



YILDIRIM S.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

2025

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

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN

**KARŞILANMAMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI:
CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN PERSPEKTİFİNDEN**

(Yüksek Lisans Tezi)

SİBEL YILDIRIM

EDİRNE-2025

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

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN

**KARŞILANMAMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI:
CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN PERSPEKTİFİNDEN**

(Yüksek Lisans Tezi)

SİBEL YILDIRIM

EDİRNE-2025

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bakım.....	3
2.2. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı.....	3
2.2.1. Hemşirelik Bakımının Karşılanmamasına Yol Açan Nedenler.....	5
2.2.2. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımının Hasta, Hemşire ve Kurum Üzerindeki Etkileri	8
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	10
3.1. Araştırmanın Amaç ve Tipi	10
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	10
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi	10
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	10
3.3.2. Dışlanma Kriterleri	11
3.4. Uygunluk Değerlendirme.....	11
3.5. Araştırma Soruları	11
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	11
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	11
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	12
3.7. Veri Toplama Araçları.....	12
3.7.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	12
3.7.2. Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi – Türkçe Formu (MISS-CARE Survey- Turkish)	12
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	13
3.9. İstatistiksel Analiz.....	13
4. BULGULAR	14

5. TARTIŞMA.....	29
5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Mesleki Özelliklerinin Tartışılması.....	29
5.2. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 1. Bölüm Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	29
5.3. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 2. Bölüm Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	30
5.4. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 2. Bölüm Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması.....	32
KAYNAKLAR.....	35
EKLER.....	I
EK 1: Hemşire Tanıcı Bilgi Formu	II
EK 2: Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- Türkçe Formu (MISS-CARE Survey-Turkish)	III
EK 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırma Etik Kurul İzni	VI
EK 4: Trakya Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	VII
EK 5: Anket Kullanım İzni.....	VIII
ÖZGEÇMİŞ	X
BENZERLİK RAPORU	XI

ONAY SAYFASI



ETİK BEYAN

“Karşılanmamış hemşirelik bakımı: Cerrahi hemşirelerinin perspektifinden” adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sibel Yıldırım

İTHAF

“Bu tez çalışmamı desteğini benden esirgemeyen sevgili babama ve anneme” ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca yardım ve desteklerini benden esirgemeyen kıymetli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Zeynep Kızılcık Özkan'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi hocalarıma, Trakya Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Servislerinde görev yapan ve bu çalışmayı yürütmemde destek sağlayan meslektaşlarıma teşekkür ederim.



SİMGE VE KISALTMALAR

KHB : Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı



ÖZET

“Karşılanmamış hemşirelik bakımı: Cerrahi hemşirelerinin perspektifinden”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2025.”

Giriş ve Amaç: Bu araştırma cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin perspektifinden karşılanmamış hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı ve kesitsel yapılan bu çalışma Trakya Üniversitesi Hastanesi beyin cerrahi, üroloji, göğüs cerrahi, kalp-damar cerrahi, genel cerrahi, ortopedi, kulak burun boğaz, plastik cerrahi servisleri, postoperatif yoğun bakım, kalp-damar cerrahi yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 94 hemşire ile tamamlandı. Çalışmanın verileri ‘Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu’ ve Karşılanmayan /Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi –Türkçe formu ile toplandı.

Bulgular: Çalışmada Karşılanmayan /Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- 1. Bölüm puan ortalaması $1,11 \pm 0,46$, Karşılanmayan /Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- 2. Bölüm toplam puan ortalaması $3,13 \pm 0,69$; “iş gücü kaynakları” alt boyut puan ortalaması $3,72 \pm 0,46$; “malzeme kaynakları” alt boyut puan ortalaması $1,73 \pm 0,55$; “iletişim/takım çalışması” alt boyut puan ortalaması $1,06 \pm 0,30$ olarak bulundu. En fazla karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin “Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” olduğu, karşılanamayan hemşirelik bakımı için en önemli engel “Çalışan personel sayısının yetersizliği” olduğu bulundu.

Sonuç: Çalışmaya katılan hemşirelerin hastaların bakım gereksinimlerini nadiren karşılayamadıkları ve çalışmada bakım gereksinimleri karşılanmama nedenleri olan iş gücü kaynaklarının ve malzeme kaynaklarının ortalamanın üstünde olduğu saptandı. Hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması için personel sayısı ve niteliği, malzeme ve ekipman yeterliliği gözden geçirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, hemşire, karşılanmamış hemşirelik bakımı

ABSTRACT

"Missed nursing care: from the perspective of surgical nurses," Trakya University, Institute of Health Sciences, Nursing Department, Master Thesis, Edirne, 2025.

Background and Aim: This study was conducted to evaluate missed nursing care from the perspective of nurses working in surgical wards.

Material and Methods: This descriptive and cross-sectional study was completed with 94 nurses working in neurosurgery, urology, thoracic surgery, cardiovascular surgery, general surgery, orthopedics, ear, nose, and throat, plastic surgery wards, postoperative intensive care, cardiovascular intensive care, and surgical intensive care units of Trakya University Hospital, who volunteered to participate in the research. Data for the study were collected using the 'Nurse Demographic Information Form' and the 'MISSCARE Survey-Turkish'

Results: In the study, the mean score for Part 1 of the 'MISSCARE Survey-Turkish Form' was 1.11 ± 0.46 . The total mean score for Part 2 of the 'MISSCARE Survey-Turkish Form' was 3.13 ± 0.69 ; the mean score for the "labor resources" sub-dimension was 3.72 ± 0.46 ; the mean score for the "material resources" sub-dimension was 1.73 ± 0.55 ; and the mean score for the "communication/teamwork" sub-dimension was 1.06 ± 0.30 . It was found that the most frequent nursing care need was "patient bathing/skin care," and the most significant barrier to missed nursing care was "insufficient number of personnel."

Conclusion: It was determined that the nurses participating in the study rarely failed to meet patients' care needs, and that labor and material resources, which were identified as reasons for missed care needs in the study, were above average. To meet patients' care needs, the number and qualifications of personnel, and the sufficiency of materials and equipment should be reviewed.

Keywords: Surgery, nurse, missed nursing care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik, bakım kavramının üzerine kurulmuş bir meslektir (1). Hemşireler sundukları kaliteli bakım sayesinde hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasını, sağlıklarının geliştirilmesini, bakımdan beklentilerinin ve gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaktadırlar (2-4). Hemşireler, bağımsız oldukları bakım alanı üzerinde zamanlarının, imkânlarının, bilgi ve becerilerinin el verdiği ölçüde girişimlerini ortaya koymaktadırlar (3,4). Ancak bireysel faktörler, sorumluluk sınırlarındaki belirsizlik, ağır iş yükü, yetersiz kaynak ve zaman yetersizliği, meslekte yetkin olmama ve sürekli personel değişimi, yeni mezun hemşireler için rol modellerin olmaması gibi nedenlerle hemşirelik bakım uygulamalarının bazen aksayabildiği ya da gerçekleşemediği bilinmektedir (5,6). Farklı sebepler nedeniyle bakımın ihmal edilmesi veya karşılanmaması durumunda karşılanmamış hemşirelik bakımı (KHB) kavramı karşımıza çıkmaktadır (7,8). İlk olarak 2006 yılında Kalisch tarafından dile getirilen KHB; hasta bakımının zamanında yapılmadığını ya da hastaların gereksinimlerinin karşılanmadığını ifade etmektedir (9). Başka bir deyişle KHB; bir bireyin, biyo-psiko-sosyo-kültürel açıdan hemşireler tarafından verilmesi beklenen bakım gereksinimlerinin belirlenememesi, bakımın eksik karşılanması, hiç karşılanmaması ya da ertelenmesi durumudur (10). Göz ardı edilen hemşirelik bakımının sıklıkla; iletişim, öz yönetim, özerklik, bakım planlaması, taburculuk planlaması ve karar dahil olmak üzere eğitim, temel fiziksel bakım ve manevi desteği de içeren duygusal ve psikolojik bakımı içerdiği bildirilmektedir (11).

Karşılanmamış hemşirelik bakımı hasta güvenliğini tehdit eden sorunlara yol açabilmektedir (8,12). Hasta güvenliğinin sağlanamaması sonucunda tıbbi hatalar (ilaç hataları, hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları vb.), hasta sonuçlarının kötüleşmesi (kritik olaylar vb.), mali yükün artması (hastaların yeniden hastaneye yatışı vb.) kaçınılmaz hale gelebilmektedir (13). Konuya ilişkin bir sistematik derleme sonucu KHB'nin hasta memnuniyetinde de azalmaya yol açtığını göstermektedir (14). KHB yalnızca hasta sonuçlarını olumsuz etkilememekte hemşirelerin üzerinde de olumsuz etki oluşturmaktadır. Bu durum iş tatmini ile ilişkilendirilmektedir (15).

Cerrahi servislerde hasta bakımı daha karmaşık ve kritiktir. Perioperatif süreç boyunca hemşireler riskleri yönetmekte ve hasta güvenliğini sağlamaktadırlar (16). Cerrahi hemşireleri hasta izlemi, ağrı kontrolü, yara bakımı, taburculuk eğitimi, evde bakım gibi uzmanlık

gerektiren konularda hastaların bakım ve tedavilerinin gerçekleştirilmesi için multidisipliner ekip içerisinde aktif rol oynayarak sürece katkı sağlamaktadırlar (17). Cerrahi servislerde bakım sürecinde meydana gelen bir olumsuzluk, bakım kalitesi ve hasta güvenliği açısından istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir (18). Hemşireler çoğu durumda hastaların en çok zaman geçirdiği sağlık profesyonelleri olduğundan hastaların hastanede kaldıkları süreçte ve taburculuk sonrası süreçte yaşadıkları sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu süreçlerin yönetimi ileri düzeyde mesleki yeterlilik ve alanında uzmanlık gerektirmektedir (17).

Literatürde sağlık sisteminde hasta bakımını tehdit eden KHB'nin nedeninin açıklanması ve bakımın eksiksiz karşılanmasını sağlamak için önerileri ortaya koyabilmek için çeşitli araştırmalar yapılmıştır (3,19). Önceki çalışmalar, KHB'yi yoğun bakım üniteleri (20), dahili ve cerrahi servisler (21,22) ve bakım evlerinde (5) görev yapan hemşirelerin gözünden değerlendirmiştir. KHB kavramının bakımın kalitesini ve hasta güvenliliğinin iyileştirilmesi için daha fazla çalışmayla yakından ele alınması gerektiği bildirilmektedir (19,23). Ancak cerrahi hemşirelerin bakış açısından KHB'yi ele alan çalışmalar kısıtlıdır. Hasta güvenliğini tehdit eden durumların belirlenmesi ve bakımın eksiksiz verilmesi için çözüm önerilerinin ortaya koyulması gerekmektedir. Bu noktada KHB'yi ele alan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu araştırmada cerrahi servislerde KHB'yi değerlendirmek amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım

Bakımın, insanlık tarihiyle başlayan, çeşitli tanımlarla açıklanmaya çalışılan, ancak tek bir anlam çevresinde uzlaşma sağlanamayan çok boyutlu bir süreç olduğu belirtilmektedir. Bakım kavramına insanoğlu doğumundan itibaren gereksinim duymaktadır. Bakım sadece hemşirelerin karşıladığı bir gereksinim olmamasına rağmen hemşirelik mesleği için özgündür. Bakım, hemşireliği var eden ve vazgeçilmez kılandır (1).

Bakım terimi Türk Dil Kurumu Sözlüğünde; "bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenmesi, giyinmesi gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak" olarak belirtilmiştir (24). İngiliz literatüründeysen isim olarak "bakım" (care): ilgi, dikkat, gözetim, özen, önem; sıfat olarak ilgili, özenli, şefkatli, sevecen; fiil olarak ise (to care, to take care) bakım vermek; birine karşı özenli olmak, ilgili olmak vb. olarak tanımlanmıştır (25,26)

2.2. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı

Karşılanmamış hemşirelik bakımı; bir bireyin, hemşireler tarafından verilmesi beklenen biyopsiko-sosyo-kültürel bakım gereksinimlerinin belirlenememesi, bakımın eksik karşılanması, hiç karşılanmaması ya da ertelenmesi durumudur (9,10). İlk kez Kalisch tarafından 2006 yılında 'Missed Nursing Care A Qualitative Study' isimli araştırmada ifade edilen KHB; ihmal edilmiş, atlanmış, karşılanmamış, tamamlanmamış, kaçınılmış ve bitirilmemiş hemşirelik bakımı olarak da atfedilmiştir (7,9,27).

