılması

b) Atalet ölçeğinin öğrenme ataleti(ÖA) ve deneyim ataleti(DA) alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına ait bulguların tartışılması

c) Atalet ölçeğinden alınan toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile hemşirelerin çalışma ve tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması

2-Karşılanamayan bakım ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması

a) Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (KHBG) puan ortalamalarının tartışılması

b) Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri(KHBHN) ve İş gücü Kaynakları (İGK), İletişim/EkipÇalışması (İ/EÇ), Malzeme Kaynakları (MK) alt boyutları puan ortalamalarının tartışılması

c) KHBG puan ortalamaları ile hemşirelerin çalışma ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması

d) KHBHN ve alt boyutları puan ortalamaları ile hemşirelerin çalışma ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması

3-Atalet ölçeği ile Karşılanamayan Bakım ölçeği arasındaki korelasyon bulgularının tartışılması

5.1. Atalet Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Atalet Ölçeğinden Alınan Toplam Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada Atalet ölçeğinin toplam puan ortalaması 2,97 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırmaya katılan hemşirelerin atalet düzeylerinin orta atalet düzeyinde olduğu değerlendirilmiştir. Puan ortalamasının en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla; "Eski alışkanlıklarımı ve düşüncelerimi değiştirmek için yeni fikirler öğrenmeye çalışırım"(3,94),"Geçmişte öğrendiğim bilgiler ve elde ettiğim deneyimler işimdeki verimliliğimi arttırmaktadır"(3,86),"Diğer insanların sorunlarını nasıl çözdüklerini gözlemleyerek bu değişik yöntemleri kendi hayatımdaki sorunları çözmek için kullanıyorum"(3,68) ifadeleri, puan ortalamasının en düşük olduğu ifadeler ise sırasıyla;"Mesleğimi devam ettirirken yeni bilgiler ve deneyimler elde etmeye ihtiyaç duymam"(2,08),"Yeni bilgiler elde etmek için genellikle aynı kaynaklara başvururum ve yeni bilgi kaynakları aramaya çalışmam"(2,11),"Yeni bilgi kaynaklarına ulaşmak için fazla gayret göstermem"(2,32) ifadeleri olarak bulunmuştur(Ek:4a). Kaya ve arkadaşlarının (2018) hemşirelerde atalet davranışları ve hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada hemşirelerin atalet toplam puan ortalaması 2,84 olarak bulunmuş ve orta atalet düzeyi olarak değerlendirmiştir. Atalay'ın (2013) işten ayrılma niyetinde ve yabancılaşmada kurumsal ataletin etkisini araştırdığı araştırmasında atalet toplam puan ortalaması 2,90 bulunmuş ve araştırmaya katılanların atalet düzeyi orta atalet olarak belirtilmiştir. Karayel 'in (2014) ortaöğretim öğretmenlerinin örgütsel atalet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan öğretmenlerin atalet toplam puanlarının aritmetik ortalaması 42,43 olarak bulunmuş,34-52 aralığındaki puanların orta atalet düzeyi olarak kabul edildiği bu çalışmada bulunan sonuç öğretmenlerin ataletlerinin orta atalet düzeyinde oldukları şeklinde ifade edilmiştir.Bu bilgilerin ışığında araştırma sonuçlarının alanyazındaki sonuçlarla uyumlu olduğu söylenebilir. Hemşirelerin atalet durumlarının orta atalet düzeyinde olması düşündürücüdür. Bireyin, motivasyonunu, etkinliğini, verimliliğini etkileyen atalet, sağlık sektörü insan kaynağında görülebilecek en önemli sorunlardan biridir.Özellikle sağlık çalışanlarının sahip oldukları bir atalet durumunun hasta güvenliğinin riske atılması başta olmak üzere bir çok olumsuz sonucunun olacağı açıktır (Kaya ve Yücceler, 2016).

5.1.2. Atalet Ölçeğinin ÖA ve DA Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin ÖA puan ortalamaları 2,61,DA puan ortalamaları ise 3,28 olarak bulunmuştur. Ölçeğin her iki alt boyutundan alınan puan ortalamaları birbirine yakın ve orta atalet düzeyini işaret etmesine karşın DA ortalama puanının ÖA ortalama puanından daha yüksek olduğu görülmüştür. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada ÖA alt boyutunun ortalama puanı 2,17, DA alt boyutunun ortalama puanı 3,62 olarak orta düzey atalet olarak bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2018). Bankacılar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ÖA alt boyutu puan ortalaması 2,19, DA alt boyutu puan ortalaması ise 3,62 olarak bulunmuş, bu durum kurumsal atalet boyutunda değerlendirilerek,yüksek deneyimin daha fazla atalete neden olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Atalay, 2013). Ortaöğretimde çalışan öğretmenlerle yapılan diğer bir çalışmada araştırmaya katılanların % 86,8 inin bilgi ataleti alt boyutunda,% 83,9 unun ise DA alt boyutunda orta atalet düzeyinde oldukları bildirilmiştir (Karayel, 2014). Eroğlu ve Alga'nın (2019) üniversite çalışanlarının değişime açık olma ile atalet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada örgütsel atalet ve alt boyutları olan öğrenme ve deneyim ataleti boyutlarında ataletin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Liao ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan orjinal ölçek geliştirme çalışmasında araştırmaya katılanların ÖA alt boyutu puan ortalaması 2,04, DA alt boyutu puan ortalaması ise 3,70 olarak bulunmuştur.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ÖA ve DA alt boyutlarında alınan puanların ortalamalarının orta atalet düzeyini göstermesinin yanında DA puan ortalamasının, ÖA puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular bu araştırmayla uyum göstermektedir.Bu durum araştırmaya katılan hemşirelerin karşılaştıkları sorunların çözümünde, yeni çözüm yolları öğrenmekten çok, farklı sorunları çözmek için aynı deneyimlerinden yararlandıklarını ortaya koymaktadır.

5.1.3. Atalet Ölçeğinden Alınan Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Çalışma ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılanların yaşları ile toplam atalet, ÖA ve DA alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber toplam atalet (3,04) ve DA puan ortalamasının (3,38) en yüksek 31-35 yaş grubunda olduğu, ÖA alt

boyutu puan ortalamalarının ise bütün yaş gruplarında orta düzeyde ve birbirine yakın olduğu görülmüştür.Atalay'ın (2013) işten ayrılma niyeti ve yabancılaşma üzerine kurumsal ataletin etkisinin araştırıldığı çalışmasında en yüksek atalet ortalama puanının 51 ve üzeri yaş grubunda olduğu bildirilmiş ve bunun nedeninin bu yaş grubundaki kişilerin önceden edindikleri bilgi ve deneyimlerinin ileriye ket vurmasının olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.Bununla beraber banka çalışanlarının daha çok gençlerden oluşması, mesleğe yeni atılan kişilerin yeni bilgi ve beceriler öğrenme ihtiyaçları ve bu konudaki istekleri bilgi ataleti düzeyinin düşük çıkmasındaki en önemli neden olarak yorumlanmıştır. Konu ile ilgili Pusmaz (2020) öğretmenlerle yaptığı çalışmada toplam atalet ve her iki alt boyut ortalama puanlarının, farklı olarak, çalışmanın en genç yaş grubu olan 21-30 yaş grubunda diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yenipınar'ın (2021) bilgi ataletinin örgütsel değişim üzerine olan etkisini belirlemek üzere yaptığı araştırmada toplam atalet puan ortalamasının araştırmaya katılan en büyük yaş grubunda en yüksek, en küçük yaş grubunda ise en düşük olduğu belirtilmiştir. Araştırmalardan elde edilmiş bulgular değerlendirildiğinde, bu araştırmanın bulgularıyla uyum gösterdiği, yaş ilerledikçe atalet düzeyinin yükseldiği görülmektedir. Bu durumun nedeni, yaş aldıkça edinilen deneyimlerin arttığı, karşılaşılan yeni ve farklı problemlerin çözümünde, yeni ve farklı çözüm yollarını kullanmak yerine deneyimler sonucunda elde edilen ve sonuçlarından emin olunan çözüm yollarının tercih edilmesi ve bunun sonucu olarak bu tercihin yeni bilgilerin öğrenilmesinin önünde bir engel oluşturması olarak yorumlanabilir.

Cinsiyet değişkenine göre araştırmaya katılan kadın ve erkekler ile toplam atalet puan ve DA alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ÖA alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Erkeklerin ÖA alt boyutu puan ortalaması (2,67), kadınlardan (2,57) daha yüksektir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar çalışmalar bu açıdan değerlendirildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır; Atalay'ın (2013) çalışmasında toplam atalet puanları açısından kadınların puan ortalamasının daha yüksek olduğu ama bunun anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bildirilmiştir. Roodt ve arkadaşlarının (2003) Güney Afrika ve Avusturalya ülkeleri arasında dönüşümsel ve etkileşimsel değişkenlerin atalet ile ilişkisini araştırdıkları karşılaştırmalı çalışmalarında kadınların atalet düzeyinin erkeklerden yüksek bulunduğunu ve bunun beklenmeyen bir durum olduğunu bildirmişlerdir. Pusmaz'ın (2020) çalışmasında farklı olarak, araştırmaya

katılanlan erkeklerin ortalama atalet puanları kadınlardan yüksek olduğu halde bu durumun istatiksiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı belirtilmiştir. Şaştım (2019), öğretmenlerin atalet algılarını sorguladığı araştırmasında DA alt boyutunda kadın ve erkek öğretmenler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu, erkek öğretmenlerin DA alt boyutunda atalet algılarının kadın öğretmenlerden daha yüksek olduğunu belirtmiş ve bu durumu erkek öğretmenlerin geçmiş deneyimlerine kadın öğretmenlere göre daha bağlı olmaları şeklinde yorumlamıştır.

Bu bilgiler ışığında bu araştırmadan elde edilen sonuçların alanyazınla büyük oranda uyum gösterdiği görülmektedir. Kadınların mesleki rollerinin dışında sahip oldukları çeşitli roller gereği, öğrenme gereksinimlerinin daha fazla olması ve öğrendikleri yeni bilgilerini kullanmaları konusunda daha istekli olmaları öğrenme ataleti düzeylerinin erkeklerden daha düşük olmasının nedeni olabilir.

Hemşirelerin medeni durumları ile atalet puan ortalamaları karşılaştırıldığında evli ve bekar hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber toplam atalet(2,99), ÖA(2,64) ve DA(3,29) alt boyutu puan ortalamalarının evli hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Karayel (2014) orta öğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin atalet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada öğretmenlerin medeni durumunun örgütsel atalet düzeylerine etki eden bir değişken olmadığını bildirmiştir. Bununla beraber evli hemşirelerin çeşitli toplumsal rolleri gereği sorumluluklarının fazla olması, yeni bilgiler öğrenme konusuna çok zaman ayıramamaları atalet düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri ile toplam atalet puan ortalamaları ve alt boyutlar puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakıldığında, eğitim düzeyleri ile atalet puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Böyle olmakla beraber toplam atalet ve ÖA alt boyutu puan ortalamalarının, eğitim düzeyini yüksek lisans veya doktora olarak bildiren hemşirelerde diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yenipınar (2021), bilgi ataletinin örgütsel değişime etkisini belirlemek amacıyla imalat sanayinde çalışanlarla yaptığı çalışmada bilgi ataleti düzeyinin eğitim seviyesine göre farklılık gösterdiğini ve bilgi ataletinin en yüksek olduğu grubun ilköğretim-lise grubu olduğunu bildirmiştir. Araştırmada bilgi ataleti düzeyinin en düşük olduğu grubun lisansüstü eğitimi olan katılımcılar olduğu belirtilerek bu sonuç alınan eğitimin kişiye olan katkısı şeklinde yorumlanmıştır. Çankaya ve Demirtaş'ın (2010) üniversite iklimi ve atalet

arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında üniversite iklimi ve üniversitenin sağladığı olanaklar ile atalet arasındaki ilişkinin ters yönde olduğunu göstererek bu durumu üniversite eğitimi almış bireylerde atalet düzeyinin düşük olacağı şeklinde yorumlamışlardır.Wang ve Yang (2013) bilgi ataletini konu alan çalışmalarında bilgiyi dönüştürme yeteneğinin, bilgiyi davranışa dönüştürme, örtük bilgiyi açık bilgiye dönüştürmenin özellikle deneyim ataletinin önünde önemli bir engel olduğunu belirterek bu konuda üniversite eğitiminin önemine değinmişlerdir. Şaştım'ın (2019) öğretmenlerin atalet ve tükenmişlik algılarını araştırdığı çalışmasında lisans mezunu öğretmenlerin hem bilgi hem deneyim ataleti algılarının lisansüstü mezunu öğretmenlerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmış bu durumun nedeni lisansüstü mezunu öğretmenlerin beklenti düzeylerinin daha yüksek olması şeklinde yorumlanmıştır.Kaya ve arkadaşlarının (2018) atalet davranışları ve hasta güvenliği konusunda hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında örneklemi oluşturan hemşirelerin %55.3'ünün lisans ve lisanüstü mezunu olduğunu ve bu araştırmada hemşirelerin atalet düzeylerinin orta düzey de olduğunu bildirmiştir.

Bu araştırmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber lisansüstü eğitim alanların atalet düzeylerinin daha yüksek bulunmasının nedeni, aldıkları eğitimle beraber mesleki bilgilerinin ve hemşirelikle ilgili deneyimlerinin fazla olması sonucu lisansüstü mezunu hemşirelerin kendilerine daha fazla güven duymaları olabilir.

Araştırmaya katılan hemşireler çalıştıkları hastanelere göre değerlendirildiğinde, atalet toplam puan ortalamaları, ÖA alt boyutu ve DA alt boyutu ortalama puanları ile çalıştıkları hastaneler arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamakla beraber, ÖA alt boyutunda eğitim araştırma hastenesinde çalışanların (2,64), toplam atalet (3,01) ve DA alt boyutunda (3,33) ise özel hastanede çalışanların puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur.Konu ile ilgili Kafchehi ve arkadaşlarının (2012) bankacılar ile yaptıkları çalışmada bir devlet bankası ve bir özel banka çalışanlarının atalet durumları araştırılmış, her iki grup arasında öğrenme ve deneyim ataleti ortalama puanları birbirine yakın bulunmuştur. Roodt ve arkadaşları (2003) Güney Afrika ve Avusturalya ülkeleri arasında dönüşümsel ve etkileşimsel değişkenlerin atalet ile ilişkisini araştırdıkları karşılaştırmalı çalışmalarında Güney Afrikada özel sektör çalışanlarının toplam atalet düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişler ve bu durumu ülkenin politik yapısıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Eroğlu ve Alga'nın (2019) üniversite çalışanlarının değişime açık

olma ile atalet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada üniversitelerin yapıları gereği değişime açık olduklarını ve bu durumun da atalet düzeyinin düşük olmasının nedeni olduğunu belirtmişlerdir.Akduru'nun (2020) kamu personelinde ataleti araştırdığı nitel çalışmasında yöneticilerin, çalışanların çoğunlukla atalet davranışı sergilediklerini ve en sıklıkla sergilenen atalet davranışının görevleri erteleme olduğunu ifade ettiklerini bildirmiştir. Konu ile ilgili farklı kurumların atalet düzeylerinin karşılaştırıldığı araştırma sayısı az olduğundan çalıştıkları kurum değişkeni sınırlı tartışılmıştır. Bununla beraber kamu kuruluşlarındaki bürokratik yapının atalete zemin hazırladığı gerçeğinden hareketle (Leblebici, 2005), eğitim araştırma hastanesinde çalışanların ÖA alt boyutu puan ortalamalarının diğer hastanelerden daha yüksek olmasının nedeninin bu hastanenin bürokratik yapısı ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşireler meslekte çalışma süresi değişkenine göre değerlendirildiğinde, çalışma süresi ile toplam atalet ve DA alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber çalışma süresi ile ÖA alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmuş ve mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların ÖA alt boyutu puan ortalamasının (2,66), 1-2 yıl çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin puan ortalamasından (2,48) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu konuda Artero-Lópezve arkadaşlarının (2018) hastanede yatan üriner inkontinanslı hastaların hemşirelik bakımında ataleti araştırdığı çalışmalarında üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde, hemşirelik bakımı davranışlarında hasta memnuniyetine önemli derecede olumsuz yansıyan ataletin var olduğu ve bu durumla hemşirelerin mesleki deneyimi arasında anlamlı farklılık bulunduğu bildirilmiştir.

Mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin, edindikleri deneyimlere çok güvendikleri, değiştirme gereği duymadıkları ve karşılaştıkları yeni problemlerin çözümünde eski deneyimlerinden edindikleri bilgiyi kullanmayı tercih ettikleri düşünülebilir.

Araştırmaya katılanların günlük çalışma saatleri ve çalışma düzenleri ile atalet düzeyleri arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber toplam atalet, ÖA ve DA puan ortalamalarının, 8-16 saatleri arası gündüz çalışan hemşirelerde diğer gruplarda bulunanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kaya ve arkadaşlarının (2018) hemşirelerin atalet davranışları ve hasta güvenliğini konu alan ve araştırmaya katılan

hemşirelerin %60'ının haftada 40-49 saat çalıştıklarını bildirdikleri çalışmada, hemşirelerde DA düzeyi yüksek atalet düzeyinde, ÖA düzeyi düşük atalet düzeyinde bulunmuştur. Hemşirelerde tükenmişlik konusunu araştıran çeşitli çalışmalarda tükenmişliğe yol açan çalışma koşulları ile ilgili en önemli nedenlerin çalışma koşullarının ağırlığı, nöbet sistemli çalışma, çalışma saatlerinin uzunluğu ve gece çalışma olduğu belirtilmektedir (Günüşen ve Üstün, 2009; Öztürk ve ark., 2014). Ataletin gelişim sürecinde ilişkilendirildiği en önemli kavramlardan biri olan tükenmişlik ve ataletin karşılıklı olarak birbirlerinin hazırlayıcı faktörleri olduğu düşünüldüğünde ataletin çalışma süreleri ve şekliyle ilişkisi olduğu söylenebilir.Gündüz çalışan hemşirelerde daha fazla atalet görülmesi, güzdüz vardiyasında iş yoğunluğunun fazla olması ve daha komplike işlerin yapılması gerekliliği atalet durumunu daha görünür kılıyor olabilir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre atalet puan ortalamaları değerlendirildiğinde çalıştıkları birim ile toplam atalet puan ortalaması, ÖA ve DA alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamakla beraber, cerrahi birimlerde çalışanların puan ortalamaları, dahili birimlerde çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur.Cerrahi birimler; komplikasyon riskinin yüksek olduğu, hastaların bir süre otonomilerini kaybettikleri ve beden bütünlüklerini bozan girişimlerin uygulandıkları birimlerdir. Bu nedenle bu birimlerde çalışan hemşirelerin hasta odaklı düşünen, hızlı ve doğru karar veren ve hastalarına kanıta dayalı hemşirelik bakımı sunan hemşireler olması gerekmektedir (Kandemir ve Yüksel, 2020). Ameliyat öncesi hastanın hazırlanması, ameliyat sonrası bakım sürecinin karmaşıklığı, ameliyat sonrası hastanın yakın takibinin gerekliliği, hastanın hemşireye bağımlılığının aratması gibi nedenler bu birimlerde çalışan hemşirelerin iş yüklerinin ve işle ilgili gerginliklerinin artmasına neden olmaktadır (Balanuye, 2014). Yoğun çalışma temposu ve iş yükü fazlalığı hemşirelerde tükenmişliğin en önemli nedenlerindendir (Öztürk ve ark., 2014). Dolayısıyla tükenmişliğin, ilişkilendirildiği ve karşılıklı olarak birbirlerini tetikledikleri ataletin, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerde daha fazla görülmesinin nedeni olabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki bir bilimsel yayını takip etmeleri ile atalet puan ortalamaları arasında faklılık olup olmadığı değerlendirildiğinde; toplam atalet ve DA alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Mesleki bir bilimsel yayın takip etme değişkeni ile ÖA alt boyutu arasında

anlamlı farklılık bulunmuş, takip etmeyenlerin ÖA puan ortalamasının (2,65), takip edenlerden (2,55) daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşireliği ilk kez meslek kriterleri açısından değerlendiren Genevieve ve Roy Bixler, mesleğin en önemli kriterlerinden birini ‘’meslek, kullandığı bilgi birikimini sürekli olarak genişletir, yeni eğitim teknikleri geliştirir ve uygulamalarında bilimsel bilgiyi kullanarak hizmet verir’’ olarak ifade etmiştir (akt. Karadağ, 2002). Bu doğrultuda meslek üyesi olan hemşirelerden meslekleriyle ilgili bilimsel gelişmeleri izlemeleri, bu gelişmeler doğrultusunda kanıt temelli geliştirilen yeni teknikler ve uygulamaları hastalarına bakım verirken kullanmaları beklenmektedir. Ancak çeşitli nedenlerle hemşirelerin düşünce ve davranışlarındaki yaratıcılık ve yenilikçilik kapasitesinin azalması ve bu durumun öğrenme üzerine olumsuz etkileriyle beraber öğrenilenlerin etkili ve verimli kullanılması engellenebilmektedir. Bilgi ataleti olarak isimlendirilen bu durum hasta güvenliğinin tehlikeye girmesi başta olmak üzere bir çok olumsuz sonucun doğmasına neden olmaktadır (Kaya ve ark., 2018).

Meslekle ilgili herhangi bir örgüte üye olma değişkeni ile hemşirelerin atalet puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber toplam atalet ve ÖA alt boyutu puan ortalamaları meslekle ilgili bir örgüte üye olmayan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur. Meslek örgütleri, meslek üyelerinin bir araya gelerek o meslek için standart uygulamalar geliştirdiği, bu uygulamalar gerçekleştirilirken meslek üyelerinin ve uygulamalarının kontrol edildiği, denetlendiği, meslek ve meslek üyelerinin yasal zeminde tanımlandığı örgütlerdir. Ayrıca mesleki örgütlerin mesleği yapanların profesyonelleşmesinde, otonomi kazanmasında, mesleki bilgi birikiminin artmasında, üyelerinin eğitimlerinin mezuniyetten sonrada sürdürülmesinde önemli rol oynarlar (Harmancı ve Baykal,2006). Dikmen ve arkadaşları (2016), hemşirelerin otonomi düzeyleri konusunda yaptıkları çalışmada mesleki bir örgüte üye olan ve mesleği ile ilgili bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin otonomi düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.Örgütlenme oranı düşük olan hemşireler bu durumun neden olduğu diğer olumsuzlukların yanında meslekleri ile ilgili yeni gelişmeleri takip edemediklerinden dolayı karşılaştıkları yeni sorunların çözümü için yeni çözüm yolları bulmak yerine eski deneyimlerine başvurmaktadırlar. Bu durum, meslekleriyle ilgili bir örgüte üye olmayan hemşirelerin atalet puan ortalamalarının, üye olanlardan daha yüksek olmasının nedeni olarak yorumlanabilir.

5.2. Karşılanamayan Bakım Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. KHBG Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu çalışmada KHBG puan ortalaması 2,54 olarak yüksek bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin hemşirelik bakım gereksinimleri bölümünün maddelerinin puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalamasına sahip ilk üç maddenin sırasıyla ; "Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi"(2,68), "Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi"(2,67), "Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi"(2,65) olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip üç maddenin de sırasıyla; "Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi"(2,33), "Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma"(2,35), "Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi" (2,36) maddelerinde olduğu görülmüştür(Ek:4b). Bu puanlar aynı konuda yapılan diğer çalışmalarla karılaştırıldığında; Kalisch, Terzioglu ve Duygulu'nun (2012) Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nin karşılanamayan bakımın miktarı ve nedenleri açısından karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada Türkiye için karşılanamayan bakım mikarı ortalamasını 1,40, ABD için 1,77 olarak bildirmişlerdir. Karşılanamayan hemşirelik bakımı, personel sayısı ve iş memnuniyetinin araştırıldığı ve ABD ile Lübnan'ın karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ABD'de karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi puan ortalaması 1,71, Lübnan'da ise bu değerin 1,31 olarak ABD'den daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumun nedeni Lübnan'da aile üyelerinin de bakıma katılması şeklinde yorumlanmıştır(Kalisch ve ark., 2013). Sönmez ve arkadaşlarının hasta bildirimli karşılanamayan hemşirelik bakımını araştırdıkları çalışmalarında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarının düşük düzeyde (1.59) olduğu bildirilmiştir(Sönmez ve ark., 2020). Kaçırılan hemşirelik bakımının boyutları ve bunun birim düzeydeki hemşire iş yüküyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla Orique ve arkadaşları tarafından (2016) Kaliforniya'da 581 yataklı bir akut bakım hastanesinde yapılan araştırmada KHBG ortalaması 3,65 olarak bildirilmiştir (Sözü edilen araştırmada ölçek puan aralığı 1-5 dir). Orique ve arkadaşlarının araştırmasında ambulasyon en sık kaçırılan bakım gereksinimleri arasında değerlendirilirken bu çalışmada hastanın ayağa kaldırılması dolaştırılması en düşük puan ortalaması olan maddelerden biridir(Orique ve ark., 2016). Aynı konuda Trakya

bölgesindeki hastanelerde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada KHBG puan ortalaması düşük (1,63), ancak KHBHN puan ortalaması yüksek (3,22) olarak bulunmuş, bu durum hemşirelerin gerçekleştirmedikleri bakımı tam olarak bildirmedikleri şeklinde yorumlanmıştır (Çimen, 2019). Cho ve arkadaşlarının (2015) hemşire sayısı ile karşılanamayan hemşirelik bakımınının ilişkisini araştırdıkları çalışmada, KHBG ortalamasını yüksek sayıda hemşire çalışan birimlerde 1,39, düşük sayıda hemşire çalışan birimlerde 1,51 olarak bulmuşlar ve bu durumu hemşire sayısının artmasının KHBG miktarını azalttığı şeklinde yorumlamışlardır. Ayrıca hasta ve ailesine duygusal destek verilmesi ortalaması hem yüksek hem de düşük hemşire sayısına sahip olan birimlerde en fazla karşılanamayan bakım gereksinimlerinden biri olarak belirtilmiştir. Bu araştırmada hasta ve ailesine duygusal destek puan ortalaması en düşük üç ortalaması olan bakım gereksinimleri arasındadır (Cho ve ark., 2015). Bilgin ve arkadaşlarının yaptığı (2019) başka bir çalışmada hastane özelliklerinin KHBG miktarı üzerinde etkili olduğu, mıknatıs hastanelerin sahip oldukları bir takım olumlu özelliklerden dolayı bu hastanelerde kaçırılmış hemşirelik bakım miktarının mıknatıs olmayan hastanelere göre daha düşük olduğunu bildirilmiştir.

Konu ile ilgili alanyazın incelendiğinde toplumun hemşirelerin bakım rolünü nasıl algıladığı, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarının ülkelere göre değişiklik göstermesinin ana nedeni olduğu görülmektedir (Önal, 2019). Türkiye'de hastaneye yatışlarda hastanın yakını veya ücretli bakıcılar hastaya refakat etmekte, hastanın bazı temel bakım uygulamalarında hastaya ve hemşireye yardımcı olmakta, hasta ile hemşire arasındaki iletişimde önemli rol oynamaktadır (Sönmez ve ark., 2020). Buna bağlı olarakTürkiye, Lübnan gibi geleneksel kültürün baskın olduğu ülkelerde, karşılanamayan bakım gereksinimi miktarı ABD ve Avrupa ülkeleri gibi geleneksel kültürün baskın olmadığı ülkelerden daha düşüktür (Bragadottir ve ark., 2017). Buna karşın bu çalışmada karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarı Türkiye ortalaması dahil hem geleneksel kültürün baskın olduğu hem de olmadığı ülkelerden daha yüksek bulunmuştur.

5.2.2. KHBHN ve İGK, İ/EÇ, MK Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu çalışmada örneklem kapsamındaki hastanelerde çalışan hemşirelerin KHBHN'nin puan ortalaması 2,03, İGK alt boyutun puan ortalaması 1,81, İ/EÇ alt boyutun puan ortalaması 2,15, MK alt boyutun puan ortalaması ise 1,99 olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum KHBG puan ortalamasının yüksek olmasıyla uyumludur. KHBHN arasında en yüksek oranda iletişimden kaynaklanan nedenler gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hemşireler yüksek oranda bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının nedeni olarak iletişimle ilgili nedenleri "önemli bir neden" olarak bildirmişlerdir.

KHBHN ölçeğinin maddelerinin puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek üç ortalama puana sahip olan maddelerin sırasıyla;"Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması" (2,22),"Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu"(2,22) ve "Önceki şiftten veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi"(2,21) maddeleri olduğu görülmüştür. En düşük üç ortalama puana sahip olan maddeler ise sırasıyla;"Çalışan personel sayısının yetersizliği" (1,67), "Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)" (1,79), "Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk" (1,80) şeklinde sıralanmıştır(Ek:4c). En yüksek puan ortalaması olan maddeler iletişim ile ilgili maddelerdir.

Kalisch ,Terzioglu ve Duygulu (2012b) karşılanamayan bakım ölçeğinin Türkçe uyarlaması için yaptıkları Türkiye ve ABD'ni karşılaştıran çalışmalarında karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri nedenlerinin iki ülke arasında benzer olduğunu, alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyde veya ortanın üzerinde olduğunu, bu nedenler içinde en önemli neden olarak İGK ile ilgili nedenleri, ikinci sırada MK ile ilgili nedenleri ve üçüncü sırada İ/EÇ ile ilgili nedenler olduğunu bildirmişlerdir.Aynı çalışmada KHBG nedeni olarak Türkiye'de"Çalışan personel sayısının yetersizliği", ABD'de ise "Gerekli olduğunda ilaçların bulunamaması" maddelerinin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Kalisch ve ark., 2012b). Karşılanamayan bakım ile hemşire iş yükünün ilişkisinin araştırıldığı ve Kaliforniya'da bir akut bakım hastanesinde gerçekleştirilen çalışmada karşılanamayan bakım gereksinmleri nedeni olarak ilk sırada İGK, ikinci sırada MK ve üçüncü sırada İ/EÇ'na ilişkin nedenler

olduğu belirtilmiştir (Orique ve ark., 2016). Palese ve arkadaşları tarafından (2015)KHBG ve nedenlerinin sorgulandığı İtalya'da gerçekleştirilen çalışmada KHBHN orta düzeyde olduğu belirtilmiş ve İGK ilişkin nedenlerin en önemlisinin yetkin olamayan hemşirelerden kaynaklanan nedenler olduğu bulunmuştur.Bunun dışında acil durum ve hasta sayısında beklenmeyen artış (%95.20), çalışan sayısının yersizliği (%94.90), hasta yatış ve taburculuk sayılarında artış(%93.30) karşılanamayan hemşrelik bakım gereksinimlerinin en önemli nedenleri olarak belirtilmiştir. Kalisch ve Doumit'in aynı konuda ABD ve Lübnan'ı karşılaştırdıkları çalışmalarında KHBHN'nin en yüksek ortalamadan en düşük ortalamaya doğru ABD'de İGK, İ/EÇ ve MK, Lübnan'da ise İGK, MK ve İ/EÇ şeklinde sıralandığı gösterilmiştir(Kalisch ve ark., 2013). İlaslan ve Yıldırım Şişman tarafından (2019) bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada KHBHN'nden İGK alt boyutunda "çalışan personel sayısının yetersizliği"(%83,0), MK alt boyutunda "gerektiğinde malzeme/cihazların uygun biçimde çalışmaması"(%66,0), İ/EÇ alt boyutunda ise "ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması"(%53,2)"önemli bir neden" olarak bildirilmiştir. Eskin Bacaksız ve arkadaşları (2020), özel hastanelerde karşılanamayan hemşirelik bakımını araştırdıkları çalışmalarında; uzun çalışma saatlerinin, hemşirelerin sayı olarak yetersiz oldukları algısının ve kendilerini güçsüz olarak algılamalarının karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri arasında olduğunu göstermişlerdir.

