

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Ümmühan DUMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

202023-ANTALYA

**KANSER VE KRONİK AKCİĞER TANILI
HASTALARIN VE HEMŞİRELERİN BAKIŞ AÇISIYLA
KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI VE
ADVERS OLAYLAR GÖRÜLME DURUMU**

Ümmühan DUMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KANSER VE KRONİK AKCİĞER TANILI
HASTALARIN VE HEMŞİRELERİN BAKIŞ
AÇISIYLA KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK
BAKIMI VE ADVERS OLAYLAR GÖRÜLME
DURUMU

Ümmühan DUMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma ARIKAN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 06/07/2022

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç Dr. Selma TURAN KAVRADIM
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Sibel ŞENTÜRK
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Ümmühan DUMAN
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatma ARIKAN
İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince her aşamada bilgi ve deneyimleriyle, manevi desteği ile her zaman motive eden ve yol gösteren, beni daima ileriye taşıyan, değerli katkıları ile çalışmamda bana rehberlik eden, onun öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışmanım Doç. Dr. Fatma ARIKAN'a;

Yüksek Lisans eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve gelişimime katkı saylayan Prof. Dr. Zeynep ÖZER, Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ ve Doç.Dr. Selma TURAN KAVRADIM'a ve anabilim dalımızın tüm öğretim üyelerine ve öğretim elemanlarına,

Desteklerini her zaman hissettiğim başta Hatice GÖNÜL ve Gülsüm ÇİMEN olmak üzere tüm tıbbi onkoloji klinikleri ve göğüs hastalıkları kliniğinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Fatma Nur ÜNVER'e,

Hayatımın her döneminde sonsuz güven ve destekleriyle beni bugünlere getiren ve yanımda olan değerli annem Güllü DUMAN, babam Ahmet DUMAN, kardeşim Umut DUMAN'a en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ümmühan Duman

Temmuz-2023

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı kanser ve kronik akciğer hastalığı tanımlı bireylerin ve hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımı ve advers olaylar görülme durumunun değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan 323 hasta ve bu kliniklerde çalışan 30 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında; Birey (Hasta) Tanıtım Formu, Birey (Hemşire) Tanıtım Formu, Karşılanamayan Hemşirelik Bakım (MISSCARE-Advers olay) Anketi- Hasta, Karşılanamayan Hemşirelik Bakım (MISSCARE) Anketi- Hemşire kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri için SAS version 9.4 programı kullanılmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, t testi, varyans analizi ve regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastalar karşılanamayan hemşirelik bakımlarından “temel bakımı” ilk sırada bildirdi. Hemşirelerin “karşılanamayan hemşirelik bakım nedenleri” arasında “insan kaynakları”nı en önemli neden olarak gördükleri belirlendi. Kanser hastalarının, kronik akciğer hastalarına göre karşılanamayan hemşirelik bakımı “iletişim” alt boyutundaki puanları daha yüksekti. Hastaların %68.4’ünün advers olay yaşadığı, damar yolu tıkanması ve cilt altına sızıntı olması en sık görülen advers olaylardı. Advers olay yaşayan hastalar daha fazla hemşirelik bakımının karşılanamadığını bildirdi.

Sonuç: Bu çalışmada kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylerin “temel bakım” ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanamadığı ve hemşirelerinin insan kaynakları yetersizliğini karşılanamayan bakımın en önemli nedeni olarak gördükleri saptanmıştır. Advers olayların yaşanmasında karşılanamayan bakımın etkisi olduğu görüldü. Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımlarının azaltılmasına yönelik planlar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Advers Olay, Hemşire, Kanser, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı, Kronik Akciğer Hastalığı

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate "missed care" and adverse events in terms of individuals diagnosed with cancer and chronic lung disease and the nurses.

Method: This descriptive cross-sectional study was carried out with 323 inpatients and 30 nurses working in these clinics in Akdeniz University Medical Oncology Clinics and Chest Diseases Clinic. The data were collected using Individual (Patient) Identification Form, Individual (Nurse) Identification Form, Missed Nursing Care (MISSCARE-Adverse event) Scale-Patient, Missed Nursing Care (MISSCARE) Scale-Nurse. SAS version 9.4 program was used for statistical analysis of the data. The data were evaluated using descriptive statistics, t-test, variance analysis, and regression analysis.

Results: Patients reported "basic care" as the first among missed nursing care. It was determined that nurses considered "human resources" as the most important reason among "reasons for missed nursing care". Cancer patients had higher scores on the "communication" sub-dimension of missed care than chronic lung patients. The most common adverse events were vascular obstruction and leakage under the skin in 68.4% of the patients. Patients who experienced adverse events reported that further nursing care could not be met.

Conclusion: In this study, it was determined that the "basic care" needs of individuals diagnosed with cancer and chronic lung disease could not be adequately met, and the nurses saw the inadequacy of human resources as the most important reason for the missed nursing care. It was observed that missed nursing care had an effect on the occurrence of adverse events. It is recommended to make plans to reduce the missed nursing care of patients.