Kalisch çalışmasında tekrarlı olarak atlanan bakım gereksinimlerini; ayağa kaldırma, beslenme, hasta eğitimi, pozisyon verme, taburculuk planlama, duygusal destek sağlama, kişisel bakım, aldığı çıkardığı sıvı takibi, surveyans olmak üzere dokuz temada toplamıştır. Bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının nedenleri; çalışan personel sayısının az olması, hemşirelik bakımı için gereken süre, mevcut personel kaynaklarının yetersiz kullanımı, bu iş benim değil sendromu, etkisiz yetkilendirme, alışkanlıklar ve inkar olmak üzere yedi tema olarak belirlenmiştir (7,9).

Kalisch yaptığı araştırmalar ve literatür taraması sonucunda KHB Modeli'ni 1966'da Donebedian tarafından oluşturulan tıbbi bakım kalitesinin değerlendirmesinin yapı, süreç ve sonuç ayakları üzerine konumlandırılarak üç boyutlu çerçeveye ele almıştır (9,28,29). Başka

bir deyişle KHB, bir nedenden (kaynak/zaman kıtlığı), bir süreçten (bakımı önceliklendirmek ve paylaşmak için klinik karar almak) ve bir sonuçtan (tamamlanmamış bakım) oluşan üç yönlü bir olgu olarak kavramsallaştırılmaktadır (27). KHB'nin nedenleri şunları içerir: (1) hasta bakımı sağlamak için mevcut işgücü kaynakları; (2) hasta bakım faaliyetlerinde yardımcı olmak için erişilebilir maddi kaynaklar ve (3) hemşirelerin bakım sağlama becerisi üzerinde etkisi olan çeşitli ilişki ve iletişim faktörleri (9,13). Modeldeki bu 3 öncül sorun hangi hemşirelik bakımının kaçırıldığına, tamamlanmadığına veya ertelendiğine rehberlik eden bireysel hemşirenin iç süreçleri (yani, ekip normları, öncelikli karar alma, iç değerler ve inançlar, alışkanlıklar) tarafından filtrelenir ve nihayetinde hasta sonuçlarına yol açar (9).

İşgücü kaynakları; hastaların hemşirelik bakımı talepleriyle ilgili olarak hemşire ve yardımcı bakım verenlerin sayısını ve türünü (yeterlilik düzeyi, personelin eğitimi ve deneyimi vb.) ifade etmektedir. Hemşire sayısındaki yetersizlik, hasta sayısında öngörülme-yen artış ve hastanın bakım ve tedavi gereksiniminin aciliyeti gibi sorunlar KHB'nin iş gücü kaynaklı en önemli nedenleri arasında yer almaktadır (23,30). Wiecek-Wojcik ve ark. (31) tıbbi servislerde ortalama hasta başına düşen hemşirelik saatine eklenen bir saatin, 1.000 hasta günü başına ölüm oranında 6,8 oranında azalma ve planlanmamış ölüm olasılığının %36 oranında düşmesiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Personel istihdamının etkin yapılması ve hasta başına düşen hemşirelik saatinin yeterli olması bakımının atlanmasını azaltarak hasta ve hemşireler açısından olumlu sonuçlanmaktadır (32,33). Maddi kaynaklar; hemşirelik bakımı için gereken ilaçlar, malzemeler ve işlevsel ekipmanlardır (9,34). Malzeme kaynaklı eksiklerin giderilmesi KHB önüne geçilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir adımdır. Bu kaynakların varlığı hemşirelerin bakım sağlama yeteneğini etkilemektedir. Üçüncü öncül, hasta-ekip üyeleri arasındaki, hemşire-doktor arasındaki ve hemşire-yardımcı personel arasındaki ekip çalışması ve iletişimdir. İletişimin kalitesi, bakımı etkilemektedir (9,13). Örneğin, hemşire ekip liderine veya sorumlu hemşireye belirli bakım unsurlarını tamamlamadıklarını bildirmeyi ihmal ederse, ekibe liderlik eden hemşire diğer ekip üyelerine destek sağlayamayacaktır. Başka bir örnek ise, hemşireler bunaldıklarında diğer ekip üyelerini bilgilendirmezse veya ekip üyeleri birbirlerinin durumunu görmezden gelirse, bakım kaçırılacaktır. Bu öncüllerden herhangi biri mevcut olduğunda, hemşireler gereksinim duyulduğunu belirledikleri bakımı incelemeye devam etmelidir. Bakımı sağlamak için mevcut iş gücü ve malzeme kaynakları, sağlanacak bakımın miktarı veya zamanlamasıyla çakıştığında, hemşireler seçim yapmalı veya işlerini önceliklendirmelidir (9).

Modelde yer alan süreç kısmı hemşirelik bakım sürecini kapsamaktadır. Hemşirelik sürecinin her bir adımında, belirli bir hasta için uygun olan hemşirelik eylemleri vardır. Hemşirelik süreci hastaların bakımı için ortak bir yapı sağlamaktadır. Hasta bakımının bazı maddelerini tamamlama, geciktirme veya atlama kararı, hemşirenin içsel dört faktöründen etkilenir: (1) ekip normları; (2) karar alma süreçleri; (3) içsel değerler ve inançlar ve (4) alışkanlıklar (35). KHB hemşirelerin içsel karar verme süreçleriyle doğrudan ilişkilidir (36).

Modelin sonuç ayağını ise KHB sonucu hastalar, hemşireler, kurumu vb. etkileyen çıktılar oluşturmaktadır (13). KHB'nin sağlık sistemi ve hastalar için, hasta yatış süresinin uzaması, hasta ölümlerinin artması, hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları, ilaç hataları, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon prevalansının artması, hasta güvenliğinde sorun yaşanması, hemşirelerin iş yükünde artış görülmesi, sağlık maliyetlerinde artış, hasta memnuniyetinin azalması gibi birçok sonucu bulunmaktadır (13,37,38).

Literatürde bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit eden uluslararası bir problem olarak ele alınan KHB, bütüncül bakımdan sapma olduğuna işaret etmektedir ve KHB'nin ihmalen kaynaklandığı kabul edilmektedir (9,10,27,39,40). Güncel bir meta analizde KHB yaygınlığının %6,8 ile %98,1 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (23).

2.2.1. Hemşirelik Bakımının Karşılanmamasına Yol Açan Nedenler

Karşılanmayan bakımın, hasta bakımına yönelik yüksek talep ve işgücü kaynaklarının eksikliği ile ilişkili olduğu, sıklıkla kişilerarası ilişkilerde ve iletişimde zorluklar ve maddi kaynakların yetersiz tahsisi ile birleşerek ortaya çıktığı görülmektedir (41).

Bakımın kaçırılmasına neden olabilecek işgücü kaynaklarıyla ilgili faktörler içerisinde; personel yeterliliği, mesleki deneyimin derinliği, bireysel hastalara ayrılan zaman, verimsiz personel dağıtımı, ekip çalışması eksikliği, hemşire sayısı vb. yer almaktadır (42,43). Kliniklerde çalışan hemşire sayısı ile KHB oranları arasında negatif yönlü ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (44). Hemşire sayısının, yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği ile hasta sayısında beklenmedik bir artış ya da çalışılan birimde yoğunluk yaşanması, acil hasta durumlarında artış, yoğun kabul ve taburculuk aktiviteleri KHB gereksinimlerinin önemli nedenleri arasında bulunmuştur (23,38,42,45). Hemşirelerin mesleki deneyim yetersizliği de KHB'yi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (42,45,46). Beş yıldan daha az iş deneyimine sahip hemşirelerin, özellikle temel bakımda daha fazla bakım uygulamasını gözden kaçırdığı bildirilmiştir (38). Zamansal kısıtlılık, hemşirelerin sunduğu bakımı ve kalitesini etkileyebilmektedir. Hemşirelerinin zaman yetersizliği yaşadıkları ortamlarda etkili kararlar

almaya hazır olmaları önemlidir (27). Mesleki tatminsizlik, mesleki açıdan güçsüzleşme gibi psikososyal davranışlar da bakımın kaçırılmasına katkıda bulunan faktörler olarak öne çıkmaktadır. Tüm bu faktörler, bakım sunumunun manzarasını şekillendirmede önemli rol oynamaktadırlar (42).

Hemşirelik yöneticilerinin beklenen bakımın öncüllerine odaklanmaları ve hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik stratejiler geliştirmeleri, bakım sağlama ve doktor-hemşire etkileşimine ilişkin rutin prosedürleri değiştirmeleri, hemşireler için klinik muhakeme, karar verme ve zaman yönetimi konusunda eğitim programları geliştirmeleri ve düzenlemeleri gerekmektedir (47). Hemşirelik yöneticilerinin hemşirelik personeli alımı ve hemşirelerin farklı bölümlerdeki iş yüküne göre tahsis edilmesi gibi bazı eylemlerde bulunarak hemşirelik bakımının kalitesini iyileştirmeleri için bazı girişimlerde bulunması önemlidir (45,47). Hemşirelerin mesleki beceri ve yeterliliklerin artması daha iyi ekip çalışmasına katkı sağlayarak hemşirelik bakımının kaçırılma olasılığını azaltmaktadır (48). Personelin periyodik eğitimi hem klinik hemşirelik becerilerini hem idari yeterlilikleri kapsamalıdır ve sağlık ekibinin gelişen tıbbi uygulamaları ve kurumsal talepleri ele almak için donanımlı kalmasını sağlamalıdır. Düzenli eğitim oturumları, personelin devam eden mesleki gelişimine katkıda bulunarak, optimum sağlık hizmetleri sunma becerilerini de artırmaktadır (23,42). Ayrıca, hastane yöneticileri, sürekli eğitim programları kapsamında ekip çalışması, iletişim ve profesyonellik konularına odaklanarak hemşirelerin KHB'yi azaltmasına olanak sağlayabilirler (47). Hemşirelerin çalışma takvimi özelliklerinin ve hemşire kadrolarının iyileştirilmesi hemşirelik bakımının kısıtlanmasının azaltılmasına yardımcı olabilir (46).

Karşılanmamış hemşirelik bakımına neden olan sistemsel ve yapısal faktörler arasında kaynak yetersizliği hemşirelik bakım hizmetini doğrudan etkileyen bir faktör olarak yer almaktadır (9,35,43). İlaçlar (%60,5) ve işlevsel ekipman ya da malzeme (%57,0) gibi maddi kaynakların varlığı, personel etkinliğini önemli ölçüde etkilemektedir (23,42). Kaynak yetersizliği, sadece fiziki araç-gereç eksikliği ile sınırlı kalmayıp gerekli ilaçların bulunmaması, halihazırda bulunması gereken malzeme ve cihazların olmaması ve gerektiğinde malzeme ve cihazların fonksiyonel olmaması gibi lojistik eksikleri de kapsamaktadır. Avrupa genelinde yürütülen çok merkezli RN4CAST çalışmasında, hemşirelerin temel hasta bakım uygulamalarını yerine getirememelerinin en önemli nedenlerinden birinin malzeme eksikliği olduğu saptanmıştır. Özellikle hareket ettirme ekipmanları, koruyucu giysiler ve temizlik malzemelerinin eksikliği, hasta bakımında gecikmelere yol açmıştır (49). Benzer biçimde, İsviçre'de gerçekleştirilen bir araştırma, kaynak yetersizliğinin hemşirelerin bakım

önceliklerini değiştirmesine ve bazı bakım hizmetlerinin atlanmasına neden olduğunu göstermiştir. Bu durum, doğrudan hasta güvenliğini etkileyen bir risk faktörü olarak işaret edilmiştir (50). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hemşireler, sarf malzemelerin zamanında temin edilememesinin hasta bakım sürecinde kesintilere neden olduğunu belirtmişlerdir (51). Bu bulgular, malzeme yetersizliğinin yalnızca bireysel bir sorun değil; yönetsel planlama ve kaynak yönetimi eksikliğinden kaynaklanan yapısal bir problem olduğunu ortaya koymaktadır. Kaynakların yetersiz olduğu ve kaynakların etkin şekilde yönetilmediği durumlar, hemşirelerin hastanedeki işlerinin aksamasına ve hasta ile ilgili bakım planlarının değişmesine sebep olabilmektedir (8,52). Ayrıca kaynak yetersizliği, sağlık ekibi veya hemşirelerin kendi arasında iletişim sorunlarına, personel yetersizliği ile iş yükünün artmasına ve hemşireler üzerinde kaygının artmasıyla birlikte bakımın atlanmasına neden olabilmektedir (9,35,53,54). Sonuç olarak, malzeme eksikliği hemşirelik bakımının kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir etmendir. Bu nedenle bakım hizmetlerinin sürekliliği ve güvenliği için malzeme yönetimi süreçlerinin gözden geçirilmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir (55,56).