Konu ile ilgili dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde KHBHN puan ortalamasının genellikle orta düzeyde bildirildiği ve nedenlerin önem sırasına göre genellikle İGK, MK ve İ/EÇ şeklinde sıralandığı görülmektedir. Bu çalışmada KHBHN puan ortalaması, incelenen calışmalardan yüksek bulunmuştur. Bu yüksek değer, yüksek olan KHBG ortalama puanı ile uyum göstermektedir.Bu durum araştırmaya katılan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımını büyük oranda bildirdiklerine bağlanmıştır. Bu araştırmada nedenlerin alt boyutlarının önem sırasına göre; İ/EÇ, MK, İGK şeklinde sıralanmakta ve incelenen araştırmalardan farklılık göstermektedir. İ/EÇ alt boyutunun puan ortalaması ortalamanın üzerinde, yüksek olarak bulunmuştur.Bu durum araştırmaya katılan hemşirelerin ekip üyeleri, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim sorunları yaşadığı ve bu sorunların altında atalet, tükenmişlik, işe yabancılaşma gibi bir takım sorunların yatıyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

5.2.3. KHBG Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Çalışma ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile KHBG puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan test sonucunda farklılığın nedeninin 36 ve üzeri yaş grubunun puan ortalamasının (2,67), 26-30 yaş grubunun puan ortalamasından (2,62) daha yüksek, 26-30 yaş grubunun puan ortalamasının 25 ve↓yaş grubu puan ortalamasından (2.28) daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Önal'ın çalışmasında (2019) yaş değişkeni ile karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarı arasında anlamlı farklılık saptanmamasıyla beraber, 25 yaş ve altı puan ortalamasının 25 yaş üzeri puan ortalamasından daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bragadottir ve arkadaşları tarafından İzlanda'da yapılan ve katılımcıların çoğunluğunun 35 yaş üzeri olduğu bir çalışmada (2017), yaş değişkeninin karşılanamayan bakım gereksinimlerinde önemli bir değişken olduğu ve genç hemşirelerin yaşlı hemşirelerden daha fazla karşılanamayan bakım bildirdikleri gösterilmiştir. Konu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri en yüksek puan ortalamasının araştırmaya katılan en genç yaş grubuna ait olduğu bildirilmiştir (Çimen, 2019). Bu araştırmada puan ortalaması en fazla olan yaş grubu, yaş ortalaması en yüksek olan gruptur. Dolayısıyla incelenen çalışmalarla bu çalışma arasında farklılık söz konusudur. Yaşı büyük hemşirelerin daha fazla miktarda karşılanamayan bakım bildirmelerinin nedeni, yaşları gereği sürekli hasta bakımında görev almamaları daha çok yönetici olarak veya hasta başından uzak işlerde çalışmaları ve hasta bakımında görev aldıklarında araya uzaklaşmalar girdiğinden bazı bakım gereksinimleri kaçırmaları olabilir. Deneyimin önemi açık olmakla beraber yaşın ilerlemesiyle, mesleki yeniliklerin takip edilmesi,yeni gelişmelere uyum sağlanması güçleşmektedir. Ayrıca yaşla beraber mesleki yorgunluk ve tükenmişlik gibi bazı performansı etkileyen durumlar hasta bakımın uygulamalarında bazı aksamalara neden olabilmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetleri ile KHBG arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber erkeklerin puan ortalamasının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.Aynı konuda yapılan çalışmalarda; Saqer ve AbuAlRub (2018), erkek hemşirelerde daha yüksek oranda karşılanamayan bakım miktarı belirtirken; Önal (2019) ve Çimen (2019) çalışmalarında cinsiyet ile KHBG puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bildirmemişlerdir. Bununla bereber Önal'ın çalışmasında

bu çalışmayla benzer şekilde erkeklerin puan ortalamasının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Chapman ve arakadaşlarının (2017) çalışmasında kadın hemşirelerin erkek hemşirelere oranla kaçırılmış bakım üzerinde daha etkili olduğu, bazı çalışmalarda cinsiyetle karşılanmayan bakım arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Blackman ve ark., 2018).

Bu bilgiler doğrultusunda cinsiyet değişkeninin hemşirelik bakımı üzerine etkisinin ülkelerin kültürel yapılarına göre değişiklik gösterdiği ve erkek hemşirelerin karşılanamayan bakım oranının kadın hemşirelere göre daha yüksek olmasının nedeni bakım faaliyetlerinin bir çok kültürde kadına daha uygun görülmesi şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşireler medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde KHBG miktarı ile medeni durumları arasında istatiksiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.Önal'ın çalışmasında (2019) KHBG puanının bekar hemşirelerde evli hemşirelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile KHBG miktarı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber en yüksek puan ortalamasının, bu araştırmada en düşük eğitim düzeyi olarak belirtilen lise düzeyinde eğitime sahip olan hemşirelerin puan ortalamaları olduğu görülmüştür. Ball ve arkadaşlarının (2018) dokuz Avrupa ülkesinde ameliyat sonrası ölüm oranları, karşılanamayan bakım ve hemşirelerin özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada lisans mezunu hemşire sayısındaki artışın, ameliyat sonrası ölüm ve karşılanamayan bakım miktarını belirgin oranda azaltığını bildirmişlerdir. Hemşire yöneticilerle yapılan başka bir çalışmada, temel hemşirelik eğitimini tamamlamamış öğrenci hemşireler, hemşire açığını kapatmak amacıyla kliniklerde çalıştırıldıklarında karşılanamayan hemşirelik bakım miktarının arttığını ve bu durumun hasta güvenliği ve kurumun güvenirliğini tehlikeye attığını belirtmişlerdir (Dehghan-Nayeri1 ve ark., 2018).Hemşirelerin eğitim düzeyi ve karşılanamayan bakım algılarının araştırıldığı diğer bir çalışmada da benzer şekilde lisans diplomasına sahip hemşirelerin daha düşük miktarda karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirdikleri bulunmuştur (Sarver, 2019). Alanyazın bulguları bu araştırmanın bulgularıyla uyumludur. Hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça karşılayanmayan hemşirelik bakım miktarı azalmaktadır. Özellikle en az lisans düzeyindeki bir hemşirelik eğitimi, hastaya verilen bakımın kalitesi ve güvenliğin sağlanması açısından oldukça önemlidir.

Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumları ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi sorgulamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastane ile KHBG miktarı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Anlamlı faklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan testte eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamasının (2,65), özel hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamasından (2,28) daha yüksek olduğu görülmüştür. Kalisch ve arkadaşlarının (2012) karşılanamayan bakım ölçeğinin Türkçe versiyonu için yaptıkları Türkiye ve ABD karşılaştırmalı çalışmalarında örneklem seçimi iki ülkede benzer özelliklere sahip ve hastane çeşitliliği gözetilerek yapılmış ancak hastane özellikleri ile karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarı arasında bir farklılıktan sözedilmemiştir. Brooks Carthon ve arkadaşlarının (2015) Kaliforniya, New Jersey ve Pensilvanya'da bulunan hastaneleri bir takım özelliklerine göre (hemşire sayısı, niteliği, hasta/hemşire oranı v.b) iyi, orta ve kötü şeklinde üç gruba ayırarak, hastaneye geri kabullerle karşılanamayan bakım arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, geri kabul oranının ve karşılanamayan bakım miktarının "iyi"grubundaki hastanelerde daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada benzer şekilde mıknatıs hastane olma özellikleri taşıyan hastanelerde, bu özellikleri taşımayan hastaneler göre karşılanamayan hemşirelik bakım miktarının önemli ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir (Kalisch ve Lee, 2012). Eşkin ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada (2020) büyüklük, mıknatıs olma durumu ve akredite olma durumu gibi özelliklerin karşılanamayan bakım miktarını etkilediği, Uluslararası Ortak Komisyon (JCI) akreditasyonuna sahip hastanelerde, Sağlık Bakanlığı akreditasyonuna sahip olan hastanelere göre daha az karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirildiği saptanmıştır. Trakya Bölgesinde yapılan bir çalışmada, merkez devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarları, üniversite ve ilçe devlet hastanelerinden daha yüksek bulunmuş, bu sonucun nedeni merkez devlet hastanelerinde çok sayıda ve genellikle komplike hastalıkları olan hastalara bakım verilmesi olarak bildirilmiştir (Çimen, 2019). Bu çalışmada eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin KHBG puan ortalamasının diğer hastanelerde çalışan hemşirelerin puan artalamalarından daha yüksek bulunması incelenen çalışmalarla uyum göstermektedir. Eğitim araştırma hastanesinde, bakım verilen hasta sayısının fazla olması, bakım gerektiren kritik hastalıkları olan hastaların çokluğu, mıknatıs hastane özellikleri taşımaması, akreditasyon sorunları gibi nedenlerin

hemşire sayısı, niteliği, hasta/hemşire oranı, malzeme yeterliliği v.b. gibi bir çok faktör üzerine etki yaparak karşılanamayan bakım miktarının artmasının nedeni olabilir.

Bu araştırmada, araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile KHBG miktarı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın sebebini belirlemek için yapılan testte 6-10 yıl arası çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin ortalama puanının (2,75), 3-5 yıl (2,24) ve 11 yıl ve üzeri (2,59) çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. İlgili alanyazın incelendiğinde Kalisch ve Lee'nin çalışmasında (2010) 10 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin en düşük karşalanmayan bakım oranına sahip olduğu bildirilmiştir. Eşkin ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da benzer şekilde bir yıl ve daha az deneyimi olan hemşirelerin en yüksek oranda karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirdiklerini belirtmişlerdir. Akut bakım hastanelerinde karşılanamayan hemşirelik bakım miktarının ve nedenlerinin araştırıldığı benzer bir çalışmada deneyim değişkeninin karşılanamayan hemşirelik bakımı üzerine etkili olduğu ve deneyimli hemşirelerin daha az deneyimli olanlara göre daha az oranda karşılanamayan bakıma neden olduğu bildirilmiştir (Kalisch ve ark., 2011c). Chapman ve arkadaşlarının çalışmalarında (2017) ise mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin karşlamayan hemşirelik bakım oranları yüksek bulunmuştur. Bu araştırmadan elde edilen bulgular alanyazındaki bulgularla kısmen uyumludur. Çalışma alanında deneyim kazandıkça yapılan hata oranında azalma sözkonusu olmaktadır. Hemşirelik bakımı uygulamalarında deneyimle beraber, hemşirelik bakımının kalitesinde artma ve kaçırılan hemşirelik bakımın miktarında azalma görülmektedir. Bu araştırmada 3-5 yıl çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin KHBG puanlarının belirlenen gruplar içinde en düşük olmasının nedeni, ilk çalışma yıllarında hemşirelerin mezuniyetlerinin yakın tarihte olması nedeniyle mesleki bilgilerinin daha yeni olması, hata yapmaktan çekindikleri için daha dikkatli çalışmaları şeklinde açıklanabilir.

Çalışma saatleriyle hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik gereksinimleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber en yüksek puan ortalamasının 8-16 saatleri arası günde 8 saat ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin puan ortalamasının olduğu görülmüştür. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada vardiya sistemli çalışmanın karşılanamayan bakım miktarını arttırdığı gösterilmiştir (İlaslan ve Yıldırım Şişman, 2019). Kalisch ve arkadaşları (2011) çalışmalarında vardiya sistemli çalışmanın

karşılanamayan bakım üzereine etkili olduğunu, gündüz vardiyasında çalışanların karşılanamayan bakım oranlarının gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgular vardiya sisteminin karşılanamayan hemşirelik bakımı miktarını etkilediğini göstermektedir. Bu araştırmada en fazla karşılanamayan bakım miktarının gündüz çalışan hemşirelerde görülmesinin nedenleri, kliniklerde gündüz iş yoğunluğunun fazla olması, bakımla ilgili rutinlerin daha çok gündüz vardiyasında yapılması, hasta bakımı dışında yapılması gereken işlerin genellikle gündüz vardiyasında yapılması gibi nedenler olabilir. Buna bağlı olarak bazen hasta ile ilgili planlanan bakımın gerçekleştirilememesi söz konusu olmaktadır.

Çalışılan birim ile KHBG miktarı arasında anlamlı faklılık bulunmamakla beraber, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin, cerrahi birimlerde çalışanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada dahili yoğun bakımlar ve acil, dahili birimler altında, cerrahi yoğun bakımlar ve acil, cerrahi birimler altında değerlendirilmiştir. İlaslan ve Yıldırım Şişman'ın (2019) çalışmalarında en fazla karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinim miktarının bu çalışma ile uyumlu olarak dahili birimlerde olduğunu göstermişlerdir. Başka bir çalışmada, iş gücü sayısının az olması temel neden alındığında, en düşük oranda yoğun bakım ünitelerinde karşılanamayan bakım bildirilmiştir (Cho ve Yun, 2009). Castner ve arkadaşları da (2015) benzer şekilde en yüksek karşılanamayan bakım miktarının acil ünitelerinde, en düşük miktarın ise yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştiğini saptamışlardır. Bu bulguların gösterdiği gibi, karşılanamayan bakım miktarının temel belirleyicileri olan, iş güçü kaynakları ait özellikler, hastalara ait özellikler, hemşire/ hasta oranı, acil durum sıklığı gibi bir takım faktörler ile çalışılan kliniğe özgü özelliklerin birleşimi, karşılanamayan bakım miktarının farklı ünitelerde, farklı düzeylerde görülmesine neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel yayın takip etmeleri ile KHBG miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber mesleki yayın takip etmeyen hemşirelerin KHBG puan ortalaması, takip eden hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. İlgili alanyazında karşılanamayan bakım miktarı ile mesleki bilimsel yayın takip edilmesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir yayına rastlanmamıştır. Aydın ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen ve ebe ve hemşirelerin mesleki bilimsel araştırmalara ve bu araştırmaların sonuçlarının bakım uygulamalarında kullanılmasına yönelik tutumlarının

araştırıldığı çalışmada katılımcıların önemli bir bölümü düzensizde olsa mesleki sürekli bir yayını takip ettiğini, yarısından fazlası da bu yayınları takip etmekteki ilk sıradaki amaçlarının hastaya daha kaliteli bakım vermek olduğunu belirtmişlerdir. Mesleki bir yayını takip etmek hemşirelerin profesyonel gelişiminin en önemli göstergelerinden biridir. Mesleki yayınlar, hemşirelerin hemşirelik bakım uygulamalarındaki yeni gelişmelerden haberdar olmalarını ve öğrendikleri kanıta dayalı uygulamaları hasta bakımına aktarmalarını sağlamaktadır. Bu araştırmada bilimsel yayın takip eden hemşirelerin bildirdikleri gibi bilimsel yayınlardan elde edilen bilgiler karşılanamayan bakım miktarını azaltarak hemşirelik bakıp kalitesini arttırmakta dolayısıyla hasta çıktılarını iyileştirmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki bir örgüte üye olma durumları KHBG miktarı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Mesleki bir örgüte üye olan hemşireler (2,41), üye olmayan hemşirelere (2,59) göre daha düşük miktarda karşılanamayan bakım gereksinimi bildirmişlerdir. İlgili alanyazın incelendiğinde bu ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hemşirelerin mesleki bir örgüte üye olmaları mesleki anlamda sosyalleşmelerini sağlayarak, güncel bilginin ve deneyimlerin paylaşılması, mesleki güç oluşturma ve bu gücün geliştirdiği otonomi sayesinde meslekte bağımsızlaşmaya katkıda bulunmaktadır(Dikmen ve ark., 2016). Hemşirelik örgütleri hemşilik uygulamalarında rehberlik edecek bir takım kaynakların oluşturulması ve dolayısıyla hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasında da önemli rolleri olan örgütlerdir(Kuşaklı ve ark., 2019).Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılan ve mesleki bir örgüte üye olan hemşirelerde karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarının daha düşük olması, mesleki bir örgüte üye olmanın hemşirelik bakım kalitesi üzerine olumlu etkisin olduğu ve dolayısıyla karşılanamayan bakım miktarını azalttığı şeklinde yorumlanabilir.