Key words: Adverse Events, Cancer, Chronic Lung Disease, Missed Nursing Care, Nurse

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser	3
2.2. Kronik Akciğer Hastalığı	4
2.3. Hemşirelik Bakımı Kavramı	5
2.4. Kuramcılara Göre Bakım	7
2.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Kavramı	9
2.6. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli	11
2.7. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ile İlgili Araştırma Sonuçları	13
2.7.1. Hastalar ile Yapılan Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Çalışmaları	13
2.7.2. Hemşireler ile Yapılan Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Çalışmaları	14
2.8. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Advers Olaylar	16
2.8.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Sonucunda Gelişen Advers Olaylarla İlgili Yapılan Çalışmalar	17
2.9. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesi	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	22

3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Birey (Hasta) Tanıtım Formu	22
3.4.2. Birey (Hemşire) Tanıtım Formu	23
3.4.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Anketi (MISSCARE- Karşılanamayan Bakım-Advers Olay)- Hasta	23
3.4.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MISSCARE)- Hemşire	25
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	26
3.6. Verilerin Toplanması	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.8. Araştırma Sınırlılıkları	28
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.10. Verilerin Değerlendirme	29
4. BULGULAR	30
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
4.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular	36
4.4. Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olaylara İlişkin Bulgular	54
4.5. Advers Olay Görülme Durumu ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular	56
5. TARTIŞMA	58
5.1. Hasta ve Hemşirelere Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
5.2. Hastaların Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	60
5.3. Hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	61
5.4. Hastaların Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	64
5.5. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	65

5.6. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.7. Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olayların Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.8. Advers Olaylar Görülme Durumu ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	72
KAYNAKLAR	74
EKLER	89
Ek-1a: Bilgilendirilmiş Onam Formu- Hasta	
Ek-1b: Bilgilendirilmiş Onam Formu- Hemşire	
Ek- 2a: Birey (Hasta) Tanıtım Formu	
Ek- 2b: Birey (Hemşire) Tanıtım Formu	
Ek-3: Karşılanamayan Bakım Anketi (MISSCARE-Karşılanamayan Bakım-Advers Olay)- Hasta	
Ek-4: Karşılanamayan Bakım Anketi (MISSCARE)- Hemşire	
Ek-5: Etik Kurul Onay	
Ek-6: Kurum İzni	
Ek-7: Ölçek İzinleri	
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Katılımcıların Araştırma Kapsamına Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	22
Tablo 3.2.	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	22
Tablo 3.3.	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi-Hasta Alt Boyutlarının Dağılımı	24
Tablo 3.4.	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MİSSCARE)- Hemşire Alt Boyutlarının Dağılımı	25
Tablo 4.1.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	31
Tablo 4.2.	Hastaların Hastalık Özellikleri	32
Tablo 4.3.	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	34
Tablo 4.4.	Hastaların Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	36
Tablo 4.5.	Hastaların Yatmakta Olduğu Kliniğe Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakım-Hasta Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	36
Tablo 4.6.	Hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	37
Tablo 4.7.	Hemşirelerin Çalıştığı Kliniğe Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.8.	Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.9.	Hastaların Bazı Hastalık Özelliklerine Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.10.	Hastaların Yaş, Tanı Süresi, Hastanede Yatış Süresi ve Performans Durumunun Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta Ölçeği Puanlarına Etkisi	41
Tablo 4.11.	Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire Ölçeği ve Alt Boyut Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.12.	Hemşirelerin Yaş, Meslekte Çalışma Süresi, Mevcut Klinikte Çalışma Süresi, Bakılan Hasta Sayısının Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire Ölçeği Puanlarına Etkisi	43

Tablo 4.13.	Hastaların Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Dağılımı	44
Tablo 4.14.	Kanser Tanısı Olan Bireylerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Dağılımı	46
Tablo 4.15.	Kronik Akciğer Hastalığı Tanısı Olan Bireylerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Dağılımı	48
Tablo 4.16.	Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Dağılımı	50
Tablo 4.17.	Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Nedenlerinin Dağılımı	52
Tablo 4.18.	Kanser ve Kronik Akciğer Hastalığı Tanılı Bireylerin Yatmakta Oldukları Kliniklere Göre Yaşadıkları Advers Olayların Oranı	54
Tablo 4.19.	Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olayların Dağılımı	55
Tablo 4.20.	Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olayların Görülme Durumuna Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Karşılanamayan hemşirelik bakımı modeli	12
Şekil 3.1.	Araştırma uygulama süreci	27



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİD	: Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmunoloji Derneği
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
KHB	: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPS	: Karnofsky Performans Skalası
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
MISSCARE	: Missed Nursing Care
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türk İstatistik Kurumu
TÜSAD	: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
WHO	: World Health Organization
$\bar{X}$	: Ortalama

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar bir ya da daha fazla sistemin etkilendiği, ilerleyici değişikliklere yol açan, tıbbi bakım ve tedavide devamlılık sağlamayı gerektiren ve bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyen sağlık sorunlarıdır (Bilgiç ve Pehlivan, 2023). Dünya çapındaki ölüm nedenlerine bakıldığında kanser, kronik akciğer hastalığı, kalp hastalıkları, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar ölümlerin %70'inden sorumludur (WHO, 2022).