Hemşirelerin iletişim ve iş birliği becerilerinde yeterli olmamaları hemşirelik bakımının kaırılmasına neden olabilmektedir (57). Ekip içi iletişim ile KHB arasında zayıf ila orta düzeyde ters bir ilişki saptanmıştır (27). Hemşirelerin bakımın kaırıldığını iletememesi (%50,1) ve önceki vardiyalardan yetersiz devir teslimleri (%52,2) gibi iletişim hataları, ekip üyeleri arasındaki gerginlik (%47,3), diğer bölümlerle yaşanan gerginlikler (%50,3) KHB'de kritik bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Takım çalışmasının sağlanamaması, hemşirelik ekibinde güven, iş birliği eksikliği ve liderlik eksikliği vb. faktörler KHB için önemli bir neden teşkil etmektedir (48). Yetersiz devir teslimlerinde geçmişten günümüze azalma olduğu çalışmalarda gösterilmiş olsa da hala önemli iyileştirmelere gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (3).

Etkili iletişim, bakımın sürekliliğini sağlamak için olmazsa olmazdır, iletişimdeki kesintiler hasta güvenliği için önemli sonuçlara neden olmaktadır (47). Ekip içindeki gerginlikler ve çatışmalar iletişimi parçalayabilir, moral ve motivasyonu düşürebilir ve nihayetinde hasta bakımını tehlikeye atabilir. Bu sorunların yaygınlığı, çatışma çözme eğitimi ve ekip oluşturma aktiviteleri gibi hedefli stratejilerin kaırılan bakımı azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir. Olumlu ve işbirlikçi bir çalışma ortamının teşvik edilmesi önemlidir (23). Gelişmiş alışma ortamları veya hemşire kadrosu olan hastanelerde, kaırılan bakımın yaygınlığı ve sıklığı önemli ölçüde azalmaktadır (58). Zayıf ekip içi iletişim ve

hemşireler-hastalar arasındaki yetersiz iletişim kaçırılan hemşirelik bakımını artırmaktadır (59). Dolayısıyla hemşirelerin ekip çalışması becerileri, iletişim, profesyonellik gibi konularda sürekli eğitim programlarıyla desteklenmesi önemlidir (13,47). Eğer kurumlar sürekli eğitimi desteklemezse hasta gereksinimleri karşılanamayabilir ya da bakım kalitesi azalabilir (42). Ayrıca standart devir teslim protokollerinin uygulanması ve iletişim araçlarının geliştirilmesi, bu zorlukların ele alınmasına yardımcı olabilmektedir (23).

2.2.2. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımının Hasta, Hemşire ve Kurum Üzerindeki Etkileri

Hastalara bakım vermek, hemşirelerin en öncelikli sorumluluklarından (42). Hemşireler, hastalara doğrudan bakımı sağlayan sağlık çalışanları olduklarından, hataları tespit etmede ve hasta zararını ortadan kaldırmada kritik bir rol oynamaktadırlar (60). KHB bir ihmâl olarak da değerlendirildiğinden, bu ihmaller hasta sonuçları üzerinde potansiyel olarak ciddi ve yaygın etkiler oluşturabilmektedir (35). Temel hemşirelik bakımının sağlanamaması olumsuz hasta sonuçlarına yol açabilmektedir (23).

Karşılanmamış hemşirelik bakımı hemşireler açısından değerlendirildiğinde şunları öngörmektedir: hemşire tarafından bildirilen bakım kalitesinin azalması, hemşirelerin işten ayrılma niyetinin ve oranının artması, mesleki memnuniyetin azalması, hemşirelik iş yükünün artması vb. Hemşireler, hastalarına eksiksiz bakım sağlayamama durumuyla karşı karşıya kaldıklarında ahlaki sıkıntı, rol çatışması ve rol gerginliğiyle tutarlı deneyimler tanımlamışlardır (27,37,38) Hemşirelerin, ağır iş yükü ve işlerinin yoğunluğu hemşirelik bakımını kaçırmaya neden olmaktadır. Hemşireler hasta bakımını istenilen düzeyde karşılayamadıkça bu durum hemşirelerde suçluluk duygusuna ve vicdan azabına yol açarak işten ayrılma niyetlerini tetiklemektedir (57).

Hemşirenin iş ortamına karşı olumlu algısı arttıkça ya da kendine ve çalıştığı kliniğe karşı sorumluluk duygusu arttıkça KHB oranı azalmaktadır (61,62). Ancak uzun çalışma saatleri (günlük ve haftalık ortalama normal çalışma saati sayıları sırasıyla 9,7 ve 47,4'tür) ve dinlenme fırsatının yetersiz olduğu sağlıklı ve elverişsiz çalışma programları hemşirelerde yorgunluğa neden olmaktadır. Bu durum kendilerinin ve hastalarının güvenliğini olumsuz etkileyerek hemşirelik bakımının kaçırılma olasılığını artırabilmektedir. Yeterli dinlenmeden uzun saatler çalışan hemşireler, ilgili kuruluşlar tarafından sağlık ve refahlarının değersizleştirildiğini ve bu durumun kendilerini kurumlarına bağlı olmaktan alıkoyduğunu belirtmişlerdir (63). Hemşirelerin, karşılayamadığı bakım için üzüntü, öfke, hayal kırıklığı,

umursamazlık, suçluluk gibi duygusal tepkiler verdikleri bildirilmektedir (9,40). KHB'deki artış, hemşireler tarafından algılanan bakım kalitesinin ve güvenliğinin önemli ölçüde düşmesine yol açarak hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarına neden olabilmektedir (43). Ek olarak, düşük kaliteli bakım ve KHB hemşirelik imajını zedeleyerek hastalar ile hemşireler arasındaki güven ilişkisini olumsuz etkiler (64).

Karşılanmamış hemşirelik bakımı ile hasta sonuçları arasında güçlü bir negatif ilişki olduğu görülmektedir (65). KHB hastalar açısından tıbbi hatalar, komplikasyonlar, düşük hasta memnuniyeti, düşük bakım kalitesi, artan morbidite ile ilişkilendirilmektedir (11,66). KHB puanındaki bir birimlik artış, olumsuz hasta sonuçlarının sıklığını %10 oranında artırmaktadır (67). Demir ve ark. (68) KHB'ye bağlı olarak hastaların %53,2'sinin en az bir problem yaşadıklarını belirlemişlerdir. Sarpong ve ark. (60) çalışmasında bildirilen istemeyen durumlar arasında intravenöz infüzyonun damar dışına çıkması, düşmeler ve basınç yaralanmaları yer almaktadır. Karadaş ve ark. (69) çalışmasında düşmeler, yeni enfeksiyonların gelişimi, intravenöz obstrüksiyon, deri altı infiltrasyon KHB sonucunda karşılaşılan vakalar arasında yer almaktadır. Turgut ve ark.'nın (70) çalışmalarında hastalar tarafından bildirilen KHB'ye bağlı hasta sonuçları damarsal komplikasyonlar, yeni enfeksiyon gelişimi, cilt komplikasyonları olarak sıralanmıştır. Bakımın karşılanmamasına ikincil hasta yatış süresinin uzaması, hasta memnuniyetinin ve hasta güvenliğinin azalması, olumsuz olayların ve hasta ölümlerinin artması söz konusudur (27,37,38,39). Hastaneler hemşirelerin KHB raporlarına dikkat etmeli ve rutin izlemeyi bir kalite ve güvenlik göstergesi olarak değerlendirmeli ve nedenlere yönelik çözüm sağlamalıdır (14).

Karşılanmamış hemşirelik bakımı sonucunda hastaların hastanede kalış gün sayısının artması, tekrar hastaneye yatış ve ek tedavilerin uygulanması nedeniyle bakım hizmetlerine ayrılan maliyetin önemli derecede arttığı görülmektedir (11,40,42). Tüm bu nedenlerden dolayı yapılacak araştırmalarda kurumsal düzeyde mevcut durumun tespit edilmesi, hemşirelere düzenli aralıklarla eğitim verilmesi, olumsuz hasta sonuçlarının düzenli olarak kaydedilmesi ve bu konuya yönelik periyodik toplantılar planlanması önerilmektedir (40).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amaç ve Tipi

Araştırma cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin perspektifinden KHB'yi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 15.06.2024-20.02.2025 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Hastanesi cerrahi servislerinde (beyin cerrahi, üroloji, göğüs cerrahi, kalp ve damar cerrahi, genel cerrahi, ortopedi, kulak burun boğaz, plastik cerrahi servisleri, postoperatif yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım ve kalp damar cerrahi yoğun bakım üniteleri) çalışan hemşirelerle yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri formları araştırmacı tarafından verilmiş, bulundukları servislerde yüz yüze doldurmaları istenmiştir. Veri toplama süreci ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; ilgili hastanenin cerrahi servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Etki büyüklüğü 0.3, güven düzeyi %95 ve güç oranı %80 kabul edilerek G* Power 3.1.9.4 programı ile örneklem alınması gereken en az kişi sayısı 94 olarak bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Trakya Üniversitesi Hastanesi cerrahi servislerinde (beyin cerrahi, üroloji servisi, göğüs cerrahi servisi, kalp ve damar cerrahi, genel cerrahi servisi, ortopedi servisi, kulak burun boğaz cerrahi servisi, postoperatif yoğun bakım ünitesi, kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesi, plastik cerrahi servisi) çalışan toplam 126 hemşire evreni oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde izin kullanan hemşireler ve gönüllü olmayan hemşireler çalışmaya dahil edilmedi ve çalışma 94 katılımcıyla tamamlandı. Örneklem evreni temsiliyet gücü %74,6'dır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Trakya Üniversitesi Hastanesi cerrahi servislerinde aktif görev yapmak,
- En az 6 aydır mevcut kliniğinde çalışmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu yazılı olarak beyan etmek,
- Veri toplama süreci sırasında izin kullanmamak.

3.3.2. Dışlanma Kriterleri

- Veri toplama sürecinde izin kullanmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- Altı aydan kısa süredir mevcut cerrahi serviste çalışıyor olmak.

3.4. Uygunluk Değerlendirme

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip olan 126 hemşireden 94 hemşire ile görüşüldü. Kriterlere uygun olmayan 32 hemşire (beyin cerrahi servisinde 2 hemşire izinli, göğüs cerrahi servisi 4 hemşire izinli, kalp ve damar cerrahi servisi 4 kişi izinli, genel cerrahi servisi 4 hemşire izinli, ortopedi servisi 1 hemşire izinli, kulak burun boğaz cerrahi servisi 1 hemşire izinli, kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesi 2 hemşire gönüllü olmadı, postoperatif yoğun bakım ünitesi 5 kişi gönüllü olmadı, cerrahi yoğun bakım ünitesi 9 kişi gönüllü olmadı) uygunluk kriterleri sağlanmadığı için araştırmaya dahil edilemedi.

3.5. Araştırma Soruları

Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin hastaların bakım gereksinimlerini karşılama durumu nedir?

Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin hastaların bakım gereksinimlerini karşılayamamasının nedenleri nelerdir?

Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 1. Bölüm puanları dağılımı nasıldır?

Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 2.bölüm puanları farklı mıdır?