5.2.4. KHBHN ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Çalışma ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile KHBHN puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan testte 25 ve altı yaş grubunun puan ortalamasının (2,26), 31-35 yaş grubunun puan ortalamasından (1,83) yüksek olduğu görülmüştür. En yüksek KHBHN puan ortalamasına sahip olan 25 ve altı yaş grubunda olan hemşireler, en önemli karşılanamayan bakım nedenleri olarak sırasıyla İ/EÇ (2,31), MK (2,30) ve İK'na (2,14)

ilişkin nedenleri belirtmişlerdir. KHBHN'in İGK ve MK alt boyutları ile yaş grupları arasında da anlamlı farklılık vardır. Her iki alt boyutta da 25 ve altı yaş grubunun puan ortalaması, 26-30 yaş grubu ve 31-35 yaş grubu puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Campbell ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmaya katılan ve yaş ortalaması 40 olan hemşirelerin, en yüksek oranda bildirdikleri karşılanamayan hemşirelik bakım uygulamalarının hasta isteklerine zamanında yanıt verme ve hasta ve yakınlarını duygusal ve psikolojik açıdan desteklemek gibi iletişim ile ilişkili uygulamaların olduğu belirtilmiştir. Aynı konuyla ilgili başka bir çalışmada hemşirelerin yaşı ile KHBHN alt boyutları arasında ilişki belirtilmemekle beraber, araştırmaya katılan ve yaş ortalaması 28 olan hemşirelerin, karşılanamayan bakım nedeni olarak sırasıyla İGK, İ/EÇ ve MK'na ilişkin nedenlerini bildirdikleri gösterilmiştir (Hernández-Cruz ve ark., 2017). Konu ile ilgili çalışmalar göstermektedir ki değişik yaş gruplarındaki hemşirelerin karşılanamayan bakım nedenlerinin önem sırası değişiklik göstermektedir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin "en önemli neden" olarak İ/EÇ'nı bildirmeleri, genç yaşlardaki hemşirelerin yaşlarından dolayı genel anlamıyla iletişim konusunda farklı bakış açıları ve davranış şekillerinin olması, hasta ve ekip üyeleri ile bu farklılıklardan dolayı iletişimde güçlükler yaşıyor olabileceklerine bağlı olabilir.

Katılımcılar cinsiyet ve medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde; KHBHN ve alt boyutları ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılılar bulunmamıştır. Bununla beraber bildirilen KHBHN miktarı bekarlarda evlilere göre, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. KHBHN alt boyutlarında ise dört alt değişkene ait olarak katılımcılar en önemli neden olarak İ/EÇ'na ilişkin nedenleri bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılanların KHBHN toplam puan ortalaması ile eğitim durumları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuş, yüksek lisans/doktora derecesine sahip hemşirelerin KHBHN toplam puan ortalamasının (2,53), lise mezunu olan hemşirelerin puan ortalamasından (1,94), önlisans mezunlarının puan ortalamasından (2,06) ve lisans mezunu olan hemşirelerin puan ortalamasından (1,99) daha yüksek olduğu görülmüştür. KHBHN alt boyutları puan ortalamaları ile eğitim durumu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuş, İGK ve MK'na ilişkin nedenlerin lisans üstü eğitimi olan hemşireler tarafından, lise, önlisans ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek miktarda "önemli bir neden" olarak bildirildiği görülmüştür.

İ/EÇ alt boyutunda ise aynı grubun puan ortalamasının, lise ve lisans mezunlarının puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde Çimen'in çalışmasında (2019) bu çalışmadan farklı olarak KHBHN toplam puan ortalaması ile İGK ve İ/EÇ alt boyutları puan ortalamaları, lise mezunu hemşirelerde önlisans ve lisans düzeyinde eğitimi olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer iki çalışmada ise bu çalışmaya benzer şekilde lisans mezunu hemşirelerin İGK ve MK'na ait nedenleri, daha düşük eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha fazla miktarda "önemli bir neden" olarak belirttikleri gösterilmiştir (Kalisch, 2009; Bragadottir ve Kalisch, 2018). Bu çalışmada eğitim düzeyi en yüksek olan hemşire grubunun en fazla karşılanamayan bakım nedeni bildiren grup olması dikkat çekicidir. Aynı grup, üç alt boyutta ilişkin nedenlerin birbirlerine yakın önemde olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum hemşirelerin akademik eğitim seviyesi yükseldikçe, mesleki bilgi birikimlerinin ve mesleki farkındalıklarının artması ile ilişkili olabilir. Eğitim seviyesi arttıkça hemşireler, olaylarla ilgili daha objektif neden sonuç ilişkisi kurulabilmekte, karşılanamayan bakım nedenlerini daha somut ortaya koyarak ifade edilebilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin KHBHN ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ile çalıştıkları hastane değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın kaynaklandığı hastaneyi belirlemek amacıyla yapılan testte özel hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamasının (2,40), üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamasından (2,02) daha yüksek olduğu görülmüştür. KHBHN'nin alt boyutları ile çalışılan hastane değişkeni arasında da anlamlı farklılık vardır. Yapılan test sonucunda özel hastanede çalışan hemşirelerin, İGKve MK'na ilişkin nedenleri eğitim araştırma hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek oranda "önemli bir neden", İ/EÇ'na ilişkin nedenleri ise özel hastanede çalışan hemşirelerin eğitim araştırma hastanesinde çalışanlara göre daha fazla oranda "önemli bir neden" olarak bildirdikleri görülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirdiği üç hastane içinde özel hastanede çalışan hemşireler; MK (2,50) ,İ/EÇ (2,40) ve İGK (2,34)'na ilişkin nedenleri birbirine yakın ve yüksek oranda önemli bir neden olarak belirtmişlerdir. İlaslan ve Yıldırım Şişman'ın bir üniversite hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada (2019), hemşirelerin KHBHN'nin nedeni olarak ilk sırada İGK'na ilişkin nedenleri önemli bir neden olarak belirtmişler, bunu sırasıyla MK ve İ/EÇ'na ilişkin nedenlerin izlediği görülmüştür. Akut bakım hastanelerinde

gerçekleştirilen ve karşılanamayan hemşirelik bakım miktarı ve nedenleri açısından hastanelerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, karşılanamayan bakım nedenlerinin araştırmanın yapıldığı hastanelerde benzer şekilde olduğu, belirtilme sıklığına göre nedenlerin İGK'na, MK'na ve İ/EÇ'na ilişkin nedenler şeklinde sıralandığı bildirilmiştir (Kalisch ve ark, 2011). Çimen'in (2019) çalışmasında ise hasta yoğunluğunun ve komplike bakıma gereksinimi olan hasta sayısının fazla olduğu hastanede iletişim ve malzeme kaynaklarına ait nedenlerin daha fazla bildirildiği belirtilmiştir. Benzer bir çalışma bir eğitim araştırma hastanesinin hemşire yöneticileriyle yapılmış ve iş gücüne ilişkin nedenlerin karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri arasında ilk sırada bildirildiği gösterilmiştir (Dehghan-Nayeri ve ark., 2018). Carthon ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerin çalışma ortamları açısından iyi, orta ve kötü olarak nitelendirdikleri üç grup hastanede yaptıkları çalışmada her üç grup hastanede en sık karşılanamayan bakımın hastayla konuşmak ve onu rahatlatmak olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada magnet hastanelerde çalışan hemşirelerin KHBHN'nin İ/EÇ ve İGK alt boyutlarına ilişkin nedenlerin, magnet olmayan hastanelere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Kalisch ve Lee, 2012). Ilgili alanyazın incelendiğinde hastane özelliklerinin karşılanamayan bakımın nedenleri ve nedenlerin önem sırası üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmada özel hastande çalışan hemşirelerin üç alt boyut nedenlerini birbirlerine yakın oranda "en önemli neden" olarak bildirmelerinin nedeni, özel hastanelerin kurumsallaşmalarının yetersiz olması, çalışan hemşire sayısının ve niteliğinin diğer gruplardaki hastanelere göre daha düşük olması, özel hastanelerde personel devir hızının daha yüksek olması ve bunun doğurduğu hizmetin sürekliliğinin aksaması ve iletişimde yaşanan zorluklar olabilir. Ayrıca özel hastaneler kar amaçlı kuruluşlar olduğu için iş gücü kaynaklarının ve malzeme kaynaklarının sınırlı kullanılması nedeniyle karşılanamayan bakımda alt boyuttaki bütün nedenlerin etkisi söz konusu olabilmektedir.

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile KHBHN ve alt boyutları karşılatırıldığında; KHBHN toplam puan ortalaması ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı faklılık bulunmuş, 1-2 yıl arası çalışma süresi olan hemşirelerin puan ortalamasının (2,23), 3-5 yıl (2,22) ve 6-10 arası çalışma süresi olanlardan (1,79) daha yüksek olduğu görülmüştür. Meslekte çalışma süresi ile KHBHN alt boyutları arasında da anlamlı farklılık vardır.1-2 yıl arası çalışma süresi olanlar İGK'na ilişkin nedenleri 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü çalışma süresi olanlara göre daha fazla, 3-5 yıl arası deneyime

sahip olan grup 6-10 arası deneyime sahip olan gruba göre daha fazla "önemli bir neden" olarak bildirirken, İ/EÇ ve MK'na ilişkin nedenleri 1-2 yıl ve 3-5 yıl çalışma süresi olan hemşireler, 6-10 yıl çalışma süresi olanlara göre daha fazla miktarda"önemli bir neden" olarak bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla beraber yapılan çalışmalarda hemşirelerin deneyiminin KHBHN ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Kalisch, 2015; Önal, 2019). Bu çalışmada da benzer şekilde mesleki deneyimin bakım nedenleri üzerine etkili olduğu ve daha az deneyime sahip hemşirelerin daha fazla neden bildirdikleri görülmüştür. Bu durumun nedeni, deneyimi az hemşirelerin, hemşirelik bakım süreci çerçevesinde karşılanamayan bakım nedenlerinin önceliklerini belirlemede, sorun analizi yaparak ana nedeni ortaya çıkarma konusunda yetersizlik yaşamaları olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma saatleri ile KHBHN ve alt boyutları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber, 8-16 saatleri arasında sürekli gündüz çalışan hemşirelerin KHBHN toplam puan ortalaması, karma vardiya ve 24 saatlik vardiyada çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sadece gündüz çalışan hemşireler İ/EÇ ve MK'na ilişkin daha fazla neden bildirirken, 24 saatlik vardiyayla çalışan hemşireler daha çok İGK ile ilgili neden bildirmişlerdir. Gündüz vardiyasında yapılan işlerin çeşitliliğinin fazla olması ve hasta yoğunluğu nedeniyle daha fazla malzeme gerekmekte ve malzeme kaynaklarına bağlı olarak bakımın aksaması söz konusu olabilmektedir. Ayrıca gündüz vardiyasında ekibin tüm üyeleriyle birlikte çalışılması söz konusu olduğundan iletişim başta olmak üzere çeşitli konularda daha fazla problem yaşanabilmektedir. 24 saatlik vardiyalarda ise hem çalışma süresinin uzunluğu hem de hasta/hemşire oranındaki değişiklikler hasta bakım uygulamalarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışılan birim ile KHBHN toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber cerrahi birimlerde çalışanların toplam ve üç alt boyuta ait puan ortalamalarının dahili birimlerde çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. İlaslan ve Yıldırım Şişman'ın çalışmasında (2019) bu çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur. Çimen'in çalışmasında farklı olarak dahili birimlerde çalışan hemşirelerin KHBHN toplam puan ortalaması ve İGK alt boyutu puan ortalamasının, cerrahi birimlerde çalışanlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Çimen, 2019). Kalisch ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise nefroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakımda çalışanlara göre İ/EÇ alt boyutuna

ilişkin daha fazla neden bildirdikleri gösterilmiştir (Kalisch ve ark., 2009b). İlgili çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaya benzer ve farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Cerrahi birimler özellikleri gereği hastaların durumlarının çok kısa sürede değiştiği ve bu nedenle bakım planlarının çok sık güncellenmesi gereken birimlerdir. Ayrıca hastaların daha komplike bakım gerektirmeleri hemşire iş yükünü arttıran bir faktör olmasının yanında, bakım için gerekli özellikli malzemelere ihtiyaç doğurmakta ve mükemmel bir ekip çalışması gerektirmektedir. Buna bağlı olarak cerrahi birimlerde yetersiz iş gücü, malzeme kaynakları ve iletişimde yaşanan sorunlar bakımın karşılanamamasının önemli nedenleri olabilmektedir.

Bu araştırmada meslekleri ile ilgili bilimsel yayın takip eden hemşirelerin KHBHN toplam puan ortalamaları (2,18), etmeyenlere (1,94) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İGK, İ/EÇ ve MK alt boyutlarında da anlamlı farklılık vardır. Herhangi bir mesleki örgüte üye olma değişkeni değerlendirildiğinde, hemşirelerin KHBHN toplam puan ortalaması ve alt boyutlara ilişkin puan ortalaması ile arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bilimsel yayın takip eden hemşirelerin, etmeyenlere göre ortalama puanlarının yüksek olduğu ve en fazla miktarda İ/EÇ'na ilişkin nedenlerin bildirildiği görülmüştür. İlgili alanyazında bu ilişkiyi arayan bir çalışmaya rastlanmamıştır.Bilimsel yayın takip eden hemşirelerin güncel gelişmeleri takip ederek yeni bakım uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu bilgiler ışığında kanıta dayalı uygulamaları hasta bakımına yansıtmaları mümkün olmaktadır. Bilgi birikiminin artması farkındalığı arttırarak, neden sonuç ilişkisinin daha sağlıklı kurulmasını ve böylece karşılanamayan bakım nedenlerinin daha somut olarak ortaya koyulmasını sağlayabilmektedir.

5.3. Atalet Ölçeği ile Karşılanamayan Bakım Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada atalet toplam puan ortalaması ile ÖA alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta (r = 0,516; $p < 0,001$), DA alt boyutu puan ortalaması ile pozitif yönlü yüksek (r = 0,861; $p < 0,001$), ÖA alt boyutu puan ortalaması ile DA alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf (r = 0,128; $p < 0,05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Alanyazında bireyin eylemsizlik hali olarak tanımlanan bireysel atalet,iki aşamada oluşmaktadır. Birinci aşama bireyin çevresinde olup bitenlere kayıtsız kaldığı, değişimleri ve bu değişimler karşısında ne yapması gerektiğini farkedemediği aşamadır.