Kanserin tedavisi ve bakımı doğası gereği karmaşıktır ve yaşanan sorunların karmaşıklığı hastaların bakım ihtiyacını artırmaktadır (Şentürk ve ark., 2018). Benzer şekilde solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylerde ciddi şekilde fonksiyonel sınırlılık ve yetersizliklere neden olmaktadır (Aydın ve ark., 2012). Hastaların en sık temas ettikleri sağlık profesyoneli olan hemşireler, hastalık sebebiyle kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığında onlara bakım vermektedir (Korhan ve ark., 2013; Düzgün ve ark., 2019). Karşılanamayan hemşirelik bakımı (KHB) "gereksinim duyulan hasta bakımının (kısmen veya tamamen) gecikmesi/ertelenmesi ya da ihmal edilmesi" şeklinde tanımlanmaktadır (Kalisch, 2006; Zencir ve Eşer, 2015; Avanoğlu ve İncekar, 2022). Hasta güvenliğini arttırma ve kaliteli hasta bakımı vermenin en önemli yolu ihmal hataları dahil tüm hataları bilmek ve onlara yönelik önlemler almaktır. Çalışmalar daha çok tıbbi hatalar üzerinde durmakta ancak bakım kalitesi ve hasta güvenliği için ihmal hatalarını da göz ardı edilmemesi vurgulanmaktadır (Eskici ve Baysal, 2022). Karşılanamayan hemşirelik bakımı sonucu advers olaylar olarak adlandırılan; kazalar (düşme vb.), ilaç hataları, hastane kaynaklı enfeksiyonlar, basınç yaraları gibi komplikasyonlara ve mortalitede artışa neden olmaktadır (Kalisch ve ark., 2011a; Zencir ve Eşer., 2015; Recio-Saucedo ve ark.,2018; Ball ve ark., 2018., Gustafsson ve ark., 2020).

Karşılanamayan bakımı ölçmek oldukça güçtür, bunun iki ana nedeni vardır; hastaların ihtiyaç duydukları bakım ile verilen bakım arasındaki farklılığın gözlenmesi ve ölçülmesinin zor olması, hemşirelerin bazı bakımları karşılayamadığının farkında olmalarına rağmen yaşadıkları suçluluk, endişe ve korku nedeni ile karşılanamayan bakımı açıkça tartışmak konusunda isteksiz olmalarıdır (Kalisch,2009; Palese ve ark.,

2021). Literatürde hemşire bakış açısıyla (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve Lee, 2012; Rabin ve ark., 2019; Blackman ve ark., 2015; Palase ve ark., 2015; Nymark ve ark., 2023) ve hasta bakış açısıyla (Kalisch ve Xie, 2014 ; Dabney ve Kalisch, 2015; Cho ve ark., 2017; Sönmez ve ark., 2020) karşılanamayan bakımı değerlendiren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Hemşire ve hasta bakış açısıyla karşılanamayan bakımı araştıran bir çalışma mevcut olup bu çalışmada cerrahi kliniklerindeki hasta ve hemşireleri kapsamıştır (Demir ve Altınbaş, 2023). Literatürde kanser ve kronik akciğer hastalığı olan bireyleri ve bakımlarından sorumlu hemşireleri kapsayan çalışmaya rastlanmamıştır. Karşılanamayan bakımın ölçülmesi, kötü hasta sonuçlarında risk oluşturan durumlar için bir ‘erken uyarı’ niteliğindedir (Ball ve ark., 2018). Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylerin ve onlara bakım veren hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımının ve advers olayların belirlenmesi hemşirelik bakımı ve hemşire iş gücünün planlanmasında yol gösterici olacağı öngörülmektedir.

1.2.Araştırma Soruları

- Kanser ve Kronik Akciğer Hastalığı tanısı olan bireylerin ve hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı puan ortalamaları nedir?
- Kanser ve Kronik Akciğer Hastalığı tanısı olan bireylerin ve hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen faktörler nelerdir?
- Kanser ve Kronik Akciğer Hastalığı tanısı olan bireylere ve hemşirelere göre karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımı nedir?
- Kanser ve Kronik Akciğer Hastalığı tanısı olan bireyler tarafından bildirilen advers olaylar nelerdir?
- Advers olay yaşanmasında karşılanamayan hemşirelik bakımının etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser

Kanser, bir ya da birçok etiyolojik faktörün etkisiyle meydana gelen bir takım genetik ve moleküler değişikliklerle vücuttaki bazı hücrelerin anormal olarak kontrolsüz bir şekilde büyüyerek vücudun diğer organları ve bölgelerine yayılmasıyla ortaya çıkabilen geniş bir hastalık grubudur (Karaca ve Çamdeviren, 2018; National Cancer Institute, 2021; WHO, 2022). Kanser hastalığı, uzun vadede tedavi ve bakım gerektiren, tüm dünyada görülme sıklığı hızla artarak insan sağlığını tehdit etmekte ve çağın en önemli sağlık problemi haline gelmektedir (Çoşkun ve Menekli, 2021).