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan servis, görevi, mesleki deneyimi, cerrahi servislerde çalışma süresi, çalışılan vardiya tipi, çalışılan birimde yatak kapasitesi, çalışılan birimde çalışan hemşire sayısı, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, haftalık ortalama çalışma saati, mesleği sevme durumu değişkenleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmaya ait veriler “Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu:” ve “Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi – Türkçe Formu (MISS-CARE Survey- Turkish)” ile toplandı.

3.7.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Form, literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Form; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan servis, görev, mesleki deneyim, cerrahi servislerde çalışma süresi, çalışılan vardiya tipi, çalışılan birimde yatak kapasitesi, çalışılan birimde çalışan hemşire sayısı, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, haftalık ortalama çalışma saati, mesleği sevme durumunu sorgulayan 13 adet sorudan oluşmaktadır (30,38,41) (EK 1).

3.7.2. Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi – Türkçe Formu (MISS-CARE Survey- Turkish)

Anket, hemşirelerin çalıştıkları birimlerde karşılanması gereken ancak karşılanmayan hemşirelik bakımlarını ve verilememe nedenlerini belirlemek amacıyla Kalich ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından yapılmıştır. Anket 37 madde ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm 21 madde; hemşireler tarafından karşılanması gereken ancak karşılanmayan bakım unsurlarını içermektedir. Birinci bölüm 5’li likert tipindedir (hiçbir zaman verilmiyor=4, sıklıkla verilmiyor=3, bazen verilmiyor=2, nadiren verilmiyor=1, uygun değil). Birinci bölümün puan aralığı 1-4 arasındadır. “Uygun değil” seçeneği puanlamaya alınmamaktadır. Bu bölümde ankette alınan puan arttıkça karşılanamayan bakım artmaktadır. İkinci bölüm; 16 madde ve 3 alt boyuttan (iş gücü kaynakları ve malzeme kaynakları ve iletişim) oluşan karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleridir. İkinci bölüm 4’lü likert tipindedir (önemli bir neden=4, orta düzeyde bir neden=3, küçük bir neden=2, bakımın verilememesi için bir neden değil=1). İkinci bölümün puan aralığı da 1-4 arasındadır. Anketin

ikinci bölümünün değerlendirilmesi her bir ifadeye verilen cevapların yüzde hesaplamaları üzerinden gerçekleştirilmektedir. İfadelerin yüzdesinin yüksek olması ilgili ifadede yer alan nedenin hemşirelik bakım unsurunun karşılanamamasında çok önemli, düşük olması ise ilgili hemşirelik bakım unsurunun hemşireler tarafından karşılanamamasında önemsiz olduğu anlamına gelmektedir (EK 2). Anketin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı Bölüm B için 0,80 olmak üzere iletişim alt boyutu için 0,91, malzeme kaynakları alt boyutu için 0,69 ve iş gücü kaynakları alt boyutu için 0,77 olarak bulunmuştur (35,71).

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma sürecinde Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi – Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırma Etik Kurulu (TÜTF-GOBAEK) yönergeleri ve standartlarına dikkat edildi. Araştırma öncesinde hemşireler bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı olarak izinleri alınmıştır. Araştırma için TÜTF-GOBAEK’den etik izni (01.04.2024 tarihli, 134 protokol kodlu) (EK 3) ve Trakya Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (27.05.2024 tarihli, E-79056779-044-650247 sayılı) (EK 4) alındı. Araştırmada kullanılan anketin kullanımı ile ilgili geçerlik güvenirlik çalışmalarını yapan Sayın Terzioğlu ve Sayın Duygulu’dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK 5).

3.9. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Bağımsız Örneklem t testi, parametrik test varsayımlar yerine getirilmediğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi (posthoc analiz için Tamhane T2 testi) kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Verilerin normallik varsayımı değerlendirilirken Kolmogorov-Smirnov testi, istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendi, Tabachnick ve Fidell’in (72) önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05’ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin perspektifinden KHB'yi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları istatistiksel analizleri yapılarak, tablolar halinde sunuldu. Tablo 4.1.'de hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre dağılımı

Özellikler (n=94)	n	%
Yaş $\bar{X} \pm SS$ (min-max) 31,63$\pm$6,32 (24-49)		
31 yaş ve altı	56	59,6
32 yaş ve üzeri	38	40,4
Cinsiyet		
Kadın	63	67,0
Erkek	31	33,0
Eğitim durumu		
Lise	5	5,3
Ön lisans	13	13,8
Lisans	66	70,3
Lisansüstü	10	10,6
Çalışılan servis		
Beyin cerrahi	8	8,5
Üroloji	9	9,6
Kalp damar cerrahi	6	6,4
Göğüs cerrahi	6	6,4
Genel cerrahi	12	12,8
Ortopedi	11	11,7
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	7	7,4
Kulak burun boğaz	7	7,4
Kalp damar cerrahi YBÜ	8	8,5
Postoperatif YBÜ	3	3,2
Cerrahi YBÜ	17	18,1

Tablo 4.1. (Devam) Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre dağılımı

Özellikler (n=94)	n	%
Görevi		
Sorumlu hemşire	10	10,6
Servis hemşiresi	84	89,4
Mesleki deneyim süresi		
110 ay ve altı	57	60,6
111 ay ve üzeri	37	39,4
Cerrahi servislerde çalışma süresi		
85 ay ve altı	64	68,1
86 ay ve üzeri	30	31,9
Çalışılan vardiya tipi		
Yalnız gündüz	14	14,9
Gece ve gündüz	80	85,1
Birim yatak kapasitesi		
25 yatak ve altı	28	29,8
26 yatak ve üzeri	66	70,2
Birimde çalışan hemşire sayısı		
13 ve altı	65	69,1
14 ve üzeri	29	30,9
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı		
19 hasta ve altı	43	45,7
20 hasta ve üzeri	51	54,3
Haftalık ortalama çalışma saati		
50 saat ve altı	61	64,9
51 saat ve üzeri	33	35,1
Mesleğini sevmeye durumu		
6 puan ve altı	45	47,9
7 puan ve üzeri	49	52,1

Tablo 4.1. (Devam) Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre dağılımı

Özellikler (n=94)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)
Mesleki deneyim süresi ortalaması (ay)	110,17 $\pm$ 79,42 (14-358)
Birim yatak kapasitesi ortalaması (adet)	25,43 $\pm$ 11,79 (4-48)
Cerrahi servislerde çalışma süresi (ay)	85,44 $\pm$ 77,09 (6-358)
Birimde çalışan hemşire sayısı ortalaması	13,36 $\pm$ 6,45 (7-26)
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	19,48 $\pm$ 10,94 (2-40)
Haftalık ortalama çalışma saati (saat)	50,57 $\pm$ 8,3 (40-72)
Mesleğini sevme durumu ortalaması	6,16 $\pm$ 2,43 (0-10)

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, **$\bar{X}$:** Ortalama, **SS:** Standart sapma, **min:** en küçük değer, **max:** en büyük değer, **Not:** yaş, mesleki deneyim süresi, birim yatak kapasitesi, cerrahi servislerde çalışma süresi, birimde çalışan hemşire sayısı, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, haftalık ortalama çalışma saati, mesleğini sevme durumu puan aralıkları ortalama değere göre düzenlenmiştir.

Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre dağılımı değerlendirildiğinde; hemşirelerin %59,6'sının 31 yaş ve altında, %67,0'sinin kadın, %70,3'ünün lisans mezunu, %18,1'inin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %89,4'ünün servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %60,6'sının 110 ay ve altında süredir mesleki deneyiminin olduğu, %68,1'inin 85 ay ve altında cerrahi servislerinde görev yaptığı, %85,1'inin gece gündüz vardiya şeklinde çalıştığı, %70,2'sinin birim yatak kapasitesinin 26 yatak ve üzerinde olduğu, %69,1'inin biriminde çalışan hemşire sayısının 13 hemşire ve altında olduğu, %54,3'ünün günlük ortalama 20 hastadan fazla hastaya bakım verdiği, %64,9'unun haftalık ortalama 51 saatten az çalıştığı, %52,1'inin mesleğini sevme düzeyinin yedi puan ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin yaş ortalaması 31,63 $\pm$ 6,32 yıl; mesleki deneyim süresi ortalamasının 110,17 $\pm$ 79,42 ay; birim yatak kapasitesi ortalamasının 25,43 $\pm$ 11,79 adet; cerrahi servislerde çalışma süresi ortalamasının 85,44 $\pm$ 77,09 ay; günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı ortalamasının 19,48 $\pm$ 10,94 hasta; haftalık ortalama çalışma saati 50,57 $\pm$ 8,34 saat; mesleğini sevme durumu puan ortalaması 6,16 $\pm$ 2,43 puandır. Birimde çalışan hemşire sayısı ortalaması 13,36 $\pm$ 6,45'tir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi puan ortalamalarının dağılımı

Anket	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maximum	Cronbach Alpha
Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölüm					
Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	1,11	0,46	0,05	2,71	0,88
Anketi - 2. Bölüm					
Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	3,13	0,69	1,00	4,00	0,93
Anketi - 2. Bölüm					
İş gücü kaynakları	3,72	0,46	1,00	4,00	0,71
Malzeme kaynakları	1,73	0,55	0,62	2,46	0,87
İletişim/takım çalışması	1,06	0,30	0,33	1,33	0,91

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma.

Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- 1.Bölüm toplam puan ortalaması $1,11 \pm 0,46$ idi. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-2. Bölüm toplam ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; anketin toplam puan ortalaması $3,13 \pm 0,69$; “iş gücü kaynakları” alt boyut puan ortalaması $3,72 \pm 0,46$; “malzeme kaynakları” alt boyut puan ortalaması $1,73 \pm 0,55$; “iletişim/takım çalışması” alt boyut puan ortalaması $1,06 \pm 0,30$ olarak bulundu. Anketlere ait iç geçerlik kat sayıları güvenirlik düzeyleri incelendiğinde; Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölüm ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölüm toplam puanları ile “malzeme kaynakları”, “iletişim/takım çalışması” alt toplam puanlarının genel güvenirlik düzeylerinin yüksek güvenirlikte ($0,81 < \alpha < 1,00$), “iş gücü kaynakları” alt boyutunun genel güvenirlik düzeyinin orta güvenirlikte ($0,61 < \alpha < 0,80$) olduğu belirlendi (73) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölümün madde dağılımları ve ortalamalarının dağılımı

Maddeler	Hiç bir zaman verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Bazen verilmiyor		Nadiren verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	1	1,1	11	11,7	17	18,1	47	50,0	18	19,1
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	1	1,1	11	11,7	38	40,4	34	36,2	10	10,6
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	3	3,2	3	3,2	14	14,9	39	41,5	35	37,2

Tablo 4.3. (Devam) Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölümün madde dağılımları ve ortalamalarının dağılımı

Maddeler	Hiç bir zaman verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Bazen verilmiyor		Nadiren verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	3	3,2	2	2,1	11	11,7	50	53,2	28	29,8
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	0	0,0	1	1,1	15	16,0	64	68,1	14	14,9
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	0	0,0	4	4,3	8	8,5	64	68,1	18	19,1
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	0	0,0	4	4,3	7	7,4	65	69,1	18	19,1
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	0	0,0	4	4,3	8	8,5	65	69,1	17	18,1
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	2	2,1	8	8,5	28	29,8	40	42,6	16	17,0
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	1	1,1	18	19,1	21	22,3	41	43,6	13	13,8
11. Hastaya banyo yaptırılması / deri bakımı verilmesi	4	4,3	23	24,5	19	20,2	35	37,2	13	13,8
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi	0	0,0	8	8,5	20	21,3	50	53,2	16	17,0
13. Ellerin yıkanması	0	0,0	5	5,3	9	9,6	51	54,3	29	30,9
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	2	2,1	9	9,6	9	9,6	40	42,6	34	36,2
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	0	0,0	3	3,2	2	2,1	69	73,4	20	21,3
16. Her şifftte hastanın değerlendirilmesi	1	1,1	3	3,2	3	3,2	69	73,4	18	19,1
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	0	0,0	4	4,3	4	4,3	69	73,4	17	18,1
18. Çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	2	2,1	8	8,5	9	9,6	41	43,6	34	36,2
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	2	2,1	3	3,2	13	13,8	62	66,0	14	14,9
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	0	0,0	3	3,2	8	8,5	67	71,1	16	17,0
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	2	2,1	10	10,6	20	21,3	33	35,1	29	30,9

X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölüm madde dağılımları değerlendirildiğinde; hiç bir zaman verilmeyen bakım hizmetinin “hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” (%4,3) olduğu; sıklıkla karşılanmayan bakım hizmetinin “hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” (%24,5) olduğu; bazen verilmeyen bakım

hizmetinin “her iki saatte bir hastanın çevrilmesi” (%40,4) olduğu; nadiren verilmeyen bakım hizmetlerinin “isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması”-“her şifftte hastanın değerlendirilmesi”-“hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi” (%73,4) olduğu belirlendi (Tablo 4.3.).