İkinci aşamada ise birey ne yapması gerektiğini bilmekte ama yapması gerekenleri ihmal etme ve sürekli erteleme eğilimindedir (Soysal, 2010), belirlenmiş amacı gerçekleştirmek için neler yapması gerektiğini, yapmadığı durumda ne tür olumsuzlukların ortaya çıkacağını bildiği halde buna rağmen eyleme geçememektedir (Karataş, 2011). Bilgi ataletinin öğrenme ataleti aşamasında olan kişi karşılaştıkları sorunların çözümü için yeni bilgiler öğrenmeyi reddetmektedir. Karşılaştığı sorunların çözümünde eski bilgi ve deneyimlerinin yeterli olacağına inanarak ısrarla onları kullanmaktadır. Bu durum da deneyim ataleti olarak isimlendirilmektedir (Liao ve ark., 2008). Sonuçta bilgi ve deneyim ataleti birbirini takip etmekte ve etkilemektedir. Bu araştırmada atalet, öğrenme ataleti ve deneyim ataleti arasında bulunan pozitif ilişki bu sonucu desteklemektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde atalet, DA, ÖA arasındaki ilişkiyi gösteren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bununla beraber Atalay (2013) çalışmasında, deneyim ataletinin, bilgi ataletinden daha yüksek düzeyde olduğunu ve deneyim ataletinin atalet üzerinde daha etkin rol oynadığını bildirmiştir. Benzer şekilde Eroğlu va Alga (2019) üniversite çalışanlarıyla yaptıkları bir çalışmada; atalet, öğrenme ve deneyim ataleti arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Örgütsel öğrenme ve inovasyonun ataletle ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada öğrenme ve deneyim ataleti arasında negative yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Liao ve ark., 2008). Bireyin yeni bilgiler öğrenmeyi reddetmesi, yeni deneyimler kazanmasını da engellemekte ve kişi karşılaştığı sorunları önceden edindiği bilgi ve deneyimlerini kullanarak çözmekte ısrar etmekte ve sorunların çözümü için eski deneyimlerin daha uygun olduğunu düşünmektedir. Dolayısıyla yeni bilgiler öğrenme reddedildikçe, yeni deneyimlerin oluşması da mümkün olmamaktadır. Bu iki durum arasında birbirini arttıracak şekilde bir ilişki söz konusu olmaktadır.

Bu araştırmada KHBG puan ortalaması ile KHBHN puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf ilişki (r = -0,201; p < 0,001), KHBHN alt boyutları olan İGK (r = -0,302; p < 0,001) ve MK(r=-0,206; p<0,001) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, İ/EÇ puan ortalaması ile negatif yönde çok zayıf ilişki tespit edilmiştir. Bu konu ile ilgili alanyazın incelendiğinde karşılanamayan bakımı miktarı ve nedenleri arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışma rastlanmıştır. Konu ile ilgili olarak ABD ve Türkiye'de çalışan hemşirelerin karşılanamayan bakım miktarı ve nedenleri açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada Türkiye'de çalışan hemşirelerin daha az miktarda karşılanmayan bakım, daha fazla miktarda neden bildirdikleri, bunun

nedeninin de Türkiyede bakım hatalarının bildirilmesinden çekinilmesi, etik sorunlar, veya akreditasyon sorunlarından kaynaklanıyor olabileceği belirtilmektedir(Kalisch ve ark., 2012b). Önal tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada (2019) hemşirelerin karşılayamadıkları bakım miktarı ile nedenleri ve İ/EÇ ve İGK arasında pozitif bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada, ilgili kaynaklara yeterince ulaşamamak, yöneticilerin bu konudaki tutumları gibi bir takım yönetsel faktörlerin hemşirelik bakımını etkilediği belirtilerek, karşılanamayan hemşirelik bakımının temel nedenlerinin, çalışan sayısının az olması, vardiyalara göre değişen iş yükü ve ekip içi desteğin yetersizliği olarak belirtilmiştir (Henderson ve ark., 2016). KHBG puan ortalaması hasta bakımında planlandığı halde çeşitli nedenlerle uygulanamayan bakım miktarını göstermektedir. Dolayısıyla karşılanamayan bakım miktarı ve neden miktarının paralellik göstermesi beklenir. Bu çalışmada karşılanamayan bakım miktarı ile belirtilen nedenler miktarı arasında negatif bir ilişki olması, karşılanamayan bakımın tam olarak raporlanmadığını ya da nedenlerinin tam olarak bildirilmediğini düşündürmektedir.

KHBHN ile alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; KHBHN toplam puan ortalamsı ile İGK (r = 0,815; $p < 0,001$), İ/EÇ (r = 0,954; $p < 0,001$) ve MK (r = 0,874; $p < 0,001$) arasında pozitif yönde çok yüksek ilişki olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla beraber, yapılan bir çalışmada iş gücüne ilişkin nedenlerin en yüksek oranda bildirilen neden olduğu, sırasıyla en fazla miktarda hasta bakım gereksinimlerinin artması, çalışın sayısının azlığı ve acil durumlar nedenlerinin bildirildiği gösterilmiştir (Moreno-Monsiváis ve ark., 2015). Blackman ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) çalışan sayısının azlığı ve malzeme yetersizliğinin sağlık hizmetlerinde verimsizliğe yol açarak hasta bakımını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bu bulgular ışığında alt boyutları oluşturan nedenlerin toplam nedeni oluşturmada biribirine yakın düzeyde etkili olduğu, araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik bakımını gerçekleştirememe nedeni olarak alt boyutları oluşturan nedenleri birbirlerine yakın şekilde “önemli bir neden” olarak gösterdikleri görülmektedir.

KHBHN’nin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; MK ile İGK (r = 0,651; $p < 0,001$) ve İ/EÇ ile İGK (r = 0,640; $p < 0,001$) ve MK (r = 0,771; $p < 0,001$) arasındapozitif yönde yüksek ilişki saptanmıştır. Kalisch ve Williams’ın (2009) konu ile ilgili çalışmalarında çalışanlar arasındaki zayıf iletişimin karşılanamayan bakımın önemli nedenlerinden biri olduğunu belirmektedir. İletişim ile ilgili yaşanan sorunlar

ekip çalışmasının verimliliğini de etkilemektedir.Hemşirelik bakım hizmetleri ekip halinde verilen hizmetlerdir. Hemşirelik bakımı hizmetlerinin ekip çalışması temelli verilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından oldukça önemlidir (Institute of Medicine, 2000). İletişim başta olmak üzere ekip çalışması ile ilgili yaşanan sorunlar hasta sonuçlarını ve hasta bakımını etkilemektedir (Bragadóttir ve ark. 2017).

Hemşirelik hizmetlerinde malzeme kaynaklarının yeterli olaması yeterli ve kaliteli hemşirelik bakımı için her zaman tek başına yeterli olmamaktadır. Çalışanların mevcut araç gereci tam, doğru ve etkili bir şekilde kullanabilmeleri konusundaki bilgi ve deneyimleri de önemlidir. Bununla beraber malzeme kaynakları ile ilgili sınırlılıklar, iş gücü sayısı yeterli olsa bile yapılan iş miktarını azaltabilmekte, bakım uygulamalarında aksamalara neden olabilmektedir. Çalışan sayısı arttıkça görev ve rol dağılımıyla ilgili sorunların artması, iletişim kurulacak kişi sayısının artması, ayrıca var olan malzemenin uygun paylaşımı ve etkin kullanımıyla ilgili nedenler de iletişim ile ilgili sorunların artmasına neden olabilmektedir.

Bu araştırmada Atalet toplam puan ortalaması, ÖA alt boyutu ve DA alt boyutu puan ortalamaları ile KHBG puan ortalaması, KHBHN toplam puan ortalaması ve İGK, İ/EÇ, MK alt boyutları puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır. Bununla beraber katılımcıların atalet durumlarının orta düzeyde bulunduğu bu çalışmada hemşireler, karşılanmayan bakımın en önemli nedeni olarak en fazla İ/EÇ'na ilişkin nedenleri bildirmişlerdir. İlgili alanyazın incelendiğinde kişilerdeki atalet durumunun iletişimi etkilediği görülmektedir. Özellikle birey, ruhsal, duygusal ve entellektüel yapısını etkileyen bir atalet içinde olduğunda, yaşam enerjisini kaybetmesi, kendisini çevresinden soyutlaması, depresif bir ruh hali içine girmesi ve dolayısıyla çevresiyle iletişiminin bozulması ve iletişim sorunları yaşaması söz konusu olmaktadır (Soysal, 2010). Atalet örgütsel düzeyde var olduğunda, örgütsel iletişimin ve eşgüdümün bozulmasına neden olmakta, başarısızlık ve verimsizliği beraberinde getirmektedir (Türkan ve Esmer, 2019). İletişimi olumsuz etkileyen diğer bir durum ataletle karşılıklı etkileşim halinde olan tükenmişlik durumudur.Tükenmişlikte bireylerin yaşadıkları duyarsızlaşmanın temelinde insan ilişkileri yattığı gibi, duyarsızlaşma, iletişimde sorunların yaşanmasına yol açmaktadır. Bu nedenle tükenmişlik daha çok yüzyüze insanlara hizmet verilen meslekleri yapanlarda ortaya çıkmaktadır (Maslachve Goldberg, 1998). Hemşirelerin içinde bulundukları atalet ve tükenmişlik, ekip üyeleri, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim sorunları yaşamalarına neden olabilmekte ve bunun

sonucunda hasta bakım kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir.Tükenmişlik, kişinin işinde kendini başarısız hissetmesine neden olarak, işten ayrılma niyetini ve işten ayrılmaları arttırmaktadır (Başar, 2020). Personel devir hızının artması, deneyimli personelin işten ayrılmasıyla beraber bakımın sürekliliğini olumsuz etkilemekte ve çalışan sayısındaki azalma kalan personelin iş yükünü arttırmaktadır. Hemşire iş yükünün artması karşılanamayan bakımın önemli nedenlerinden biridir (Stimpfel ve ark., 2012). Bir başka çalışmada Liao ve arkadaşları (2008) bilgi ataletinin, örgütsel öğrenme ve örgütsel inovasyon üzerindeki etkisini araştırmış ve bilgi ataletinin örgütsel öğrenme ve inivasyonu olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Hemşirelerin yeni bilgiler öğrenmeyi reddetmesi, eski deneyimlerini kullanmakta ısrarcı olmaları yani bilgi ataleti içinde olmaları, hasta bakımı için yeni teknikleri, teknolojileri, araç gereçleri kullanmalarının önünde bir engel oluşturacaktır. Hasta bakımı için gerekli olan malzeme kaynaklarının yetersizliğinin yanında , mevcut olan araç gereçleri verimli kullanmak için gerekli olan bilginin eksikliği ve bu bilginin atalet nedeniyle edinilmemesi nedeniyle hasta bakım kalitesinin önemli derecede olumsuz etkilemesi söz konusu olabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet düzeylerini, kaşılanamayan hemşirelik bakımı düzeylerini ve nedenlerini, bu düzeyler arasındaki ilişkiyi belirlemek ve çeşitli değişkenlerle karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmanın sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının 31 olduğu, çoğunun kadın, bekar ve lisans düzeyinde eğitime sahip oldukları bulunmuştur. Hemşirelerin, çoğunluğu devlet üniversitesi hastanesinde, gece ve gündüz 8-16-24 saat ve dahili birimlerde çalışmaktadır. Çoğunluğunun mesleki deneyimi 10 yıldan fazla, çoğu meslekleri ile ilgili bir bilimsel yayın takip etmemektedir ve mesleki bir örgüte üye değildir.

Hemşirelerin “atalet ölçeği” genel puan ortalaması, “öğrenme ataleti” ve"deneyim ataleti” alt boyutları puan ortalamaları orta düzeydedir. “Deneyim ataleti” alt boyutunun puan ortalamasının, “öğrenme ataleti” alt boytunun puan ortalamsından daha yüksek olduğu görülmüştür. Karşılanamayan bakım ölçeğinin;“karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri” ve “karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri” bölümlerinin genel puan ortalamaları orta düzeyin üstünde bulunmuştur. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinden “iletişim/ekip çalışması” alt boyutunun puan ortalaması orta düzeyin üzerinde, “iş gücü kaynakları” ve “malzeme kaynakları” alt boyutları puan ortalamaları ise orta düzeyin altındadır.

Atalet ölçeğinin öğrenme ataleti alt boyutunun puan ortalaması erkelerde ve meslekle ilgili bir bilimsel yayın takip etmeyen hemşirelerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ile katılımcıların yaşı, çalıştıkları hastane, deneyim süreleri ve mesleki bir örgüte üye olma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuş, en fazla karşılanamayan bakım gereksinimi bildirenlerin;36 ve üstü yaş grubunda olanlar, sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanesinde çalışanlar, çalışma süresi 6-10 yıl arasında olanlar ve mesleki bir örgüte üye olamayanların olduğu görülmüştür. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerinin genel puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, çalıştıkları hastane, mesleki deneyim süreleri, meslekle ilgili bilimsel bir yayın takip etme ve mesleki bir örgüte üye olma durumları arasında

anlamlı farklılık bulunmuştur. 25 ve altı yaş grubunda bulunanların, yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitimi olanların, özel hastanede çalışanların, meslekte çalışma süresi 1-2 yıl arası olanların, mesleki bir bilimsel yayın takip edenlerin ve mesleki bir örgüte üye olmayanların daha fazla karşılanamayan bakım nedeni bildirdiği görülmüştür. Karşılanamayan bakım hizmetleri nedenlerinin alt boyutları puan ortalamaları ile katılımcıların yaşları, eğitim düzeyleri, çalıştıkları hastane, mesleki deneyim süreleri ve mesleki bir bilimsel yayın takip etme durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. 25 ve altı yaş grubunda olanlar, yüksek lisans ve doktora eğitimi olanlar, özel hastanede çalışanlar, çalışma süresi 1-2 yıl arasında olanlar ve mesleki bir bilimsel yayın takip edenler karşılanamayan bakım nedeni olarak çoğunlukla iş gücü kaynaklarına ilişkin nedenleri bildirmişlerdir.Yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitimi olanların, özel hastanede çalışanların, mesleki deneyim süreleri 3-5 yıl arasında olanların ve mesleki bir bilimsel yayın takip edenlerin karşılanamayan bakım nedeni olarak çoğunlukla iletişim/ekip çalışmasına ilişkin nedenleri bildirdikleri görülmüştür. 25 ve altı yaş grubunda olanlar, yüksek lisans ve doktora eğitimi olanlar, özel hastanede çalışanlar, çalışma süresi 3-5 yıl arasında olanlar ve mesleki bir bilimsel yayın takip edenler karşılanamayan bakım nedeni olarak çoğunlukla malzeme kaynaklarına ilişkin nedenleri bildirmişlerdir.