Dünyada meme, akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanserleri ilk sıralarda yer alırken mortalite oranlarına bakıldığında akciğer kanserinin ilk sırayı aldığı görülmektedir. Türkiye’de 2020 yılındaki veriler incelendiğinde ise 233 bin kişi kanser tanısı alırken, 126 bin kişi kanser nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Türkiye’deki kanser olgularına bakıldığında en fazla akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanserleri görülmekte olup, erkeklerde akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri ilk sırada yer alır (IARC, 2020). Hızla artan insidans, yüksek prevalans oranları ile kanser, gelişmekte olan ülkelerde kötü sonuçlara yol açan küresel bir halk sağlığı sorunudur (Ghose ve ark., 2019; Çoşkun ve Menekli, 2021; WHO, 2022).

Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, kemik iliği transplantasyonu ve immünoterapi uygulanmaktadır (Çoşkun ve Menekli, 2021). Kanser doğası gereği, karmaşık tedaviler, tedavi sonucunda toksisiteler, belirsiz sonuçlarla karakterize bir hastalıktır (Charalambous, 2019). Kanser hastaları, hastalığa ve tedavilerine bağlı yan etkiler yaşamaktadır. Hastalar bulantı, kusma, saç dökülmesi, tat değişikliği, kaşeksi, mukozit, periferik nöropati, cilt ve tırnak renk değişikliği, enfeksiyon, anemi gibi karmaşık fiziksel semptomlar yaşamaktadır (Suh ve ark., 2020). Kanser hastaları yaşadıkları fiziksel şikayetlerle birlikte ümitsizlik, öfke, kontrol kaybı, benlik saygısında azalma, rol kaybı, sosyal izolasyon gibi kapsamlı bakım gerektiren çok boyutlu sıkıntılar deneyimlemektedir (Yazgı ve Yılmaz, 2019).

Kanser hastalarına bakım vermede en önemli sorumluluklar, olası komplikasyolara karşı tetikte olmak, oluşmasını engellemek, oluştuysa doğru bakımı planlamak ve uygulamaktır (Yüntem ve Kutlu, 2018). Hemşireler, hem kanser bakım ortamı hem de hastaların karmaşık bireysel bakımı içinde hemşirelik sürecini sadece hasta düzeyinde değil, aynı zamanda aileleri için de iletişim becerileriyle bakımı çok boyutlu ele alması gerekmektedir (Papastavrou ve ark., 2016). Kaliteli kanser bakımı, hastalar tarafından beklenen ve talep edilen, hastalarla en çok temas kuran sağlık hizmeti sağlayıcıları olan hemşireler tarafından ise vaat edilen bakım arasındaki ilişkidir (Çoşkun ve Menekli, 2021). Kanser hastalarına bakım verilirken, tedavinin yüksek maaliyetli olması, hastane yatış sürelerinin uzun olması nedeni ile sağlık kurumları tarafından hastalara kaliteli bakım vermek ya da hastaların ihtiyaçları olan bakımları kaçırmamak ilgi odağı haline gelmektedir. Kaliteli bakım vermek için komplikasyonları önlenme, saptama ve doğru şekilde yönetmeyi beraberinde getirir (Rabin ve ark., 2019).

2.2.Kronik Akciğer Hastalıkları

Kronik akciğer hastalıkları arasında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım ek olarak, interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner sarkoidoz, tüberküloz, kistik fibrosis, silikoz, asbest bulunur (Labaki ve Han, 2020). Kronik solunum yolu hastalıkları, kronik hastalıklar içinde gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde önemli bir yere sahiptir (Akın ve Temiz, 2021). Ayrıca yüksek prevalans, morbidite ve mortalitenin yanında hastaların yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Şahin, 2019). Ülkemizde solunum sistemi hastalıkları nedeni ile gerçekleşen hastane yatışları tüm yatışların %13'ünü; ölümlere bakıldığında ise solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümler tüm ölümlerin %11'ini oluşturmaktadır (Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2019). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre solunum sistemi hastalıklarından Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tüm dünyadaki ölümlerin %6'sından sorumlu olarak ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada, alt solunum yolu enfeksiyonları dördüncü sırada yer almaktadır (WHO, 2020). Ayrıca astımın dünyada 300 milyon kişiyi, ülkemizde ise üç milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir (AİD, 2023). Astım prevalansı, dünyanın farklı bölgelerinde farklı oranlarda görülsede, ortalama olarak çocuklarda %2-15 ve erişkinlerde ise %2-5 arasındadır (Aydemir, 2018) ve sıklığı giderek artmaktadır. (AİD, 2023). Türkiye İstatistik Kurumu ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre 2020 yılında ölüm nedenlerine