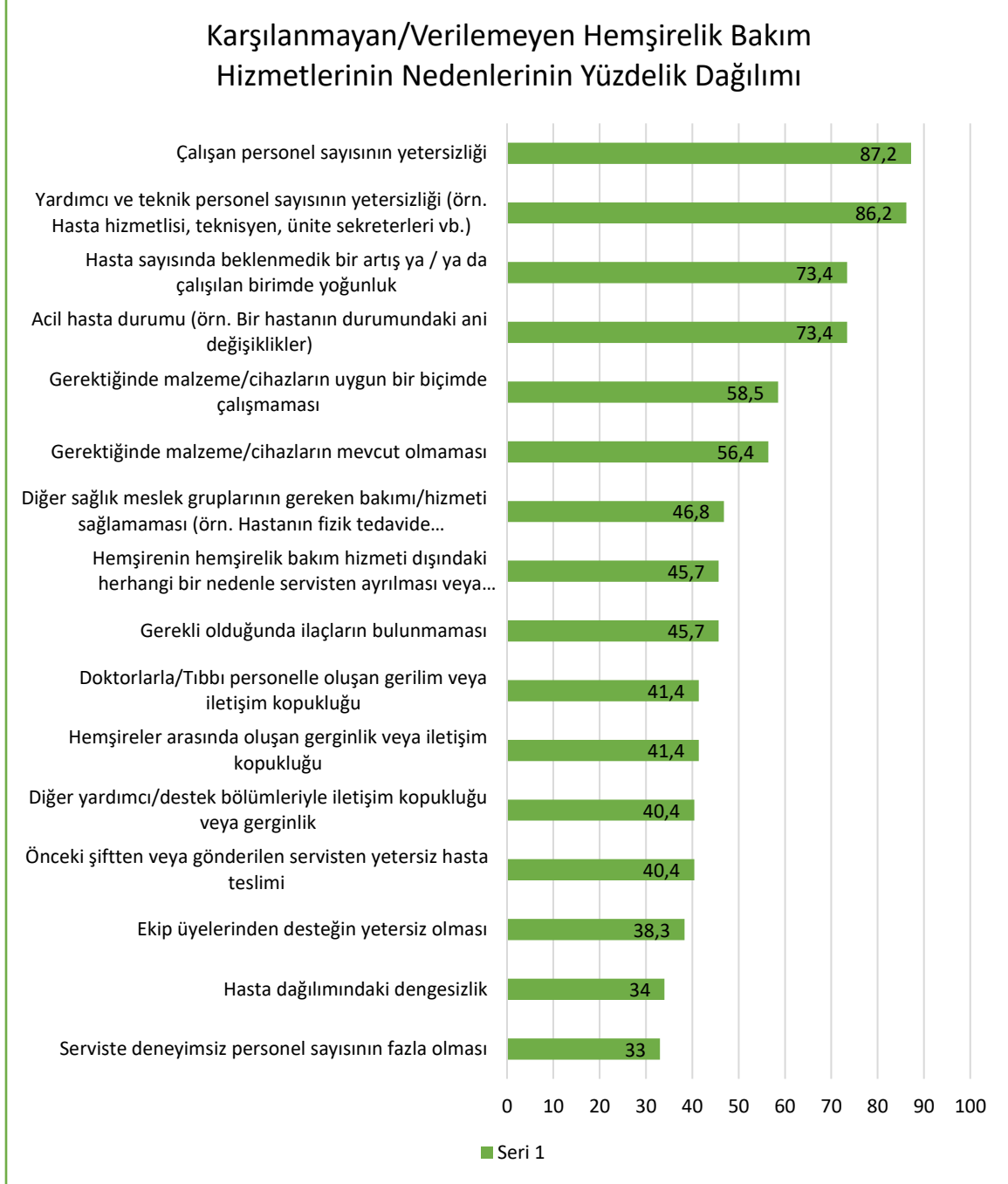
Tablo 4.4. Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümün madde dağılımları ve ortalamalarının dağılımı

Maddeler	Önemli bir neden		Orta düzeyde bir neden		Küçük bir neden		Bakımın verilememesi için bir neden değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği	82	87,2	10	10,6	1	1,1	1	1,1
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	69	73,4	17	18,1	6	6,4	2	2,1
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk	69	73,4	17	18,1	5	5,3	3	3,2
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	81	86,2	9	9,6	2	2,1	2	2,1
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	31	33,0	23	24,5	32	34,0	8	8,5
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik	32	34,0	17	18,1	27	28,7	18	19,1
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	43	45,7	25	26,6	18	19,1	8	8,5
8. Önceki şifften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	38	40,4	23	24,5	18	19,1	15	16,0
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	44	46,8	26	27,7	18	19,1	6	6,4
10. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	53	56,4	20	21,3	11	11,7	10	10,6
11. Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	55	58,5	16	17,0	15	16,0	8	8,5
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	36	38,3	15	16,0	28	29,7	15	16,0
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	38	40,4	23	24,5	20	21,3	13	13,8
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	39	41,4	17	18,1	19	20,2	19	20,2
15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	39	41,4	19	20,2	19	20,2	17	18,2
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması	43	45,7	15	16,0	13	13,8	23	24,5

̄: Ortalama, SS: Standart sapma

Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümün madde dağılımları değerlendirildiğinde; hemşirelerin bakımı karşılamada en önemli buldukları nedenin %87,2 ile “Çalışan personel sayısının yetersizliği” olduğu belirlendi. Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmet nedenleri arasında %27,7’sinin “diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamamasını” orta düzeyde; %34,0’ünün “serviste

deneyimsiz personel sayısının fazla olmasını” küçük bir neden; %24,5’inin “Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamamasını” bakımın verilememesi için bir neden değil olarak ifade ettiği belirlendi (Tablo 4.4) (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümüne göre önemli bir neden olarak gösterilen ifadelerin yüzdelik dağılımı

Tablo 4.5. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölümün puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırması

Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri				
Özellikler	Anketi - 1. Bölümü			Test değeri/p
Yaş	Sıra Ort.	Sıra Top.	Medyan	MWU=901,500 p=0,210
31 yaş ve altı	50,40	2822,50	1,14	
32 yaş ve üzeri	43,22	1642,50	0,97	
Cinsiyet	Sıra Ort.	Sıra Top.	Medyan	MWU=884,000 p=0,456
Kadın	46,03	2900,00	1,09	
Erkek	50,48	1565,00	1,14	
Eğitim durumu	Sıra Ort.	Medyan	$\bar{X} \pm SS$	KW=1,613 p=0,656
Lise	61,20	1,14	1,27±0,29	
Önlisans	43,08	1,04	1,01±0,30	
Lisans	47,44	1,09	1,11±0,51	
Lisansüstü	46,80	1,04	1,09±0,34	
Çalışılan servis	Sıra Ort.	Medyan	$\bar{X} \pm SS$	KW=12,886 p=0,230
Beyin cerrahi	54,31	1,16	1,16±0,24	
Üroloji	67,83	1,23	1,38±0,28	
Kalp damar cerrahi	42,00	1,00	1,00±0,23	
Göğüs cerrahi	42,92	0,88	1,09±0,56	
Genel cerrahi	54,58	1,23	1,18±0,33	
Ortopedi	35,68	0,90	0,96±0,53	
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	33,50	0,80	0,79±0,50	
Kulak burun boğaz	57,79	1,38	1,40±0,71	
Kalp damar cerrahi YBÜ	37,00	0,90	1,04±0,57	
Postop YBÜ	48,33	1,04	1,09±0,17	
Cerrahi YBÜ	46,06	1,09	1,06±0,49	
Görevi	Sıra Ort.	Sıra Top.	Medyan	MWU=352,00 p=0,404
Sorumlu hemşire	40,70	407,00	0,95	
Servis hemşiresi	48,31	4058,00	1,09	
Mesleki deneyim süresi	Sıra Ort.	Sıra Top.	Medyan	MWU=915,00 p=0,280
110 ay ve altı	49,95	2847,00	1,14	
111 ay ve üzeri	43,73	1618,00	1,00	

Tablo 4.5. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölümün puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırması

Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri				
Özellikler	Anketi - 1. Bölümü			Test değeri/p
Cerrahi servislerde çalışma süresi	Sıra Ort.	Sıra Top.	Medyan	MWU=771,50 p=0,126
85 ay ve altı	50,45	3228,50	1,14	
86 ay ve üzeri	41,22	1236,50	0,88	
Çalışılan vardiya tipi	X̄ (Ort)		SS	t=-1,137 p=0,259
Yalnız gündüz	0,97		0,31	
Gece ve gündüz	1,13		0,48	
Birim yatak kapasitesi	X̄ (Ort)		SS	t=-0,662 p=0,509
25 yatak ve altı	1,06		0,48	
26 yatak ve üzeri	1,13		0,46	
Birimde çalışan hemşire sayısı	X̄ (Ort)		SS	t=-0,062 p=0,951
13 ve altı	1,10		0,48	
14 ve üzeri	1,11		0,43	
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	X̄ (Ort)		SS	t=-1,285 p=0,202
19 hasta ve altı	1,04		0,47	
20 hasta ve üzeri	1,16		0,46	
Haftalık ortalama çalışma saati	Sıra Ort.	Sıra Top.	Medyan	MWU=878,000 p=0,308
50 saat ve altı	45,39	2769,00	1,04	
51 saat ve üzeri	51,39	1696,00	1,19	
Mesleğini sevmeye durumu	X̄ (Ort)		SS	t=-1,554 p=0,124
6 puan ve altı	1,03		0,46	
7 puan ve üzeri	1,18		0,46	

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, $\bar{X}$: ortalama, SS: Standart sapma, MWU: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, t: Bağımsız Örneklem t testi.

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölümü puan ortalamalarının karşılaştırmasında ilgili değişkenler ile anketin toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümü toplam puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırması

Özellikler		Ölçek toplam	
Yaş	$\bar{X}$ (Ort)	SS	
31 yaş ve altı	3,09	0,67	
32 yaş ve üzeri	3,20	0,73	
t=-0,743/p=0,459			
Cinsiyet	$\bar{X}$ (Ort)	SS	
Kadın ^a	3,20	0,71	
Erkek ^a	3,00	0,64	
t=1,288/p=0,201			
Eğitim durumu	Sıra Ort.	Medyan	$\bar{X} \pm SS$
Lise	60,30	3,56	3,52±0,32
Önlisans	38,88	2,81	2,88±0,78
Lisans	46,96	3,31	3,12±0,69
Lisansüstü	55,85	3,46	3,32±0,64
KW=3,371/p=0,338			
Görevi	$\bar{X}$ (Ort)	SS	
Sorumlu hemşire	3,33	0,74	
Servis hemşiresi	3,11	0,69	
t=0,938/p=0,351			

Tablo 4.6. (Devam) Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümü toplam puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırması

Özellikler	Ölçek toplam		
Çalışılan servis	Sıra Ort.	Medyan	$\bar{X} \pm SS$
Beyin cerrahi	41,44	2,87	2,86±0,94
Üroloji	53,39	3,37	3,29±0,64
Kalp damar cerrahi	50,58	3,50	3,26±0,55
Göğüs cerrahi	76,83	4,00	3,80±0,31
Genel cerrahi	46,75	3,28	3,21±0,33
Ortopedi	57,91	3,68	3,39±0,57
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	42,57	3,25	3,07±0,60
Kulak burun boğaz	42,64	3,37	2,85±1,11
Kalp damar cerrahi YBÜ	55,31	3,62	3,17±1,01
Postoperatif YBÜ	41,33	2,43	2,93±0,92
Cerrahi YBÜ	31,03	2,68	2,81±0,48
KW=16,953/p=0,075			
Mesleki deneyim süresi	$\bar{X}$ (Ort)	SS	
110 ay ve altı	3,09	0,68	
111 ay ve üzeri	3,19	0,71	
t=-0,617/p=0,539			
Cerrahi servislerde çalışma süresi	$\bar{X}$ (Ort)	SS	
85 ay ve altı	3,11	0,67	
86 ay ve üzeri	3,18	0,76	
t=-0,432/p=0,666			