Bu çalışmada karşılanamayan bakım ölçeği bölümleri ve alt boyutları ile atalet ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Atalet ile öğrenme ve deneyim ataleti puan ortalamaları arasında ve alt boyutların kendi aralarında puan ortalamaları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. En yüksek ilişki atalet ile deneyim ataleti puan ortalamaları arasındadır. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ile karşılanamayan bakım hizmetlerinin nedenleri ve iş gücü kaynakları, iletişim/ekip çalışması ve malzeme kaynakları puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki, alt boyutlardan iletişim/ekip çalışması alt boyutu puan ortalaması ile iş gücü ve malzeme kaynakları, malzeme kaynakları ile iş gücü kaynakları puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu çalışmada hastanelerde çalışan hemşirelerde orta düzeyde atalet bulunmuştur. Ataletin bireysel ve örgütsel olumsuz sonuçlarının önlenmesi için bir takım önlemlerin

alınması önemlidir. Atalet ortaya çıkmadan gerekli önlemleri almak, erken düzeyde tanımlamak, atalet geliştikten sonra olumsuz sonuçlarını düzeltmekten daha kolay ve daha az maliyetlidir. Atalet aşamalar halinde ve sinsi gelişen bir durum olduğundan, erken belirtilerini tanımak önemlidir. Hemşirelerin, ataletin ne olduğu, belirtileri ve bireysel ve örgütsel bedelleri hakkında bilgilendirilmeleri olası bir atalet durumunda erken tanının konulması açısından büyük önem taşımaktadır. Başta yönetici hemşireler olmak üzere, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları birbirlerinde gelişebilecek atalet durumunu farketmek ve tanımlayabilmek için tarafsız gözlem yapma becerilerini geliştirmelidirler. Bu durumda eylemsizlik probleminin adını koymak, ataleti görünür kılmak ve ataletin nedenlerinin çoğunlukla içsel sebepler olduğunu bilerek haraket etmek önemlidir. Hemşirelere eylemsizliklerine neden olan iç engellerinin neler olduğunu göstermek, gerçekleştirilebilir yeni amaçlar edinmelerini sağlamak, gerektiğinde profesyonel destek almak için yönlendirilmeleri ataletlerini yenmelerine yardımcı olabilir.

Yapılan çalışmalar bir çok durumun (tükenmişlik, cam tavan sendromu gibi) ataletle karşılıklı neden sonuç ilişkisini ve etkileşim içinde olğunu göstermektedir.Bu nedenle hemşirelerde gelişebilecek bir atalet durumunu engellemek için bu gibi durumlarla da mücadele edilmesi gerekmektedir. Hemşirelerde tükenmişliğe neden olan aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, rol belirsizliği gibi durumlara karşı gerekli olan tedbirlerin alınması, tükenmişliğin erken belirtililerinin bilinmesi ve görünür kılınması önem taşımaktadır. Cam tavan sendromunun önüne geçmek için hemşirelerin kariyer basamaklarında toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak önemlidir. Bu doğrultuda sağlık hizmeti sunan bütün kurumların yöneticileri özellikle hemşirelik hizmetlerinin tüm basamaklarında yer alan hemşire yöneticilerin, kurumlarında hemşirelerde atalete, tükenmişliğe ve cam tavan sendromuna karşı gerekli önlemlerin alınması için yöneticilikten kaynaklanan haklarını kullanarak gerekli tedbirleri almaları ve alınmasını sağlamaları önerilebilir.

Ataletin önüne geçmek sürekli öğrenmenin sürdürülmesiyle mümkün olmaktadır. Hemşirelerin bireysel atalet ve hizmet sundukları örgütün örgütsel atalet içine girmesini engellenemek için, hemşirelerin öğrenciliklerinden başlayan mesleki ve kişisel eğitimlerini, çalışma hayatında ve yaşam boyu devam ettirmeleri, değişime uyum sağlanmak için çok önemlidir. Bu nedenle lisans eğitim öğretim müfredat programlarından başlayarak, işe başlama/oryantasyon eğitimleri, çalışma hayatı

boyunca gerekli olan periyodik eğitimlerin planlanması, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, hemşirelerin sürekli ve kendi kendine öğrenme konusunda bilinçlendirilmeleri ve teşvik edilmeleri önerilebilir. Hemşirelikte girişimciliğin desteklenmesi, mesleki bilimsel yayınların izlenmesi için gerekli desteğin verilmesi, hemşirelikte bilimsel araştırmaların yaygınlaştırılması ve araştırmalar sonucunda bulunan kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik hizmetlerine ve hasta bakımına yansıtılması, sürekli öğrenmenin sonuçlarının görünür olmasını sağlayarak hemşirelerin motivasyonu arttırabilir.

Bu çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakım miktarı ortalamanın üzerinde bulunmuş ve karşılanamayan bakımın nedenlerinin iletişim/ekip çalışması başta olmak üzere çok çeşitli nedenleri olduğu görülmüştür. Atalet içindeki kişilerin iletişim konusunda da sorunlar yaşadığı düşünüldüğünde, iletişimin iyileştirilmesi çalışmaların içerisine atalet ile mücadele çalışmalarıda dahil edilmelidir. Sağlık ekibi içerisindeki iletişim ve diğer nedenlerden kaynaklanan ve hasta bakımına olumsuz yansıyan sorunların çözümünde; ekibi oluşturan kişilerin görev, rol ve sorumluluklarının çerçevesinin çizilmesi önemlidir.

İş gücüne ait sorunlar karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli nedenleri arasındadır. Kabul edilebilir düzeyde hasta/hemşire oranlarının sağlanması ve nitelikli hemşirelik personelinin yetişmesi için gerekli politikalar geliştirilmeli ve uygulamaya ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemelerin her aşamasında hemşirelerin var olması sağlanmalıdır. Ani gelişen hasta yoğunluğunda artış, afet gibi durumlarda hemşirelik bakımının kalitesinin sürdürülebilirliği için gerekli düzenlemelerin yapılıp hayata geçirilmesi sağlanabilir. Ayrıca kurumun ve hastaların özelliklerine uygun hemşirelik bakım sunum yönteminin belirlenmesi karşılanamayan bakım miktarının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Hemşirelerin hemşirelik hizmeti sunumunda ve hasta bakımında gerekli olan araç gereç sıkıntısı yaşamaması için gerçekçi planlamaların yapılması, var olan araç gereçlerden adil yaralanma olanağının sağlanması önemlidir. Hemşireler, teknolojik gelişmelere paralel olarak geliştirilen yeni cihazların ve aletlerin kullanılması konusunda gerekli eğitimleri almalı, bakım için yeni araç, alet ve yöntemleri geliştirmeli ve böylece hemşirelik bakım kalitesinin artması ve karşılanamayan bakım miktarının azaltılması için bu anlamda desteklenmelidirler.

İlgili alanyazın incelendiğinde hemşirelerde ataletin araştırıldığı çok sınırlı sayıda, karşılanamayan hemşirelik bakımıyla ilgili az sayıda araştırma olduğu, bu ikisinin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Hemşirelerde var olan ataletin, bakımın kalitesi etkilemesi ve dolayısıyla hasta güvenliği, hasta çıktıları ve çalışan çıktıları üzerine etkisi düşünüldüğünde bu tür çalışmaların artması ataletin ve hasta bakımına olan etkisinin görünür olması açısından önemlidir. Bu konuda yapılan araştırmaların sonuçları ayrıca hemşirelerin performans değerlendirmelerinde kullanılabilir. Bu doğrultuda hemşireliğin bilimsel bilgi birikimine katkıta bulunacak bu tür çalışmaların sayısının artması, nicel, nitel ve karma araştırma yöntemleriyle, daha fazla sayı ve çeşitlilikte örneklem gruplarıyla yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ahrne, G. ve Papakostas, A. (2001). *Inertia and inovation.* Stockholm: SCORE (Stockholm Center for Organizational Research).

Akdemir, B., ve Duman, M. Ç. (2017). Kadın çalışanların performansında cam tavan sendromu engeli. *International Journal of Academic Value Studies*, *3*(15), 517-526.

Akduru, H.E. (2020). Türk kamu personelinde atalet üzerine bir alan araştırması. *International Social Sciences Studies Journal*, *6*(58),1207-1217

Altıok, H. Ö., Şengün, F. ve Üstün, B. (2011). Bakım: kavramanalizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *4*(3), 137-140.

Artero-López, C., Márquez-Hernández, V. V., Estevez-Morales, M. T. ve Granados-Gámez, G. (2018). Inertia in nursing care of hospitalised patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(7-8), 1488-1496.

Atalay, M. (2013). *Kurumsal ataletin yabancılaşma ve işten ayrılma niyetine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.

Aydın, B. (2006). *Öğrenilmiş çaresizliğin yordanması ve yaşam başarısı ile ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi, Mersin.

Aydın, Y., Adıgüzel, A. ve Topal, E. A. (2015). Ebe ve hemşirelerin bilimsel çalışmalara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*, *1*(4), 168-175.

Bakan, İ., Sezer, B. ve Kara, C. (2017). Bilgi yönetiminin örgütsel çeviklik ve örgütsel atalet üzerindeki etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *7*(1), 117-138.

Balanuye, B. (2014). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

Balkıs, M. ve Duru, E. (2012). The direct and indirect role of self esteem and procrastination in the relation to fear of failure and self worth. *Journal of Human Sciences*, *9*(2), 1075-1093.

Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., ...RN4Cast Consortium. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 78*, 10-15.

Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S. G. ve Stanton, P. (2012). Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labor, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1567-1578

Barutçu, E. ve Çöllü, B. C. (2020). Öğrenilmiş çaresizlik ile motivasyon arasındaki ilişki: Pamukkale Üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *25*(1), 1-13.

Başalan İz, F. ve Bayık Temel, A. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlik. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *17*(17), 51-58.

Başar, U. (2020). Hemşirelerde tükenmişlik sendromu: Nedenleri, sonuçları ve önleyici stratejiler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2*(7), 303-309.

Başar, U. ve Basım, N. (2016). A cross-sectional survey on consequences of nurses' burnout: Moderating role of organizational politics. *Journal of Advanced Nursing, 72*(8), 1838-1850

Bayram, A. (2020). Bankacılık sektörü çalışanlarında örgütsel ataletin tükenmişlik üzerindeki etkisi. *Uluslararası Batı Karadeniz Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi*, *4*(1), 28-42.

Beyaz Erkızan, H. N. (2012). *Aristoteles' ten Nussbaum'ainsan*. Bursa:Sentez Yayıncılık.

Bilgin, N., Özmen, D. ve Bolat, E. (2019). Mıknatıs hastanelerin hemşire sonuçlarına etkisi: sistematik derleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3*(6), 238-248.

Birol, L. (2011). *Hemşirelik süreci* (10. Basım). İzmir: Dumat Ofset Matbaacılık Ltd Şti.

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

Blackman, I., Lye, C. Y., Darmawan, I. G. N., Henderson, J., Giles, T., Willis, E., ... Verrall, C. (2018). Modeling missed care: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*(3), 178-188.

Bombuwela, P. ve Alwis, A. A. (2013). Effects of glass ceiling on women career development in private sector organizations-case of Sri Lanka. *Journal of Competitiveness*, *5*(2), 3-19.

Bonsall, K. ve Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(7), 1090-1102.

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.

Budak, G. ve Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *20*(2), 95-108.

Cambridge University Press. (2021). *Cambridge türkçe- ingilizce sözlük*. Erişim 17 Mart 2021, https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce-t%C3%BCrk%C3%A7e/miss

Campbell, C. M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C. V., Baernholdt, M., Jones, T. ve Patrician, P. A. (2020). Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management*, *28*(8), 2174-2184.

Caranto, L. C. (2015). Coalescing the theory of Roach and other truthseekers. *International Journal of Nursing Science*, *5*(1), 1-4.

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 Quality & Safety*, *24*(4), 255-263.

Castner, J., Wu, Y. 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.

Chen, C. A. (2014). Revisiting organizational age, inertia, and adaptability: Developing and testing a multi-stage model in the nonprofit sector. *Journal of Organizational Change Management*.*27*(2), 251-272.

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.

Cho, S. H. ve Yun, S. C. (2009). Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: cross-sectional analysis of survey and administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(8), 1092-1101.

Clair, DS. (2008). *A study of innovation in collegiate business education, graduated school od education and psychology*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Pepperdine University, Malibu.

Clifton, J. M. ve Roberts, L. A. (2016). Innovation in faculty practice: a college of nursing and juvenile justice collaboration. *Journal of Professional Nursing*, *32*(2), 94-99.

Cortis, J. D. ve Kendrick, K. (2003). Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics*, *10*(1), 77-88.

Craven R.F. ve Hine C.J.(2000) *Fundamentals of nursing human health handfunction* (Third Edition). Philadelphia: Lippincott Company.

Çankaya İ.H. (2010). İlköğretim okul yöneticilerinin vicdan odaklı yaklaşım düzeyleri ile atalet algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, *11*(2), 65-74.

Çankaya, İ. ve Demirtaş, Z. (2010). Öğretmen adaylarının görüşlerine göre üniversite iklimi ve atalet arasındaki ilişki. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *28*(28), 1-9.

Çapri, B. (2006). Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *2*(1), 62-77.

Çavuş, M. F. ve Pekkan, N. Ü. (2017). Bilgi ataletinin karar verme tarzına etkisi: Adana ilinde bir uygulama. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 1*(16), 563-576.

Çepikkurt, F. ve Yazgan, İ. B. (2012). Mükemmeliyetçilik ve başarı hedeflerinin hentbolcuların müsabaka öncesi yaşadıkları durumluk kaygıyı belirlemedeki rolü. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, *10*(2), 43-51.

Çelik, M. Y. (2019). Orem'in öz bakım eksikliği kuramıve bu kurama göre sağ ayak bileğive pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*, *29*(3), 99-104.

Çıraklı, Z., ve Sayım, F. (2009, Mart). *Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde kalite yönetim sistemlerinin maliyet fayda, maliyet etkililik analizi göstergelerinin incelenmesi*. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, Antalya.

Çiçeklioğlu, H. (2020). Örgütsel değişim ve değişim yönetimi. *Örgütsel davranış* içinde. İstanbul: Beta Yayınevi.

Çimen, A. (2019). *Trakya bölgesindeki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin karşılamayadıkları bakım ve nedenleri.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.

Daronkolaee, E. N., Hojjat, M. B. ve Bakjtiari, M. (2012). A survey of man's alienation in modern world: Existential reading of Sam Shepard's Buried Child and True West. *International Journal of Humanities and Social Science*, *2*(7), 202-209.

Dehghan-Nayeri, N., Shali, M., Navabi, N. ve Ghaffari, F. (2018). Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *5*(3), 327.

Dikmen, Y, Kara Y.D ve Yıldırım U.Y. (2016). Hemşirelerin otonomi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi,* (8), 72- 87.

Dinç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*; *40*(2), 113–119.

Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17*(2), 74-82.

Dolgun, U. (2015). Tükenmişlik sendromu. *Örgütsel davranışta güncel konular* içinde (s. 287-308). İstanbul: Ekin Yayınevi.

Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care, 8*(4), 401-407.

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

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü. (2015). *The innovation imperative: Contributing to productivity, growth and well-being*.Paris: OECD Publishing. Erişim 28 Ekim 2018, https://read.oecd-ilibrary.org/science-andtechnology/the-innovationimperative_9789264239814-en#page1erişim03/08/2020

Erdem, B. (2006). İşletmelerde yeni bir yönetim yaklaşımı: Kıyaslama Benchmarking yazınsal bir inceleme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9*(15), 65-94.

Erdil, O., Kalkan, A. ve Alparslan, A.M. (2010). Örgütsel ekoloji kuramından stratejik yönetim anlayışına. *Doğuş Üniversitesi Dergisi, 12*(1), 17-31.

Erer, M. T., Akbaş, M., ve Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 7*(1), 1-5.

Ergin, C. (1996). Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi, 4*(1), 28-33.

Eroğlu, Ş ve Alga, E. (2019). Üniversite çalışanlarının örgütsel değişime açıklıkları ile örgütsel ataletleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23*(3), 1251-1271.

Eskin Bacaksiz, F., Alan, H., Taskiran Eskici, G. ve Gumus, E. (2020). A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. *Journal of Nursing Management, 28*(8), 1975-1985.

Fang, C. H., Chang, S. T. ve Chen, G. L. (2011). Organizational learning capability and organizational innovation: The moderating role of knowledge inertia. *African Journal of Business Management, 5*(5), 1864-1870.

Fettahlıoğlu, Ö. O., Akdoğan, Z. ve Allkış, A. (2018). Örgütsel kimlik dejenerasyonu üzerinde örgütsel atalet algısının etkisi. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal, 4*(8), 43-54.