bakıldığında %36.0 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken bunu %15.8 ile solunum sistemi hastalıkları, %15.7 ile iyi ve kötü huylu tümörler izlemiştir (TÜİK, 2020). KOAH'a özgü semptomlar incelendiğinde özellikle sabah saatlerinde yoğun olmak üzere günün her saatinde görülen, kronik ilerleyici dispne, hırıltılı solunum, öksürük ve balgam çıkarma şeklindedir. Astımda da benzer şekilde nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve nadiren eşlik edebilen öksürük semptom olarak görülür (Aydın ve Ekerbiçer, 2019). Kronik akciğer hastalığı olan hastalar, diğer kronik hastalıklara kıyasla semptom yükü yüksek, yaşam kalitesi düşük ve sosyal izolasyon daha fazla görülebilmekte, hastalar ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma gelmektedir (Brown ve ark., 2016). Bir çalışmada hareket, vücut temizliği, günlük aktiviteler gibi alanlarda daha çok bağımlılık yaşadıkları görülmüştür (Türk ve Üstün, 2018). Hastaların en sık temas ettikleri sağlık profesyoneli olan hemşireler, hastalık nedeni ile kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı zamanlarda kişi adına bu sorumluluğu yerine getirmektedirler (Korhan ve ark.,2013; Düzgün ve ark., 2019). Şevkat, empati ve saygı duyguları ile insanı bütüncül olarak değerlendirerek bu ihtiyaçlarının karşılanması hemşirelik bakımındır (Juanamasta ve ark., 2021).

2.3. Hemşirelik Bakımı Kavramı

Bakım, insanlığın varoluşu ile ortaya çıkan günümüze kadar gelen, tek bir tanımı olmayan bir kavramdır (Finfgeld-Connett, 2008; Pearcey, 2010; Öner Altıok ve ark.,2011; Göçmen Baykara, 2014; Gül, 2019; Uyurdağ ve Yıldırım, 2020). Bakım kelimesi Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü' ne göre; "*bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin, beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak*" olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, Erişim Tarihi:03.02.2023). Bu doğrultuda incelendiğinde bakım, herhangi bir kişiye ya da objeye özen göstermeyi, emek vermeyi, ilgi ve çaba harcamayı içerir (Gül, 2019; Adıgüzel ve Tosun, 2021).

Bakım kavramı ile ilişkili olan hemşire (nurse) kavramı İngilizce sözlüklerde isim olarak çoğunlukla hastalara bakma konusunda uzmanlaşmış kişi, fiil olarak ise beslemek, bakmak ve dikkat etmek olarak tanımlanır (Öner Altıok ve ark., 2011). Bakım insanın birçok boyutunu ele alan bir uğraşıdır ve bunu profesyonel olarak yapan meslek grubu hemşirelerdir (Göçmen Baykara, 2014). Hemşirelik uğraşı alanı insan olan, insan yaşamında meydana gelen gelişim ve değişimlere paralel olarak şekillenen bir meslek

grubudur (Dinç, 2010; Uyurdağ ve Yıldırım, 2020), insan bilimi, bakım sanatı olarak da tanımlanır (Güngör ve ark., 2020; Karlsson ve Pennbrant, 2020). Hemşirelik mesleğinin tarihi, görev odaklı davranışlarla tanımlanan bir rolden, hastaya özgü bakım planlaması, hastayı savunma, eleştirel düşünme ve bakım koordinasyonu ile karakterize edilen günümüzün daha özerk hemşirelik rolüne doğru yavaş ama önemli bir geçişi yansıtır (Dick ve ark., 2017). Hemşirelikte değişmeyen tek şey bakım vermektir (Çimen ve Aslan, 2019; Altın ve Özveren, 2019). Klinik uygulamaların özü ve hemşirelik mesleğinin en karmaşık ve en kritik kısmı olarak kabul edilen bakım (Taghinezhad ve ark., 2022), hemşireliğin en temel fonksiyonudur ve hemşireliğin hemşireliğe özgü en temel rolüdür (Finfgeld-Connett, 2008; Dinç, 2010; Ertuğrul ve Şenturan, 2015; Cerit ve Çoşkun, 2018; Çimen ve Aslan, 2019; Kılınç ve Tosun, 2020; Uyurdağ ve Yıldırım, 2020; Toru, 2020; İnce ve Bingöl, 2020). Bakım yalnızca hemşireliğe özgü değildir, ancak bakım hemşirelik için özgündür (Dinç, 2010; Erer ve ark., 2017; Karaca ve Durna, 2019; Gül, 2019; Toru, 2020). Bakım hemşirelik olmasa da sürebilir ancak hemşirelik bakımı olmazsa bakımın bilişsel, duyuşsal, ahlaki ve psikomotor alanları arasındaki bağı kopabilir ve bakım teknik becerilerden ibaret kalır (Toru, 2020).