Tablo 4.6. (Devam) Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümü toplam puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırması

Özellikler		Ölçek toplam
Çalışılan vardiya tipi	$\bar{X}$ (Ort)	SS
Yalnız gündüz	3,31	0,69
Gece ve gündüz	3,10	0,69
		$t=1,056/p=0,294$
Birim yatak kapasitesi	$\bar{X}$ (Ort)	SS
25 yatak ve altı	2,93	0,70
26 yatak ve üzeri	3,22	0,68
		$t=-1,859/p=0,066$
Birimde çalışan hemşire sayısı	$\bar{X}$ (Ort)	SS
13 ve altı ^a	3,20	0,77
14 ve üzeri ^b	2,98	0,46
		$t=1,714/p=0,090$
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	$\bar{X}$ (Mean)	SS
19 hasta ve altı	2,97	0,69
20 hasta ve üzeri	3,26	0,67
		$t=-2,045/p=0,044$
Haftalık ortalama çalışma saati	$\bar{X}$ (Ort)	SS
50 saat ve altı	3,18	0,75
51 saat ve üzeri	3,04	0,57
		$t=0,922/p=0,359$

Tablo 4.6. (Devam) Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümü toplam puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırması

Özellikler	Ölçek toplam	
Mesleğini sevme durumu	$\bar{X}$ (Ort)	SS
6 puan ve altı	3,20	0,70
7 puan ve üzeri	3,07	0,69
t=0,912/p=0,364		

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma.

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölümü toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasında ölçek toplamı ile günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.6.)

5. TARTIŞMA

Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin perspektifinden KHB'yi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Mesleki Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmadaki hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özellikleri, hemşirelerin örneklemini oluşturduğu benzer çalışmaların bulgularıyla tutarlı bulunmuştur (11,43,58). Bahsi geçen çalışmalarda örneklemini oluşturan hemşirelerin çoğunlukla kadın (38,43,45,57,70,74-79), 30 yaş üstü (38,43,48,57,70,74,76) ve lisans mezunu olan (38,45,57,77) hemşireler olduğu görülmektedir. Örneklemini oluşturan hemşirelerin çoğu mesleğini seven bireylerdi. Literatürde yer alan çalışmalarda katılımcıların büyük kısmının mesleğini seven (34,38,79) kişiler olduğu belirlenmiştir.

5.2. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 1. Bölüm Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi puan ortalamalarının (1,11±0,46) düşük olduğu saptanırken, bu durum hemşirelerin bakım gereksinimlerini nadiren karşılayamadıklarını göstermektedir. Benzer şekilde hemşirelerin örneklemini oluşturduğu ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde; Labrague ve ark. (76) çalışmalarında (puan ortalamaları 1.69±2.19), Turgut ve ark. (70) çalışmalarında (puan ortalamaları: 1.10±0.41), Nahasaram ve ark. (80) çalışmalarında (puan ortalamaları 1,88±0,67 1-5 arası değerlendirme), Aksoy ve Orak (81) ile Erden ve Sökmen (79) çalışmalarında hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı gereksinimlerinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Güney Kore ve Amerika Birleşik Devletleri'nde KHB'yi karşılaştıran Lee ve ark.'nın (82) çalışmalarında Güney Koreli hemşirelerde KHB düzeyi daha düşük seyretmiştir (sırasıyla puan ortalamaları 1,40 ± 0,39 ve 1,70 ± 0,33). Şen ve ark. (83) çalışmalarında hemşirelerin bakımı ara sıra kaçırdıkları (1.66 ± 0.63) belirlenmiştir. Mandal ve Seethalakshmi (84) hemşirelerin belirli görevleri nadiren veya ara sıra kaçırdıklarını (genel medyan puan 2,39, 1-5 arası değerlendirme) tespit etmişlerdir. Çalışma sonuçlarına dayanarak hemşirelik bakım uygulamalarının düşük seviyede de olsa karşılayamadığı söylenebilir. Kalisch ve ark.'nın (85) çalışmalarında aile üyelerinin hemşirelik bakımına katılımının daha az

kaçırılan bakımla sonuçlanabileceğini vurgulamışlardır. Çalışmanın yapıldığı hastanede hastalara yakınlarının refakat etmesine izin verildiğinden, bazı bakım uygulamalarının hasta yakınları tarafından karşılanıyor oluşu bu çalışmada hemşirelerin bakımı nadiren karşılayamamalarına ve KHB düzeyinin düşük kalmasına sebep olmuş olabilir.

5.3. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 2. Bölüm Puan Ortalamalarının Tartışılması

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2. Bölüm toplam puan ortalaması $3,13 \pm 0,69$ olarak saptanırken, alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; “iş gücü kaynakları” alt boyut puan ortalaması $3,72 \pm 0,46$; “malzeme kaynakları” alt boyut puan ortalaması $1,73 \pm 0,55$; “iletişim/takım çalışması” alt boyut puan ortalaması $1,06 \pm 0,30$ ’dır. Bu durum hemşirelerin karşılanamayan bakım için sırasıyla iş gücü kaynaklarındaki, malzeme kaynaklarındaki ve iletişim/takım çalışmasındaki yetersizlikleri önemli bulduklarını göstermektedir. Bulgumuza benzer şekilde Saqer ve ark. (86), Alfuqaha ve ark. (87) ve Kalisch ve Xie (13) çalışmalarında KHB’nin en yaygın nedenleri “iş gücü kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim” olarak sıralanmıştır ve literatürde (34,70,79) en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun “iş gücü kaynakları” olduğu belirlenmiştir. Gillespie ve ark. (74) Avustralyalı perioperatif hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında iş gücü kaynakları (personel sayısı, yorgunluk vb.) bakımın karşılanamaması önündeki en önemli engel olarak bildirilmiştir. Mandal ve Seethalakshmi’nin (84) çalışmalarında iş gücü kaynaklarında ve iletişimdeki kısıtlamaların, kaçırılan hemşirelik bakımında önemli bir yordayıcı (%40,6) olduğu belirlenmiştir. Nahasaram ve ark. (80) iş gücü kaynakları alt boyutu altında yer alan personel sayısında yetersizlik maddesinin KHB’nin en önemli sebebinin oluşturduğunu belirlemişlerdir. Ergezen ve ark. (78) yetersiz sayıda yardımcı personel ve hasta hacminde beklenmeyen bir artışın, KHB’nin birincil nedenleri olduğunu belirlemişlerdir. Sistematik bir derlemede düşük ve orta gelirli ülkelerdeki KHB’nin durumu ele alınmış ve yetersiz personel sayısının KHB’nin en önemli nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir (88). Çalışma sonuçları iş gücü kaynaklarının (hemşire sayısı vb.) hemşirelik bakımının karşılanmamasına neden olan önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada hiçbir zaman verilmeyen bakım hizmetlerinin “hastaya banyo yaptırılması/cilt bakımı verilmesi (%4,3), hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi (%3,2) ve yemeğin hazır edilmesi” olduğu belirlenirken; Adıgüzel ve Tosun (34) hastanın aldığı çıkardığı sıvıların izlenmesi ve hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi hiçbir zaman

verilmeyen bakım uygulamaları arasında en sık gözlenen bakım uygulamaları olarak bulunmuştur. Hastanın mobilize edilmesi ve hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi Turgut ve ark. (70) çalışmalarında hiçbir zaman verilmeyen bakım uygulamaları arasında ilk sıralarda yer almıştır. Kartal ve ark. (45) çalışmalarında en fazla KHB uygulamaları (her zaman verilmiyor) hastaların yemeklerinin hazırlanması (%60,3) ve yemek henüz sıcakken beslenmesi (%59) olarak sıralanmıştır.

Çalışmada sıklıkla karşılanmayan bakım hizmetlerinin hastaya banyo yaptırılması/cilt bakımı verilmesi (%24,5), duygusal destek verilmesi (%19,1) ve hastayı ayağa kaldırma (%3,2) / hastaya pozisyon verme (%3,2) olduğu saptanırken; Adıgüzel ve Tosun (34) sıklıkla verilmeyen bakım uygulamaları arasında ilk sıralarda hastaya banyo yaptırılması ve duygusal destek sağlanmasının yer aldığını bulmuşlardır. Turgut ve ark. (70) çalışmalarında sıklıkla verilmeyen bakım uygulamaları arasında hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi ve banyo yaptırılması ilk sıralarda yer almıştır. Mandal ve Seethalakshmi (84) hasta/yakınlarının duygusal olarak desteklenmesinin sıklıkla kaçırılan bakım uygulaması olduğunu bildirmiştir. Kartal ve ark. (45) süreçle ilgili bilgilendirme yapmanın ve emosyonel destek vermenin hemşirelerin sıklıkla kaçırdığı bakım uygulaması olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmada bazen verilmeyen bakım hizmetlerinin her iki saatte bir hastanın çevrilmesi (%40,4), kurallar ve tanı testleri hakkında bilgilendirme (%29,8) ve duygusal destek sağlanması (%22,3) olduğu bulunurken; Adıgüzel ve Tosun (34) hastanın mobilize edilmesi, hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi ve iki saatte bir hastada pozisyon değişikliğinin yapılmasını içeren bakım uygulamalarının bazen verilmeyen hemşirelik girişimlerinden olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada nadiren verilmeyen bakım hizmetlerinin isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması (%73,4), her şifftte hastanın değerlendirilmesi (%73,4), hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi (%73,4) olduğu belirlendi. Nahasaram ve ark. (80) en az kaçırılan hemşirelik bakım uygulamasının kan glukozunun izlenmesi olduğunu belirlemişlerdir. Adıgüzel ve Tosun (34) kan glukoz izlemi ile damar yolu bakımının yapılmasının nadiren verilmeyen bakım uygulamaları arasında ilk sıralarda yer aldığını belirlemişken; Turgut ve ark. (70) çalışmalarında nadiren verilmeyen bakım uygulamaları arasında hastanın verilerin kayıt altına alınması ve her vardiyada hastanın değerlendirilmesi ilk sıralarda yer almıştır. Bulgularımız literatürle büyük benzerlik göstermekle birlikte; bakımın karşılanma sıklığının farklı olması bakımın karşılanmasındaki engellere rağmen cerrahi hemşirelerinin cerrahi hastaları için bu bakımın ne kadar önemli

olduğunu ve karşılanması gerektiğinin farkında olduklarının, kendi içlerinde bakımları önceliklendirdikleri düşündürmektedir.

5.4. Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi 2. Bölüm Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- 2. Bölümü toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasında ölçek toplamı ile günlük ortalama bakım verilen hasta sayısının 20 ve üzeri olduğu durumlarda KHB oranlarının arttığı belirlenmiştir. Bu durum bakım verilen hasta sayısı arttıkça bakımın karşılanmasının zorlaştığını ortaya koymaktadır. İlaslan ve Şişman (19) hemşirelerin vardiyalarda bakım verdikleri hasta sayılarının ortalama olarak 20 hasta olduğunu ve günlük bakım verilen hasta sayısı ile ölçek puanı arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu saptamışlardır. Arkan ve ark. (30) hemşirelerin daha fazla hastaya bakım verdiği vardiyalarda KHB puanlarının anlamlı biçimde yükseldiği belirtilmiştir. Tenorio ve ark. (89) çalışmalarında hemşire hasta oranının KHB üzerine etkisini incelediğinde; hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça KHB oranlarının da arttığını saptamışlardır. Tubbs-Cooley ve ark. (90) yoğun bakım ünitelerinde ≥ 3 bebekle ilgilenen hemşirelerin vardiya sırasında herhangi bir bakımı kaçırma olasılığının 2,51 kat arttığını bildirmişlerdir. Bakar ve Canlı (54) hemşirelerin vardiyalı çalışmalarındaki bakım verilen hasta sayısının ortalamasının $8,24 \pm 8,27$ olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada hemşireler (%74,5) kendi bölümlerinde çalışan hemşire sayısının bakımın yeterli yapılması için yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma bulgusu ve literatür verileri ele alındığında; hemşirelerin vardiyalardaki bakım verdikleri hasta sayısının artmasıyla, karşılanmayan bakım oranlarının arttığı ve bu durumunun hemşirelik bakım hizmetlerinin azalmasına neden olduğu söylenebilir.

Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin perspektifinden KHB'yi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara dayanılarak,

- Örneklemi oluşturan hemşirelerin çoğunluğunun 31 yaş ve altında, kadın, lisans mezunu, servis hemşiresi olarak görev yaptığı, 110 ay ve altında süredir mesleki deneyiminin olduğu, 85 ay ve altında cerrahi servislerinde görev yaptığı belirlendi (Tablo 4.1.),

- Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1.Bölüm puan ortalamalarının $1,11 \pm 0,46$ olduğu ve hastaların bakım gereksinimlerini genellikle karşılayabildikleri belirlendi (Tablo 4.2.),
- Hemşirelerin Karşılanmayan / Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 2.Bölüm puan ortalamaları $3,13 \pm 0,69$ idi ve en yüksek puan ortalamaları iş gücü kaynakları alt boyutunda idi. KHB'nin en büyük payını iş gücü kaynaklarının oluşturduğu görüldü (Tablo 4.2.),
- Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi - 1. Bölüm madde dağılımları değerlendirildiğinde hiçbir zaman verilmeyen bakım hizmetinin “hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” (%4,3) olduğu; sıklıkla karşılanmayan bakım hizmetinin “hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi” (%24,5) olduğu belirlendi (Tablo 4.3.),
- Hemşirelerin hasta bakım gereksinimleri karşılayamamasındaki önemli nedenler arasında “Çalışan personel sayısının yetersizliği” en yüksek orana (%87,2) sahipti (Tablo 4.4.),

Elde edilen bu sonuçlar araştırmanın cerrahi hemşirelerinin hastaların bakım gereksinimlerini nadiren karşılayamadıklarını ortaya koymaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kurumlar işgücü planlamalarını gözden geçirerek hasta başına düşen hemşire sayısını iyileştirmeli,
- Vardiya planlamaları hasta yoğunluğu ve hasta profiline uygun şekilde yapılmalı,
- Hemşirelerin bakımda gereksinim duyduğu malzeme ve ekipmana erişimi kolaylaştırılarak etkin bir stok ve lojistik sistemi sağlanmalı,
- İletişim ve ekip çalışması güçlendirilmeli,
- Eğitim programları yaygınlaştırılmalı, hemşirelere yönelik düzenli aralıklarla ekip içi iletişim, profesyonellik, zaman yönetimi, karar verme ve klinik muhakeme gibi becerileri geliştirmeye yönelik eğitimler düzenlenmeli,
- Yöneticiler, hemşirelerin karşılaştığı zorluklara duyarlı olmalı ve bakım sunumuna yönelik sorunların çözümü için aktif rol almalı,
- KHB, hastane kalite ve güvenlik göstergeleri arasında yer almalı; bu konuda düzenli ölçümler yapılmalı,

- Farklı hastane türlerinde (devlet, özel, üniversite hastanesi) ve farklı servislerde KHB'nin sıklığı ve nedenlerini ele alan, çözüm önerilerinin etkinliğinin değerlendiren ileri araştırmalar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Gül Ş. Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2:129-34. doi:10.31067/0.2019.134.
2. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. Sağlık ve Toplum. 2018;28:16-23.
3. Aksu Ç, Buğdaycı M, Ayar D. Eksik hemşirelik bakımı; hemşire perspektifinden kesitsel bir çalışma. Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences. 2023;8:496-503. doi:10.5281/zenodo.8205179.
4. Gülen D, Zaybak A. Hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından algılanması: Tanımlayıcı çalışma. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2023;15:108-17. doi:10.5336/nurses.2022-89802.
5. Campagna S, Conti A, Clari M, Basso I, Sciannameo V, Giulio. P, et al. Factors associated with missed nursing care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. Int J Health Policy Manag. 2022;11:1334–41. doi:10.34172/ijhpm.2021.23.
6. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachana H, Wells M, Cunninghamd M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2020;104:103443. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103443.
7. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. J Nurs Care Qual. 2006;21:306-13.
8. Güleşen G. Hemşirelik bakımında önemli bir kavram: Karşılanamayan hemşirelik bakımı ve nedenleri. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2022;5:42-9. doi:10.51536/tusbad.1042757.
9. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs. 2009b;65:1509-17. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
10. Özşaban A, Acaroğlu R. Karşılanmamış hemşirelik bakımına kavramsal bakış: Bir Delphi çalışması. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2022;9:475-87. doi:10.54304/SHYD.2022.46362.
11. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. Kaohsiung J Med Sci. 2021;37:82-91.
12. Kalisch BJ, Aebbersold M. Overcoming barriers to patient safety. Nurs Econ. 2006;24:143-8.
13. Kalisch BJ, Xie B. Errors of mission: missed nursing care. West J Nurs Res. 2014;36:875-90.
14. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. J Clin Nurs. 2018;27:2248-59.
15. Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. Int J Nurs Pract. 2020;26:e12803. doi:10.1111/ijn.12803.
16. Salazar Maya, AM. Nursing care during the perioperative within the surgical context. Investigacion Y Educacion En Enfermeria. 2022;40:e02. doi: 10.17533/udea.iee.v40n2e02.
17. Nestler N. Nursing care and outcome in surgical patients – why do we have to care? Innovative Surgical Sciences. 2019;4:139–43. doi:10.1515/iss-2019-0010.
18. Jangland.E, Nyberg B, Yngman-Uhlin P. ‘It’s a matter of patient safety’: understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study. Scand J Caring Sci. 2017;31:323–31. doi:10.1111/scs.12350.

19. İlaslan N, Yıldırım NŞ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri. *Cukurova Med J*. 2019;44:1226-36. doi:10.17826/cumj.509488.
20. Ghorbanazadeh S, Mancheri H, Zahra Sabzi Z. Investigating missed nursing care and factors related to them in general and intensive care departments from the nurses' point of view. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2023;9:187-99.
21. Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E. Work interruptions and missed nursing care: A necessary evil or an opportunity? The role of nurses' sense of controllability. *Nurs Open*. 2021;9:309–19. doi:10.1002/nop2.1064.
22. Albsoul RA, Alshyyabb MA, Hughes JA, Jones L, Fitz Geralde G. Examining the reasons for missed nursing care from the viewpoints of nurses in public, private, and university hospitals in Jordan: A cross-sectional research. *Collegian*. 2023;30:110–18. doi:10.1016/j.colegn.2022.08.001.
23. Gong F, Mei Y, Wu M, Tang C. Global reasons for missed nursing care: A systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2025;72:e13096. doi:10.1111/inr.13096.
24. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Başkanlığı; 2022. Bakım.
25. American Heritage Dictionary. Amerika Birleşik Devletleri: Harper Collins Publishers; 2025. Care.
26. Dalpezzo NK. Nursing care: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2009;44:256-64. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00151.x.
27. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1121-37. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
28. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83:691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
29. Castner J, Wu. YWB, Dean-Baar S. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *West J Nurs Res*. 2014;37:441–61. doi:10.1177/0193945914535670.
30. Arıkan A, Esenay FI. Missed nursing care in pediatric emergency departments in Turkey: A cross-sectional study. *Appl Nurs Res*. 2023;72:151699. doi:10.1016/j.apnr.2023.151699.
31. Wieczorek-Wojcik B, Gaworska-Krzemińska A, Owczarek AJ, Kilańska D. In-hospital mortality as the side effect of missed care. *J Nurs Manag*. 2020;28:2240-46. doi:10.1111/jonm.12965.
32. Türkmen E. Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılarına etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;2:69-80.
33. Kalisch BJ, Aebersold M, McLaughlin M, Tschannen D, Lane S. An intervention to improve nursing teamwork using virtual simulation. *West J Nurs Res*. 2015;37:164-79.
34. Adıgüzel VP, Tosun B. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2021.
35. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39:211-9. doi:10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.
36. Bartoniçkova D, Kalánkova D, Ziakova K. How to measure patient safety culture? A literature review of instruments. *Acta Medica Martiniana*, 2021;21:69–79. doi:10.2478/acm-2021-0010.

37. Janatolmakan M, Khatony A. Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: A qualitative descriptive study in Iran. *BMC Nurs.* 2022;21:59:1-7. doi:10.1186/s12912-022-00839-9.
38. Mainz H, Tei R, Andersen KV, Lisby M, Gregersen M. Prevalence of missed nursing care and its association with work experience: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud Adv.* 2024;6:100196. doi:10.1016/j.ijnsa.2024.100196.
39. Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nurs Philos.* 2019;1:e12257. doi:10.1111/nup.12257.
40. Ergezen DF, Kol E. Karşılansız hemşirelik bakımı. *J Educ Res Nurs.* 2021;18:467-72. doi:10.5152/jern.2021.16768.
41. Cartaxo A, Mayer H, Eberl I, Bergmann JM. Missing nurses cause missed care: is that it? Non-trivial configurations of reasons associated with missed care in Austrian hospitals—a qualitative comparative analysis. *BMC Nurs.* 2024;23:282. doi:10.1186/s12912-024-01923-y.
42. Papathanasiou L, Tzenetidis V, Tsaras K, Zyga S, Malliarou M. Missed nursing care prioritizing the patient's needs: An umbrella review. *Healthcare.* 2024;12:224. doi:10.3390/healthcare12020224.
43. Bruyneel A, Van den Heede K, Sermeus W, Aiken LH. Unfinished nursing care in intensive care units and the mediating role of the association between nurse working environment, and quality of care and nurses' wellbeing. *Intensive Crit Care Nurs.* 2024;81:103596. doi:10.1016/j.iccn.2023.103596.
44. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev.* 2015;62:267-74. doi:10.1111/inr.12173.
45. Kartal H, Çamlıca T, Özkan A. Yoğun bakımlarda karşılanmayan hemşirelik bakımı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2022;9:322-33. doi:10.54304/SHYD.2022.75547.
46. Kılıç ÇT, Özşaban A, Bayram A, Altuntaş E. Rationing of nursing care in a developing country: A cross-sectional study. *Int Nurs Rev.* 2025;72:e13088. doi:10.1111/inr.13088.
47. Dehghani K, Bagheri I, Dadgari A, Salmani N. Nurses' perception of anticipated nursing care: Qualitative research. *PLoS ONE.* 2025;20:e0308257. doi:10.1371/journal.pone.0308257.
48. Kohanová D, Solgajová A, Cubelo F. The association of teamwork and missed nursing care in acute care setting: A mixed-methods systematic review. *J Clin Nurs.* 2024;33:3399-3413. doi:10.1111/jocn.17182.
49. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:126–35. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.
50. Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, De Geest S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the international hospital outcomes study. *Int J Qual Health Care.* 2012;24:230–8. doi:10.1093/intqhc/mzs009
51. Karaca A, Durna Z. Hemşirelerin karşılanmayan bakım faaliyetleri ve nedenleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2019;22:123–32.
52. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:116–25. doi:10.1136/bmjqs-2012-001767.
53. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs.* 2014;24:47–56. doi:10.1111/jocn.12688.