Fry, S.T. (2000). *Hemşirelik Uygulamalarında Etik.* (B. Bağ, Çev.) Erzurum: Aktif Yayınevi.

Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(2), 253-258.

Genus, A. ve Jha, P. (2012). The role of inertia in explanations of project performance: A framework and evidence from project-based organizations. *International Journal of Project Management, 30*(1), 117-126.

Gibson, R. ve Kelly, B. (2010). *Stoking your innovation bonfire: A road map to a sustainable culture as ıngenuity and purpose* (1. Basım). New Jersey: Wiley & Sons Inc.

Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz Perez, F., Castiello D'Antonio, A., Mucci, N., Cupelli, V. ve Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice*, *22*(2), 160-168.

Godkin, L. ve Allcorn, S. (2008). Overcoming organizational inertia: A tripartite model for achieving strategic organizational change. *The Journal of Applied Business and Economics*, *8*(1), 82.

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

Gök Balcı, U., Demir, Ş., Kurdal, Y., Koyuncu, G., Deniz, Y., Tereci, Ö., …Öngel, K. (2013). Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. *Tepecik Eğitim Hast Dergisi, 23*(2), 83-87.

Gül, Ş. (2019). Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10*(2), 129-134.

Gül, Ş., Genç Kuzuca, İ. ve Yalım, N.Y. (2016). Hemşirelerin etik eğitiminin meslek hayatına yansıması konusundaki görüşleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, *3*(2), 85-97.

Günüşen, N. P. ve Üstün, B. (2009). Turkish nurses' perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review*, *56*(2), 237-242.

Hakreader, H., Hogan, M. A. ve Thobaben, M. (2007). *Fundamentals of nursing.* Kanada: Saunder Publication.

Hansten, R. I., Jackson, M. ve CHTP, C. (2000). Delegation in the clinical setting. *Nursing today: transitions and trends* (9. Basım)içinde (s. 301-324). Elsevier Health Sciences.

Harmancı, A. K. ve Baykal, Ü. (2006). Hemşirelerin mesleki ve sendikal örgütlenmelere ilişkin görüşleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *14*(56), 193-206.

Hedberg, B. ve Wolff, R. (2003). Organizing, learning, and strategizing: From construction to discovery. *Handbook of Organizational Learning & Knowledge*içinde (s. 535-556). Oxford: Oxford University Press.

Hemşirelik kanunu. (1954, 2 Mart). *Resmi Gazete*, 460.

Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American journal of nursing*, *64*(8), 62-68.

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

Hernández-Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M. G., Cheverría-Rivera, S. ve Díaz-Oviedo, A. (2017). Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*, 1-8.

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.

Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System.*Washington (DC): National Academies Press.

International Council of Nurses. (2002). Nursing definitions. Erişim 7 Mart 2021, https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions

İbrahimoğlu, N., Seyhan, M., ve Bal, F. (2015). *Teknofobi düzeyi ve örgütsel atalet ilişkisi: Gaziantep ili kamuhastanelerinde bir araştırma.* 3.Örgütsel Davranış Kongresi, (s. 615- 620). Tokat.

İlaslan, N. ve Yıldırım Şişman, N. (2019) Bir üniversite hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenleri. *Cukurova Medical Journal*, *44*(4), 1226-1236.

Jui-Chan, H., Lu, C., Hao-Ming, W., Ching-Tang, H. ve Hui-Wen, W. (2020). The study of organizational ınertia, business model innovation and organizational

performance in Taiwan financial institutions: Organizational learning perspective. *Revista Argentina de ClínicaPsicológica*, *29*(5), 104.

Kafchehi, P., Zamani, A., ve Ebrahimabadi, F. (2012). A model of influential factors on knowledge inertia. *Asian Journal Of Business Management*, *4*(4), 386-391.

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

Kalisch, B. J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork?. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *39*(11), 485-493.

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

Kalisch, B. J., Doumit, M., Lee, K. H. ve El Zein, J. (2013). Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *43*(5), 274-279.

Kalisch, B. J., Gosselin, K. ve Choi, S. H. (2012a). A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health Care Management Review*, *37*(4), 320-328.

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. ve Lee, K. H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Putlook*, *58*(5), 233-241.

Kalisch, B. J. ve Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, *60*(5), e32-e39.

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

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., Tschannen, D. ve Lee, H. (2011b). Does missed nursing care predict job satisfaction? *Journal of Healthcare Management*, *56*(2), 117-134.

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

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

Kalisch, B. J. ve Xie, B. (2014). Errors of omission: missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research, 36*(7), 875-890.

Kandemir, A. ve Yüksel, S. (2020). Cerrahi hemşirelerinin tibbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23*(2), 287-297.

Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *1*(1), 9-18.

Karaca, A. ve Durna, Z. (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum, 28*(3), 16-23.

Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(2).

Karadağ, A., Çalışkan, N. ve Baykara, Z. G. (Eds.). (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Karataş, Z. (2011). Eğitimde Ataleti Kırmak Elimizde. Erişim 6 Eylül 2021, http://irmakli.meb. k12 .tr/ icerikler/egitimde-ataleti-kirmak-elimizde_5765637.html

Karayel, G. (2014). *Ortaöğretim öğretmenlerinin örgütsel atalet düzeyleri: Bayrampaşa ilçesi örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*)*. Okan Üniversitesi, İstanbul.

Karayel, A. H. ve Karayel, S. (2019). Tükenmişlik sendromu. *İNSAMER, Araştırma 97.*

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012).*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, (3. Baskı.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, Ş. D. ve Yüceler, A. (2016). The role of teamwork in patient safety at healthcare institutions. *Recent Advances in Health Sciences* içinde (s. 609-670). Sofya: Kliment Ohridski University Press.

Kaya, Ş. D., Yüceler, A. ve Özen, M. Y. (2018). Hemşirelerde atalet davranışları ve hasta güvenliği. *Nobel Medicus Journal*, *14*(2), 40-48.

Kelly, L. A., McHugh, M. D. ve Aiken, L. H. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, *42*(10), 44-49.

Koçel, T. (2020). *İşletme yöneticiliği* (18. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.

Kuşaklı, B. Y., Çetin, G. ve Ateş, A. Y. Hemşirelikte Mesleki Örgütlenme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *2*(2), 131-138.

Larsen, E. ve Lomi, A. (2002). Representing change: A system model of organizational inertia and capabilities as dynamic accumulation processes. *Simulation Modelling Practice and Theory*, *10*(5-7), 271-296.

Lavoie, M., De Koninck, T. ve Blondeau, D. (2006). The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philosophy*, *7*(4), 225-234.

Leblebici, D.N. (2005). Küresel değişim baskısına karşı Türk bürokrasisindeki yapısal uyum çabalarının yapısal atalet kavramı açısından değerlendirilmesi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6*(1), 1-14.

Liao, S. H. (2002). Problem solving and knowledge inertia. *Expert Systems with Applications*, *22*(1), 21-31.

Liao, S., Fei, W.-C. ve Liu, C.-T. (2008). Relationships between knowledge inertia, organizational learning and organization innovation. *Technovation*, *28*(4), 183–195.

Lucero, R. J., Lake, E. T. ve Aiken, L. H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(11), 2299-2310.

Maslach, C. ve Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, *7*(1), 63-74.

Maslach, C. ve Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it.* San Francisco: Jossey Bass

Maslach, C., Jackson, S. E. ve Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. *Eveluating Stress* içinde (s. 191-218). Scarecrow Education.

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

Moreno-Monsiváis, M. G., Moreno-Rodríguez, C. ve Interial-Guzmán, M. G. (2015). Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*, *15*(3), 318-328.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S. ve Poghosyan, L. (2016). Nurse burnout, nursereported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(1), 83-90.

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.

Önal, M. (2019). *İş yoğunlaştırmanın karşılanamayan hemşirelik bakımı ile ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul.

Özbey, H. ve Başdaş, Ö. (2018). Hemşirelikte inovasyon. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5*(1-2), 1-7.

Öztürk, S., Özgen, R., Şişman, H., Baysal, D., Sarıakçalı, N., Aslaner, E., ...Yıldızdaş, R. D. (2014). Bir üniversite hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve sosyal desteğin etkisi. *Cukurova Medical Journal, 39*(4), 752-764.

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

Papastavrou, E., Efstathiou, G. ve Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: Quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing, 67*(6), 1191-1205.

Phillips, K. D. ve Harris, R. (2017). Adaptation Model. *Nursing Theorists and Their Work-E-Book* içinde (s.249-272). Elsevier Health Sciences.

Pusmaz, H.Y. (2020). *Öğretmenlerin örgütsel atalet düzeylerinin yordayicisi olarak örgütsel adalet algısı* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Reason, J. ve Hobbs, A. (2003). *Managing maintenance error: A practical guide*. Londra: CRC Press.

Redhouse. (2004). *İngilizce–türkçe, türkçe-ingilizce el sözlüğü* (42. Basım). İstanbul: Sev Matbaacılık ve Yayıncılık.

Reich, W. (2014). *History of the Notion of Care Encyclopedia of Bioethics* (5. Basım). New York: Simon & Schuster.

Roodt, G., Kinnear, C. ve Erwee, R.(2003). Organisational inertia: Contrasting results in Australia and South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology, 29*(2), 1-5.

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.

Sarver, W. L. (2019). *Investigating the Relationship Between Nursing Unit Educational Composition, Teamwork and Missed Nursing Care* (Doctoral dissertation, Kent State University).

Schaufeli, W. B., ve Leiter, M. P. Maslach, C. H., ve Jackson, S.E. (1996). Maslach burnout inventory–general survey. *The Maslach burnout inventory test manual* içinde (s.19-26). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M. ve 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.

Schwartz, D.J. (1997). *Büyük düşünmenin büyüsü,* (T. Türkoğlu, çev.). İstanbul: SistemYayıncılık.

Sekman, M. (2005).*Her şey seninle başlar.* (2. Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.

Sekman, M. (2019). *Kişisel ataleti yenmek.* İstanbul: Alfa Yayınları

Sekman, M. ve Utku, A. (2017). *Çevik şirketler:Kurumsal ataleti yenmek*. İstanbul: Alfa BasımYayımDağıtım.

Senge, P. (1996). *Beşinci disiplin öğrenen örgüt düşünüşü ve uygulaması.* (A. İldeniz ve A. Doğukan, çev.). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları

Shalikar, S., Lahoutpour, N. ve Rahman, A. B. A. (2011). The Study on the impact of knowledge inertia on organization. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, *5*(10), 1207-1213.

Shalikar, S. ve Nikou, S. H. (2011). A review on the impact of knowledge stagnation on organization. *3rd International Conference on Machine Learning and Computing, Singapore*, (s. 479-482).

Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*,*42*(2), II67-II73.

Soysal, A. (2008). Çalışma yaşamında kişilik tipleri: Bir literatür taraması. *Çimento İşvere nDergisi*, *22*(1), 4-19.

Soysal, A. (2010). Atalet: Etkin yönetim için kişisel ve örgütsel düzeyde bir analiz. *Çimento İşveren Dergisi*, *24*(3), 16-26.

Sönmez, B. (2018). Kaçırılmış hemşirelik bakımı, nedenleri ve sonuçları. *E-Sağlık Hemşirelik Dergisi, 8*(29), 24-28.

Sönmez, B., İspir, Ö., Türkmen, B., Duygulu, S. ve Yıldırım, A. (2020). The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. *Journal of Nursing Management, 28*(8), 2072-2080.

Stewart-Amidei, C. (2007). Routine omissions of care. *Journal of Neuroscience Nursing, 39*(1), 4.

Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. ve Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs, 31*(11), 2501-2509.

Şaştım, Z. (2019). *Öğretmenlerin algılarına göre atalet ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Uşak Üniversitesi, Uşak.

Şengün, H. (2016). Sağlık hizmetleri sunumunda inovasyon. *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haseki Tıp Bülteni, 54,* 194-198.

Tabachnick, B.G. ve Fidell L.S. (2013). *Using multivariate statics* (6. Basım). Boston: Pearson.

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

Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Basımevi.

Taylan, S., Alan, S. ve Kadıoğlu, S. (2012). Hemşirelik roller ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 14*(3), 66-74.

Türk Dil Kurumu (2021). *Türk Dil Kurumu Sözlüğü*. Erişim 18 Ocak 2021, http://www.tdk.gov.tr

Tekin, Ö. A., Baş, M. ve Gökdemir, A. (2016). Konaklama işletmesi çalışanlarının Douglas Mcgregor'un X Ve Y teorilerine yönelik tutumları üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7*(14), 83-84.

Tengilimoglu, D., Yesiltas, M., Kisa, A. ve Dziegielewski, S. F. (2008). The role of public relations activities in hospital choice. *Health Marketing Quarterly, 24*(3-4), 19-31.

Tsai, C. (2007). Organizational change and organizational inertia. *Graduate School of Management. I-Shou University. Taiwan*.

Tubbs-Cooley, H. L., Pickler, R. H., Mara, C. A., Othman, M., Kovacs, A. ve Mark, B. A. (2017). Hospital Magnet® designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. *Journal of Pediatric Nursing, 34*, 5-9.

Türkan, A. ve Esmer, Y. (2019). Örgütsel atalet kavramına teorik bir bakış. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *3*(3), 525-534.

Türkmen, E. (2015). Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılara etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *2*(3), 69-80.

Urhan, S. (2014). *İş tatmini ve örgütsel bağlılık ilişkisi bir alan araştırması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Uzun, B. ve Demir, A. (2015). Erteleme: türleri, bileşenleri, demografik etkenler ve kültürel farklılıklar. *Ege Eğitim Dergisi*, *16*(1), 106-121.

van Putten, M., Zeelenberg, M. ve van Dijk, E. (2013). How consumers deal with missed discounts: Transaction decoupling, action orientation and inaction inertia. *Journal of Economic Psychology, 38,* 104-110.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Florence Nightingale HemşirelikYüksekokulu Mezunlar Derneği.

Wang, P. ve Yang, X. (2013). A review of knowledge inertia. *International Academic Workshop on Social Science* (IAW-SC 2013) içinde (s. 312-316). Atlantis Press.

Wikberg, A. ve Eriksson, K. (2008). Intercultural caring–an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(3), 485-496.

Wilson, S., Bremner, A., Hauck, Y. ve Finn, J. (2011). The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *9*(2), 97-121.

Xie, X., Fang, L., Zeng, S. ve Huo, J. (2016). How does knowledge inertia affect firms product innovation? *Journal of Business Research, 69*(5) 1615–1620.

Yardımcı, F. ve Başbakkal, Z. (2012). Tip bilimlerinde ekip kaynak yönetimi. *Nobel Medicus*, *8*(3), 12-17.

Yenipınar, O. Ç. (2021). *Bilgi ataletinin örgütsel değişim üzerine etkisi:Konya imalat sanayinde bir uygulama* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Yıldırım, E. (2007). Bilgi çağında yaratıcılığın ve yaratıcılığı yönetmenin önemi. *İİBF Dergisi, 12*(9), 109-120.

Yıldız, A. (2019). *Sosyal medya bagımlılığının örgütsel atalet üzerindeki etkisi: Sakarya hizmet sektörü örnegi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Yılmaz, M. (2011). Bilgi yönetimive örgütsel öğrenme ilişkisi: Kavramsal bir yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, (46), 313-331.

Yoğun Erçen, A. E. (2009). Öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri Mersin ilinde karşılaştırmalı bir inceleme. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3*(36), 1-8.

Zeelenberg, M., ve Pieters, R. (2004). Beyond valence in customer dissatisfaction. *Journal of Business Research,* 57(4), 445–455.