Hemşirelik bakımı hastanın ihtiyacı doğrultusunda birbirini izleyen aşamalardan oluşan ve hemşirelik süreci (Erer ve ark., 2017) olarakta adlandırılan belli bir sistem içinde görevler planlanır ve tasarlanır; uygulanır ve süreçten etkilenir, süreç tarafından yönlendirilir (DalPezzo, 2009; Erer ve ark., 2017; İnce ve Bingöl, 2020; Güngör ve ark., 2020). Hemşirelik bakımının temel amacı gereği, hemşirenin bir başkası için yaptığı basitçe herhangi bir görevden farklı olarak karşılıklı güven çerçevesi içinde hemşire ve hasta arasında karşılıklı alma ve verme ilişkisi doğrultusunda iletişim ve etkileşim kurularak, birey tanınır ve bakım gereksinimleri tanımlanır, ihtiyaç duyduğu gereksinimleri karşılayabilir duruma gelmesi sağlanır (Öner Altıok ve ark., 2011; Karaca ve Durna, 2019 ;Cerit ve Çoşkun, 2018). Hemşirelik bakımının temelini bu yardım duygusu oluşturur (Kılınç ve Tosun, 2020). Corbin yaptığı bir çalışmada “Bakım hemşirelik uygulamalarının standart bir parçasıdır ve bakımın kayıp bir şey değil, bugün hemşirelerin çalıştığı birçok koşulla çelişen bir sanat olduğu sonucuna vardım ayrıca bakım verme hemşireleri profesyonelliğe ulaştırır.” İfadelerini kullanmıştır (Corbin, 2008).

2.4. Kuramcılara Göre Bakım

Modern Hemşireliğin kurucusu Florance Nightingale, Kırım Savaşının başlaması ile yaralı İngiliz askerlerine uyguladığı hemşirelik bakımı sonucunda sağlık bakım reformunu aktifleştirerek hemşirelik bakım uygulamalarını ön plana çıkarmış, edindiği bilgi ve deneyimlerle de hemşireliğin geleceğini güçlendirmiştir (Altın ve Özveren, 2019). Nightingale'e göre, hastayı doğanın devamlılığı ve hareketi için mümkün olan en iyi hale getirmek hemşireliğin amacını oluşturmaktadır. Bu fikre göre çevre hastalığın kaynağı olarak kabul edilirken, hemşirelik ise, sağlığı ve iyi olma halini geliştiren, hastaya kazandıran ve hastanın kaynaklarını mümkün olduğu kadar en iyi şekilde kullanmasını sağlamaktır (Karlsson ve Pennbrant, 2020).

Madeleine Leininger, "Bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" ifadesini kullanarak hemşirelik bilgi ve uygulamalarının merkezine bakımı koymuş aslında ayrı gibi algılanan iki kavramın bir bütünün parçaları olduğunu vurgulamak istemiştir (Öner Altıok ve ark., 2011; Göçmen Baykara, 2014; Cerit ve Coşkun, 2018; Karaca ve Durna, 2019). Leininger'e göre insanın hayatta kalması için bakım esastır ve temel bir ihtiyaçtır. Bakım bireye yardımcı olur, büyüme, iyileşme ve hayata devam edebilmesini sağlar (Dinç, 2010; Adıgüzel ve Tosun, 2021). Bakım, sadece tedavi etmez aynı zamanda kişinin ihtiyaçlarının belirlenmesini ve bu doğrultuda iyileştirilmesinde rol oynar, empati duygusunun gelişmesini sağlar (Adıgüzel ve Tosun, 2021). Ayrıca transkültürel bakım kuramını oluşturan Leininger, insana iyi bir bakım verilebilmenin yolunu, farklı kültürlerin var olduğunu kabul edip, kişiye göre bakımın düzenlenmesi olduğunu savunur (Güleşen ve Tüzer, 2022; Uyurdağ ve Yıldırım, 2020).

Henderson, teorisinde Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisini temel alan 14 temel gereksinimini belirlemiş ve hemşirenin bu temel gereksinimler doğrultusunda hastaya bakım vermesi gerektiğini vurgulamıştır (Çimen ve Aslan, 2019; Güleşen ve Tüzer, 2022). Henderson'a göre hemşirenin görevi, "Sağlıklarını korumak, tedavileri yapmak ve huzur içinde ölmelerini sağlamak için sağlıklı veya hasta bireylere yardım etmektir." diyerek hemşirelik tanımında bakım kavramından doğrudan bahsetmese de hastanın bağımlı ve hemşirenin de yardım edici konumunu vurgulamıştır (Dinç, 2010; Karaca ve Durna, 2019). Ayrıca hemşirelik bakımının hastanın fizyolojik, psikolojik,

sosyolojik, kültürel ve entelektüel yönlerini göz önünde bulundurarak gereksinimlerini karşılamasına yardım etmek olduğunu söyler (Gül, 2019). Toplum profesyonel bakımı hemşireden bekler ve profesyonellik, hastaya yardım ederken onu, hemşireye bağımlı hale getirmek değil, kapasitesine göre bağımsızlığını kazandırmaktır (Göçmen Baykara, 2014; Güleşen ve Tüzer, 2022; Uyurdağ ve Yıldırım,2022).