54. Lafcı Bakar D, Canlı F. Evaluation of missed nursing care needs and reasons in a hospital of Turkey: A comparative cross-sectional study. *Health Care Academician Journal*. 2024;11:456-64. doi:10.52880/sagakaderg.1380677.
55. McCauley L, Kirwan M, Matthews A. The factors contributing to missed care and non-compliance in infection prevention and control practices of nurses: a scoping review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3:100039. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100039.
56. Khajoei R, Balvardi M, Eghbali T, Yousefi MS, Forouzi MA. Missed nursing care and related factors: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2025;24:375. doi:10.1186/s12912-025-02984-3.
57. Li C, Cui X, Zhao Y, Xin Y, Pan W, Zhu Y. Missed nursing care as a mediator in the relationship between career calling and turnover intention. *Int Nurs Rev*. 2024;71:62-8. doi:10.1111/inr.12842.
58. Lake ET, Sanders J, Duan R, Riman KA, Schoenauer KM, Chen Y. A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical Care*. 2019;57:353–61. doi:10.1097/MLR.0000000000001109.
59. He M, Zhu X, Dong Y, Zhang S, Fang S, Wang W, et al. Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2022;78:4019-33. doi:10.1111/jan.15444.
60. Sarpong AA, Towell-Barnard A, Gent L, Afrifa-Yamoah E, Arabiat D. Patients' perception of missed nursing care in a tertiary hospital: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2025;12:e70157. doi:10.1002/nop2.70157.
61. Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs GJ, Liu J, Wu Y, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud*. 2018;86:82-9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005.
62. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2017;75:163-71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003.
63. Cho H, Han K, Ryu E, Choi E. Work schedule characteristics, missed nursing care, and organizational commitment among hospital nurses in Korea. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53:106-14. doi:10.1111/jnu.12612.
64. Sancar B, Doğan Aktaş AB. The effect of missed care on the nursing image perceived by patients and their trust relationships with nurses. *Int Nurs Rev*. 2024;72:e13053.
65. Kalankova D, Kirwan M, Bartonickova D, Cubelo F, Ziakova K, Kurucova R. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *J Nurs Manag*. 2020;28:1783-97. doi: 10.1111/jonm.12978.
66. Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. Missed care from the patient's perspective – A scoping review. *Patient Prefer Adherence*. 2020;25:14:383-400. doi: 10.2147/PPA.S238024.
67. Assaye AM, Wiechula R, J Schultz T, Feo R. Missed nursing care, nurse staffing levels and patient safety outcomes in low-income country acute care settings: An observational study. *Int J Nurs Pract*. 2022;28:e13031. doi: 10.1111/ijn.13031.
68. Demir İÖ, Yılmaz A, Sönmez B. Relationship between care dependency, adverse events, trust in nurses and satisfaction with care: The mediating role of patient-reported missed care. *J Adv Nurs*. 2024;80:4171-86. doi: 10.1111/jan.16176.
69. Karadaş A, Ergün S, Kaynak S. Relationship between missed nursing care and patients' trust in nurses and satisfaction with care: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2024;26:e13149. doi:10.1111/nhs.13149.

70. Turgut M, Öztürk N, Işıkcılık F, Ağırbaş İ. Levels of and reasons for missed nursing care from the patient and nurse perspective. *Journal of Health Sciences*. 2024;33:199-207. doi:10.34108/eujhs.1391670.
71. Kalisch B, Terzioğlu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nurs Econ*. 2012;30:29-37.
72. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Boston: MA: Pearson; 2013.
73. Kılıç S. Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2016;6:47. doi:10.5455/jmood.20160307122823.
74. Gillespie BM, Harbeck E, Chaboyer W. The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: A national survey. *J Clin Nurs*. 2025;34:883-93. doi:10.1111/jocn.17082.
75. Eskin Bacaksız F, Alan H, Taskiran Eskici G, Gümüş E. 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. *J Nurs Manag*. 2020;28:1975–85. doi: 10.1111/jonm.12999.
76. Labrague L, Cayaban AR. Association between patient safety culture and missed nursing care in healthcare settings: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jan.16758>.
77. Yurttaş A, Kabak Solak T, Yıldız M, Solak Ü. Hemşirelerin ekip çalışması anlayışının karşılanmayan bakım gereksinimleri üzerindeki etkisi. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;1:1-10.
78. Dursun Ergezen F, Çiftçi B, Yalın H, Geçkil E, Korkmaz Doğdu A, İlter SM, et al. Missed nursing care: A cross-sectional and multi-centric study from Turkey. *Int J Nurs Pract*. 2023;29:e13187. doi:10.1111/ijn.13187.
79. Erden B, Sökmen S. Bir eğitim araştırma hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. [Yüksek lisans tezi]. Erzincan: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi; 2024.
80. Theyshaini Nahasaram S, Ramoo V, Ling Lee W. Missed nursing care in the Malaysian context: A cross-sectional study from nurses' perspective. *J Nurs Manag*. 2021;29:1848-56. doi:10.1111/jonm.13281.
81. Aksoy G, Orak NŞ. Hemşirelerin profesyonel yaşam kalitesi ve karşılanmayan hemşirelik bakımı: Bir devlet hastanesi örneği. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2023.
82. Lee E, Kalisch BJ. Identification and comparison of missed nursing care in the United States of America and South Korea. *J Clin Nurs*. 2021;30:1596-606. doi:10.1111/jocn.15712.
83. Tiryaki Sen H, Taşkiran Eskici G, Ciftcioglu G. A cross-sectional study of the relationship between missed nursing care and conscientious intelligence in hospital nurses. *Int Nurs Rev*. 2025;72:e13024. doi:10.1111/inr.1302.
84. Mandal L, Seethalakshmi A. Experience of missed nursing care: A mixed method study. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023;20:212-9. doi: 10.1111/wvn.12653.
85. Kalisch BJ, Doumit M, Hee Kee K, El Zein J. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm*. 2013;43:274-9. doi:10.1097/NNA.0b013e31828eebaa.
86. Saqer TJ, AbuAlRub RF. Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *J Clin Nurs*. 2018;27:2887-95.
87. Alfuqaha OA, Alhalaiqa FN, Alqurneh MK, Ayed A. Missed nursing care before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2023;70:100-10. doi:10.1111/inr.12795.

88. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M. Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2023;21:19. doi:10.1186/s12960-023-00807-7.
89. Tenorio MR, Aletreby WT, Al Shammari B, Almuabbadi B, Mwawish H, Montegricon J. The interrelation between nurse-to-patient ratio, nurse engagement, and missed nursing care in King Saud Medical City: Basis for development of nurse–patient quality of care. *Journal for Health Sciences*. 2021;10:116-24. doi:10.4103/sjhs.sjhs_74_21.
90. Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *JAMA Pediatr*. 2019;173:44-51. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.3619.



EKLER

EK 1: Hemşire Tanıcı Bilgi Formu

EK 2: Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- Türkçe Formu (MISS-CARE Survey-Turkish)

EK 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırma Etik Kurul İzni

EK 4: Trakya Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

EK 5: Anket Kullanım İzni



EK 1: Hemşire Tanıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu yüksek lisans tez araştırması Trakya Üniversitesi Hastanesi Cerrahi servislerinde görev yapan hemşirelerin perspektifinden karşılanmamış hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar ve kişisel bilgiler tamamen sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için çok teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Hemşire Sibel Yıldırım

Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN

- 1) Yaşınız:
 - 2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
 - 3) Eğitim durumunuz: 1) Lise 2) Önlisans 3) Lisans 4) Lisansüstü
 - 4) Çalıştığınız servis.....
 - 5) Göreviniz 1) Sorumlu hemşire 2) Servis hemşiresi
 - 6) Mesleki deneyiminiz.....yıl.....ay
 - 7) Cerrahi servislerde çalışma sürenizyıl.....ay
 - 8) Çalıştığınız vardiya tipi 1)Yalnız gece 2)Yalnız gündüz 3)Gece ve gündüz
 - 9) Biriminizdeki yatak kapasitesi.....
 - 10) Biriminizdeki çalışan hemşire sayısı.....
 - 11) Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı.....
 - 12) Haftalık ortalama çalışma saatiniz.....saat
 - 13) Mesleğinizi sevmeye durumunuz (0= Hiç sevmiyorum ve 10=Çok seviyorum)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK 2: Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi- Türkçe Formu (MISS-CARE Survey-Turkish)

Hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı veremeyebilmektedir.

Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. Örneğin “hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa” bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir. **Servisinizde hiç yapılmayan hemşirelik bakım aktiviteleri olduğunda “Uygun Değil” seçeneğini işaretlemelisiniz.**

	Hiç bir zaman Verilmiyor	Sıklıkla Verilmiyor	Bazen Verilmiyor	Nadiren Verilmiyor	Uygun değil
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma					
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi					
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi					
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi					
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi					
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi					
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi					
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi					
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi					
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi					
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi					
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi					
13. Ellerin yıkanması					
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme					
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması					
16. Her şifte 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					

Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin 1. kısmında işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin **VERİLEMEME NEDENLERİNİ** aşağıda belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.

	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği				
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)				
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk				
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)				
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması				
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik				
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması				
8. Önceki şiften 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/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu				
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi				

Bu konuya ilişkin bize iletmek istediğiniz bir görüşünüz varsa lütfen belirtiniz.



EK 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırma Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye			
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2024/134	
	PROTOKOL ADI	Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı: Cerrahi Hemşirelerinin Perspektifinden	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KIZILCIK ÖZKAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
Tarih: 01.04.2024			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 06/19		
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KIZILCIK ÖZKAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Sibel YILDIRIM'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcut oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi			

ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ONAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Semaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sergi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emin NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişkili
**Toplantıda Bulunma

EK 4: Trakya Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

Evrak Tarih Sayısı: 27.05.2024-650247



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



Sayı :E-79056779-044-650247
Konu :Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN'ın
Bilimsel Çalışması Hk.

27.05.2024

SAGLIK BİLİMLERİ FAKULTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 13.05.2024 tarihli ve 044-E.643524 sayılı yazı

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN'ın, "Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı: Cerrahi Hemşirelerinin Perspektifinden" başlıklı etik kurul izni alınmış bilimsel çalışmasını ekte gönderilen Hastanemiz bölümlerinde yapma isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü

Ek:Bölmömlere ait yazılar

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :EİSRAVEKAYN Pin Kodu :964692

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yurdağüstü Etiler 22030

Telâfon : (0284) 235 27 31 Faks : (0284) 235 27 30

e-Posta:baskisim@trakya.edu.tr Web:trpca/trakya.edu.tr

Kep Adresi : trakyauni@trn01.trn.tr

Belge için : Neriman ÖNAL

Önemi : Evrak Kayıt Birimi Görevlisi



EK 5: Anket Kullanım İzni

Sibel Yildirim · , 9 Şub
2024 Cum, 12:35 tarihinde şunu yazdı:

----- Forwarded message -----
Gönderen: **SERGÜL DUYGULU**

Date: 25 Oca 2024 Per 18:59
Subject: Ynt:
To: Sibel Yildirim <

Sayın Yıldırım,

Ölçeği kullanmanız benim için uygundur. Ancak aynı zamanda Türkçe'ye uyarlama çalışmasını birlikte yaptığımız Prof. Dr. Füsun Terzioğlu'ndan da izin almanız gerekmektedir.
İyi çalışmalar diliyorum.
Prof. Dr. **Sergül** Duygulu

Gönderen: Sibel Yildirim

Gönderildi: 25 Ocak 2024 Perşembe
15:22:06
Kime: **SERGÜL DUYGULU**
Konu:

Sayın Hocam

Sayın Yıldırım,

Ekte ankete ilişkin bilgi ve anket formunu gönderiyorum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.

Selamlar

Sergül

Gönderen: Fusun Terzioglu

Gönderildi: 13 Şubat 2024 Salı 14:30:03

Kime: Sibel Yıldırım; SERGÜL DUYGULU

Bilgi: Fusun Terzioglu

Konu: Re:

Sayın Yıldırım

ölçeğimizi yayınlamızı kaynak göstermek koşulu ile kullanabilirsiniz, ölçeğe ilişkin ayrıntılı bilgiye Hacettepe üniversitesi Sergül hocadan bilgi alabilirsiniz

iyi çalışmalar



CamScanner ile tarandı

ÖZGEÇMİŞ



BENZERLİK RAPORU

Sibel yıldırım yıl tez intihal

ORJİNAL RAPORU

% 15	% 13	% 11	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BENZERLİK KAYNAKLARI

1	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%2
2	9lib.net İnternet Kaynağı	%2
3	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Zehra Özkartal. "Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının karşılanamayan hemşirelik bakımına etkisi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	%1
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
8	acikerisim.nku.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
9	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
10	Sak, Ecem. "Bir Kamu Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri.", Balıkesir University (Turkey) Yayın	<%1
11	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
12	Sevgi DENİZ DOĞAN, Şeyma YURTSEVEN, Sevban ARSLAN. "Views of Nurses Working in Surgical Clinics on Mobile Health Applications:	<%1