Zeleníková, R., Drach-Zahavy, A., Gurková, E., Papastavrou, E., RANCARE Consortium COST, Papastavrou, E., ... Zorcec, T. (2019). Understanding the concept of missed nursing care from a cross-cultural perspective. *Journal of Advanced Nursing, 75*(11), 2995-3005.

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

Zhao, W., Wu, J. ve Wang, Y.(2012). The moderating effect of knowledge inertia on the relationship between organizational learning and employeeorganization fit. *Journal of Industrial Engineering/Engineering Management, 26*, 7-14.

FORMLAR

Ek-1: Soru Formları

Ek-1a: Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumlarının kaçırılmış hemşirelik bakımı ile ilişkisini belirlemek amacıyla bir doktora tez çalışması planlamış bulunmaktayım. Soru kağıdının birinci bölümünde Tanıtıcı Bilgi Formu ,ikinci bölümünde Atalet Ölçeği , üçüncü bölümünde ise Karşılanamayan Bakım Ölçeği yer almaktadır. Soruları cevaplama yönergeleri soru formlarının üst kısmında belirtilmiştir. Soru formunda yer alan sorulara doğru ve eksiksiz cevapların verilmesi araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde edilmesi açısından oldukça önemlidir. Katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Nermin UYURDAĞ

1.Bölüm

TANITICI BİLGİ FORMU

Lütfen size uygun olan şıkkı parantez içine x işareti koyarak belirtiniz.

1-Çalıştığınız kurum: ( ) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

( ) Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi ( ) Batı Hastanesi

2-Yaşınız:……..

3-Cinsiyetiniz: ( )Kadın ( )Erkek

4-Medeni durumunuz: ( )Evli ( )Bekar

5-Eğitim durumunuz: ( )Lise ( )Önlisans ( )Lisans ( )Yüksek lisans-Doktora

6-Meslekte çalışma yılınız: ( )1-2 yıl arası ( )3-5 yıl arası ( )6-10 yıl arası ( )10 yıldan fazla

7-Çalışma saatleriniz:( ) sürekli gündüz 8 saat ( )Gündüz ve gece 8-16-24 saat

( )24 saatlik vardiya

8-Çalıştığınız birim: ( )Dahili birimler ( )Cerrahi birimler

9- Mesleğinizle ilgili herhangi bir bilimsel yayın takip ediyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

10-Mesleğinizle ilgili herhangi bir mesleki örgüte üye misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır

.

Ek-1b: Atalet Ölçeği

2.Bölüm

Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyarak size uygun olan seçeneği kutucuğunun içine x işareti koyarak belirtiniz.

ATALET ÖLÇEĞİ

ÖĞRENME ATALETİ BOYUTU	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Çalıştığım kurum yeni kavramlar ve yeni yöntemler öğrenmem için bana yeterince destek **sağlamamaktadır**.					
2. Yeni bir sorunla karşılaştığımda bile bu sorunu eskiden kullandığım yöntemlerle çözmeye çalışırım.					
3. Eski alışkanlıklarımı ve düşüncelerimi değiştirmek için yeni fikirler öğrenmeye çalışırım.					
4. Diğer insanların sorunlarını nasıl çözdüklerini gözlemleyerek bu değişik yöntemleri kendi hayatımdaki sorunları çözmek için kullanıyorum.					
5. Sorunları genellikle her zaman kullandığım ve alışık olduğum yollarla çözmeye çalışırım.					
6. Yeni bilgi kaynaklarına ulaşmak için fazla gayret göstermem.					
7-Mesleğimi devam ettirirken yeni bilgiler ve deneyimler elde etmeye ihtiyaç duymam					

DENEYİM ATALETİ BOYUTU	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1-Yeni bilgiler elde etmek için genellikle aynı kaynaklara başvururum ve yeni bilgi kaynakları aramaya çalışmam.					
2-Geçmişte öğrendiğim bilgilere ve kazandığım deneyimlerime işimde ve hayatımda çok güvenirim.					
3-Problemleri çözerken kullandığım yolları çevremdeki kişilerin tavsiyelerine ve isteklerine göre değiştiririm					
4-Geçmişte öğrendiğim bilgiler ve kazandığım deneyimler, yeni bilgileri/doğruları kabul edip etmememde çok belirleyici bir rol oynamaktadır.					
5-Öğrendiğim birçok şeyi, genellikle yaşadığım olaylardan ve edindiğim deneyimlerden öğrenirim.					
6-Geçmişte öğrendiğim bilgiler ve elde ettiğim deneyimler işimdeki verimliliğimi arttırmaktadır.					
7-Benzer bir sorunla karşılaştığımda sorunu bildiğim yöntemlerle çözmeye çalışırım.					

Ek-1c: Karşılanmayan Bakım Ölçeği

3-Bölüm

Hemşirelik bakım hizmetleri bir takım öncelikleri olan ve zamanında karşılanması gereken hizmetler olmasına karşın bazı durumlarda bakım işlevleri gerçekleştiremeyebilmektedir. Aşağıda bir takım bakım faaliyetleri sıralanmıştır. Lütfen çalıştığınız birimde siz ve diğer hemşirelik personelinin size göre sıralanan bakım faaliyetlerini hangi sıklıkla gerçekleştirmediklerini, **yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünerek** uygun seçeneği x işaretiyle işaretleyerek belirtiniz. Bakım faaliyetlerinden biriminizde uygulanmayan faaliyet varsa "Uygun Değil" seçeneğini işaretletiniz.

KARŞILANAMAYAN BAKIM ÖLÇEĞİ

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

Lütfen biriminizde çalışan siz ve diğer hemşirelik personeli tarafından bu soru formunun birinci bölümünde belirttiğiniz **verilmeyen bakım hizmetlerinin nedenlerini**, bu nedenin size göre önem derecesine uygun olan seçeneğe x işareti koyarak belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.

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

Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli katılımcı; Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumlarının kaçırılmış hemşirelik bakımı ile ilişkisini belirlemek için bir çalışma planlamış bulunmaktayız. Bu çalışma Prof. Dr.Aytolan Yıldırım danışmanlığında planlanan doktora tez çalışmasıdır

Araştırmanın amacı: Bu çalışma hastanelerde hasta bakımı veren hemşirelerin atalet düzeylerini , karşılanamayan hemşirelik bakımı miktarı ve nedenleri ile, atalet ve karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi araştırmak için planlanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması: Araştırmanın gerçekleştirilmesi için size verilen soru formlarını cevaplamanızı rica ediyoruz. Araştırmanın amacına yönelik olarak hazırlanmış soru formlarının eksiksiz ve doğru doldurulması araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde etmemize en önemli katkıyı sağlayacaktır.Soru formunu cevaplamanız ortalama 15 dakika sürecektir.

Araştırmanın olası riski veya oluşabilecek rahatsızlık: Araştırmanın bir rahatsızlık veya risk oluşturma durumu söz konusu değildir.

Araştırmanın etik yönü: Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli olan etik kurul onayı ve kurum olurları alınmıştır.

Gizlilik ve güven: Araştırma sırasında verdiğiniz bilgiler bilimsel amaç dışında kullanılmayacak, size ait bilgiler kendi isteğinizle çalışmadan ayrıldığınızda gizli kalacaktır.

Araştırmaya katılım ve ayrılma: Bu çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayanmaktadır. İstediğiniz an herhangi bir yaptırımla karşılaşmadan çalışmadan çekilebilirsiniz.

Araştırmacının kimliği: Aşağıda kimlik bilgileri yer alan sorumlu araştırmacıya araştırma ve katılımla ilgili bütün sorularınızı iletebilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacı

Nermin Uyurdağ

nuyurdag@hotmail.com

05324318302

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı

Danışman

Prof. Dr. Aytolan Yıldırım

Yukarıda sıralanan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, isteğe bağlı olarak katılabileceğimi ve gönüllü olarak sorumluluklarımı tamamen anladım.Çalışma ile ilgili ayrıntılı açıklama yukarıda kimlik bilgileri olan sorumlu araştırmacı tarafından yazılı ve sözlü olarak yapıldı. Bana çalışmanın olası risklerinden ve faydalarından söz edildi.Gerekli gördüğüm yerlerde soru sorma ve tartışma imkanım oldu. Tatmin edici yanıtlar aldım. Çalışmadan istediğim zaman neden belirtmeden ayrılabileceğimi, istemediğim ve çalışmadan ayrıldığımda bana ait verilerin başka amaçla kullanılmayacağını ve gizli kalacağını ve olumsuz bir durumla karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya gönüllü olarak ve hiçbir baskı ve zorlama altında olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Ad, soyad:

Tarih

imza

ETİK KURUL KARARI

Ek-3:Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

EK-4:ÖLÇEK MADDELERİ ORTALAMA VE STANDART SAPMALARI

Ek-4a:Atalet Ölçeği Ölçek Maddeleri Ortalama ve Standart Sapmaları (N=413)

Madde No	Ölçek Maddeleri	$\bar{x}$ ±Ss
1	Çalıştığım kurum yeni kavramlar ve yeni yöntemler öğrenmem için bana yeterince destek sağlamamaktadır.	3,05±1,281
2	Yeni bir sorunla karşılaştığımda bile bu sorunu eskiden kullandığım yöntemlerle çözmeye çalışırım.	3,15±1,086
3	Eski alışkanlıklarımı ve düşüncelerimi değiştirmek için yeni fikirler öğrenmeye çalışırım.	3,94±0,991
4	Diğer insanların sorunlarını nasıl çözdüklerini gözlemleyerek bu değişik yöntemleri kendi hayatımdaki sorunları çözmek için kullanıyorum.	3,68±1,112
5	Sorunları genellikle her zaman kullandığım ve alışık olduğum yollarla çözmeye çalışırım.	3,28±1,125
6	Yeni bilgi kaynaklarına ulaşmak için fazla gayret göstermem.	2,32±1,219
7	Mesleğimi devam ettirirken yeni bilgiler ve deneyimler elde etmeye ihtiyaç duymam	2,08±1,231
8	Yeni bilgiler elde etmek için genellikle aynı kaynaklara başvururum ve yeni bilgi kaynakları aramaya çalışmam.	2,11±1,121
9	Geçmişte öğrendiğim bilgilere ve kazandığım deneyimlerime işimde ve hayatımda çok güvenirim.	3,51±1,140
10	Problemleri çözerken kullandığım yolları çevremdeki kişilerin tavsiyelerine ve isteklerine göre değiştiririm	2,94±1,141
11	Geçmişte öğrendiğim bilgiler ve kazandığım deneyimler, yeni bilgileri/doğruları kabul edip etmememde çok belirleyici bir rol oynamaktadır.	3,36±1,073
12	Öğrendiğim birçok şeyi, genellikle yaşadığım olaylardan ve edindiğim deneyimlerden öğrenirim.	3,53±0,987
13	Geçmişte öğrendiğim bilgiler ve elde ettiğim deneyimler işimdeki verimliliğimi arttırmaktadır.	3,83±0,957
14	Benzer bir sorunla karşılaştığımda sorunu bildiğim yöntemlerle çözmeye çalışırım.	3,56±0,975

Ek-4b: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçek Maddeleri Ortalama Ve Standart Sapmaları (N=413)

Madde No	Ölçek Maddeleri	$\bar{x}$ ±Ss
1	Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	2,35±1,160
2	Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	2,39±1,118
3	Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	2,36±1,241
4	Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	2,59±1,168
5	İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	2,59±1,043
6	Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	2,67±1,040
7	Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	2,65±1,049
8	Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	2,58±1,060
9	Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	2,51±1,063
10	Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	2,33±1,097
11	Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	2,43±1,112
12	Hastaya ağız bakımı verilmesi	2,46±1,109
13	Ellerin yıkanması	2,55±1,073
14	Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	2,53±1,083
15	İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	2,61±1,047
16	Her şiftte hastanın değerlendirilmesi	2,64±1,027
17	Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	2,67±0,995
18	Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	2,68±1,173
19	Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	2,52±1,072
20	Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	2,54±1,055
21	Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	2,59±1,126

Ek-4c: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Ölçek Maddeleri Ortalama ve Standard Sapmaları (N=413)

Madde No	Ölçek Maddeleri	$\bar{x}$ ±Ss
1	Çalışan personel sayısının yetersizliği	1,67±1,092
2	Acil hasta durumu (örn. bir hastanın durumundaki anı değişiklikler)	2,00±1,128
3	Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk	1,80±1,030
4	Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	1,79±1,067
5	Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	2,11±1,076
6	Hasta dağılımındaki dengesizlik	2,10±1,048
7	Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	2,10±1,082
8	Önceki şiftten veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	2,21±1,025
9	Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	2,14±1,039
10	Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	1,93±1,082
11	Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	1,95±1,088
12	Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	2,10±1,079
13	Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	2,12±1,064
14	Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	2,22±1,128
15	Doktorlarla/Tıbbı personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	2,10±1,097
16	Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması	2,22±1,65

EK-5: KURUM ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Ek-5a: Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimliği Kurum İzni

Ek-5b: Diyarbakır Valiliği İl Sağlik Müdürlüğü Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

Ek-5c: Batı Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Ek-6a: Atalet Ölçeği Kullanım İzni

Ek-6b: Karşılanamayan Bakım Ölçeği Kullanım İzni

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



Nermin UYURDAĞ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%16	%6	%12
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%8

★ dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nermin	**Soyadı**	Uyurdağ
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	MezunOlduğuKurumunAdı	**Mez.Yılı**
Doktora	İ.Ü.Cerrahpaşa Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelite Yönetim Doktora Programı	2018-
Yük.Lis.	D.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	1996
Lisans	İ.Ü.FlorenceNightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1990
Lise	Nevşehir Sağlık Meslek Lisesi	1985

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Öğretim Görevlisi/Müdür Yardımcısı/Program Başkanı	D.Ü.Atatürk Salık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	1993-Halen
2.	Enfeksiyon Kliniği Sorumlu Hemşiresi	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1991-1992
3.	Çocuk Kliniği Hemşiresi	Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi	1986-1991
	Halk Sağlığı Hemşiresi	Diyarbakır İli Eğil Sağlık Ocağı	1985-1986

Yabancı Dilleri	**OkuduğunuAnlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	iyi	orta	orta		YÖKDİL 55

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**EşitAğırlık**	**Sözel**
LES Puanı			
(Diğer)Puanı ALES	60.46	66.76	72.18

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanmabecerisi**
Microsoft Office	iyi
SPSS	iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Odülleri

.İnvaziv Girişimler ve Hemşirelik Uygulamaları Kitabı Yazarlığı Nobel Tıp Kitapevi 2013**(Kitap Yazarlığı)**

.Uyurdağ N, Ceylan A, Elmacı N. (1996) Diyarbakır İli Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi Tutum Ve Uygulamaları. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul **(Poster Bildiri)**

.Yakıt E**, Uyurdağ N** (2017). Hemşirelerin Meslek Yaşantısı Memnuniyetleri; Diyarbakır İli Örneği. Sağlık ve Toplum, 27(3), 48-55

. Uyurdağ, N. , Eskicioğlu, G. , Aksu, S. & Soyata, A. Z. (2021). COVID-19 Pandemisi Sırasında Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Etkilenme ile İlişkili Risk Etkenleri ve Koruyucu Etkenler: Bir Sistematik Derleme . Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences , 26 (1) , 122-140 . DOI: 10.21673/anadoluklin.783596

. Nermin Uyurdağ, Seyhan Çerçi, Hemşirelerin Yöneticilerin Liderlik Davranışını Algılamalarının Değerlendirilmesi, 1. Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi (27-29 Mayıs 2021) **(Sözel Bildiri)**

. Nermin Uyurdağ, Seyhan Çerçi, Covid 19 Pandemisi Döneminde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin E Öğrenme Sürecine İlişkin Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, International Congress on Open Learning and Distance Education 2021 (09-10 Ekim 2021) **(Sözel Bildiri)**

Özel İlgi Alanları (Hobileri):