Swanson’a göre bakım verme, “sorumluluğu hissedilen kişinin beslenmesi, bakılması olarak” tanımlanmaktadır. Bu teoride hemşirenin bakımı aracılığıyla hastanın iyilik halinin geliştirilmesi vurgulanmakta ve hemşirelik müdahaleleri olarak bakım sürecine odaklanılmaktadır. Bu doğrultuda Swanson’ göre, hastayı tanıma, hastayla birlikte bir şey yapma, hasta için bir şey yapma, hastaya fırsat sağlama ve inancını sürdürme olarak bakım beş kategoriden oluşmaktadır (Öner Altıok ve ark., 2011).

Watson İnsan Bakım Teorisi’nde hemşireliği, bakım verme felsefesi ve bilimi olarak tanımlamış ve bakım verme sürecinde hemşire ve hastanın bu süreçte geliştiğini, bu durumdan yararlandıklarını ve hemşirelerin duyarlı hale gelerek, diğerlerinin duygularını algıladığını ve o kişiyi diğerlerinden ayırdığını dile getirmiştir (Öner Altıok ve ark.2011; Güleşen ve Tüzer, 2022; Alikari, ve ark., 2023). Ayrıca bakımın, hemşireler için ahlaki bir zorunluluk olduğunu vurgulamıştır (Alikari ve ark., 2023).

Roach’a göre bakım verme, basit bir duygusal veya tutumsal tepki değil, tümüyle bir eylem şekli ve var olma yoludur (Öner Altıok ve ark., 2011). Roach bilişsel, duygusal ve yönetsel becerilerin olduğu insan davranışları olarak tanımlanan profesyonel bakımı 5C modeli ile beş önemli özellik altında toplamıştır. Bu özellikler şefkat/merhamet (compasion), yeterlilik/yetkinlik (competenced), güven (confidence), vicdan (conscience), sözleşme/taahhüt (commitment)den oluşur (Dinç, 2010; Göçmen Baykara,2014; Çimen ve Aslan, 2019; Güleşen ve Tüzer, 2022).

Sara Fry’a göre bakım, yararlı bir hizmet sunmak ve insan onurunu korumak, sağlığı geliştirmek için etik bir yükümlülüktür (Göçmen Baykara, 2014; Güleşen ve Tüzer, 2022). Bu bağlamda bakıldığında hemşirelik bakımının aslında ahlaki bir yükümlülüğü de vardır. Ayrıca Fry’a göre bakım hasta ile hemşire arasındaki bakım gereksinimiyle oluşan özel bir ilişkinin temelini oluşturan ahlaki bir kavramdır (Gül, 2019).

Lydia E. Hall bakımı, annelik kavramını oluşturan büyütme, bakım verme, rahatlık sağlama gibi unsurların bir araya gelmesinden oluşur, bireyin eğitimi ve öğrenme aktivitelerini karşılama olarak tanımlanır ve hemşirelik bakımı bilimsel temeller çerçevesinde hastanın günlük gereksinimlerini karşılamasına yardım etmektir (Göçmen Baykara, 2014; Gül, 2019). Hall’a göre bakımın amacı hastanın gelişiminde katkı sağlanarak kişilerarası ilişkilerinin sağlıklı kurulmasını sağlamaktır ve hemşirelik bakımı profesyonellik gerektirir (Uyurdağ ve Yıldırım,2022).

Roper, Logen ve Tirney yaşam aktiviteleri modelinde, sağlıklı ve hasta bireylere sağlıklarını sürdürmeleri için yardım etme süreci olarak tanımladığı hemşireliğin, bakım verirken bağımsız olduğundan ve bakımın hemşirenin sorumluluğu olduğundan bahseder (Güleşen ve Tüzer, 2022; Uyurdağ ve Yıldırım,2022).

Dorothea Elizabeth Orem, Öz Bakım Modelini savunur. Ona göre bireylerin kişisel yaşamlarını sağlık ve iyiliklerini korumak için üstlerine düşeni yapmaları öz bakımdır ve kendi öz bakımlarını karşılayamayıp yardıma ihtiyaç duydukları durumlarda hemşirelik bakımı devreye girer (Göçmen Baykara, 2014; Gül,2019). Hemşireler en kısa sürede bireylerin kendi bireysel bakımını üstlenecek yeterliliğe gelmesini sağlamakla görevlidir (Uyurdağ ve Yıldırım,2022).

Joyce Travelbee, “Kişiler arası ilişkiler modeli”ni savunur ve bu modele göre hasta kişinin (veya ailesinin) her türlü gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Travelbee, hasta-hemşire ilişkisinin bakım için önemli olduğundan bahseder ve iletişim kurmanın bakımın amacını yerine getirmesini kolaylaştırdığını savunur (Göçmen Baykara, 2014). Başkalarının yardımına ve bakıma ihtiyaç duyan bireylerin olduğunu, gerçekte hasta diye bir şeyin olmadığını savunarak bakımın önemini vurgulamış, hastalığa değil hastaya odaklanılarak bakımın merkezine hastanın alınması gerektiğini savunmuştur (Güleşen ve Tüzer, 2022; Uyurdağ ve Yıldırım,2022).

2.5.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Kavramı

Sağlık hizmetleri için ana kanal olan hemşireler ve uyguladıkları hemşirelik bakımının niteliği ve doğası gereği, kaliteli hasta sonuçlarına ulaşmada etkisi vardır (Kalisch ve ark., 2009b; Jones ve ark., 2015; Zencir ve Eşer, 2015; Lake ve ark., 2016). Dünya çapında

hastalarda bakım kalitesi ve hasta güvenliği gibi temel konulara yönelik kaygılar hemşirelik mesleğinin karşılaştığı zorluklardan bazılarıdır (Blackman ve ark., 2018). Hemşirelik uygulamalarının merkezinde hasta güvenliği yer alır. Uygulama ve ihmal hatalarından etkilenir (Kalisch ve ark., 2009a; Güleşen,2022). Hasta güvenliği hataları birkaç şekilde sınıflandırılrsa da görev hatası (error of commission) bir kişinin yapmaması gereken bir eylemi yapmasıyla ortaya çıkan hata, ihmal hatası (error of omission) ise bir kişinin yapması gereken bir eylemi yapmaması ile ortaya çıkan hatadır (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve Williams, 2009; Önal ve Sönmez, 2019; Özer ve Sarı, 2022). İhmal hataları hastalar için daha ciddi sorunlara neden olsada literatürde daha çok görev hataları üzerinde durulmuştur (Kalisch ve ark., 2011b; Özer ve Sarı,2022). Hangi bakımın karşılandığını (veya karşılanamadığını) anlamak, planlanan müdahalelerin ve bakımın geliştirilmesine yardımcı olur (Kalisch ve ark.,2011a).

Hemşirelik bakımındaki eksiklikler, ihmaller, aksaklıklar hastalar için ciddi bir sorundur (Çimen ve Aslan, 2019). Kalisch, hemşirelik bakımının kalite göstergesi olması nedeni ile hemşirelik bakımındaki ihmallerinin gizli kalmaması gerektiğini düşünerek karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramını ortaya atmıştır (Çimen ve Aslan, 2019). Karşılanamayan hemşirelik bakımı (KHB) kavramı ilk kez 2006 yılında Beatrice J. Kalisch tarafından yapılan nitel bir çalışmada “Missed Nursing Care” olarak ortaya çıkmıştır (Kalisch, 2006). Bu çalışmadan sonra KHB kavramı “gereksinim duyulan hasta bakımının (kısmen veya tamamen) gecikmesi/ertelenmesi ya da ihmal edilmesi” olarak tanımlanmıştır (Kalisch ve ark., 2009a). KHB, bakım sürecinin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilir (Kartal ve ark., 2022). Hemşireler planladıkları günlük işlerini yaparken değişen hasta gereksinimlerine yanıt olarak bazı faaliyetlere öncelik vermek zorunda kalır ve bu süreç sürekli tekrar eder (Mandal ve ark., 2020; Jackson, 2023). KHB, kasıtlı olarak yapılan eylem veya eylemsizlikten değil, hemşirenin klinik öncelik belirleme biçimi olarak dolaylı yoldan kısıtlamanın bir sonucudur (Jones ve ark., 2015; Bagnasco ve ark., 2019).

Kalisch tıbbi-cerrahi ünitelerdeki akut bakım hastanelerinde hemşirelik bakımının önemli unsurlarının düzenli olarak gözden kaçırıldığını ve karşılanamadığını ortaya koymak amacıyla nitel çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımlarını ambulasyon, pozisyon

verme, gecikmeli ya da eksik beslemeler, hasta eğitimi, taburculuk planlaması, duygusal destek, hijyen, aldığı çıkardığı takibi ve gözetim olmak üzere dokuz kategoride sınıflandırmış, hemşirelerin bakımı karşılayamama nedenlerini ise mevcut personel azlığı, hemşirelik müdahalesi için gereken süre yetersizliği, mevcut personel kaynaklarının yetersiz kullanımı, “Bu benim işim değil” sendromu (zayıf ekip çalışması), etkisiz yetki devri, alışkanlık ve inkar olarak yedi tema belirlemiştir (Kalisch,2006).

Literatürde KHB ile benzerlik gösteren kavramlar bulunmaktadır. Bunlar; önceki vardiyada tamamlanmayan hemşirelik görevlerine bitirilmemiş bakım (unfinished care) (Sochalski, 2004), hemşirelerin yetersiz zaman, beceri ve eğitim düzeyi nedeni ile gerekli hemşirelik girişimlerinin gerçekleştirilmesinde başarısız olunmasını ifade etmek için kısıtlanmış hemşirelik bakımı (rationing of nursing care) (Schubert ve ark., 2008), hemşirelerin gerekli olduğunu düşündüğü ancak zaman olmadığı için çalıştığı son vardiyada geride bıraktığı hemşirelik faaliyeti yerine getirilmemiş/karşılanmamış hemşirelik bakımı (unmet nursing care) (Lucero ve ark., 2009) olarak tanımlanmıştır.

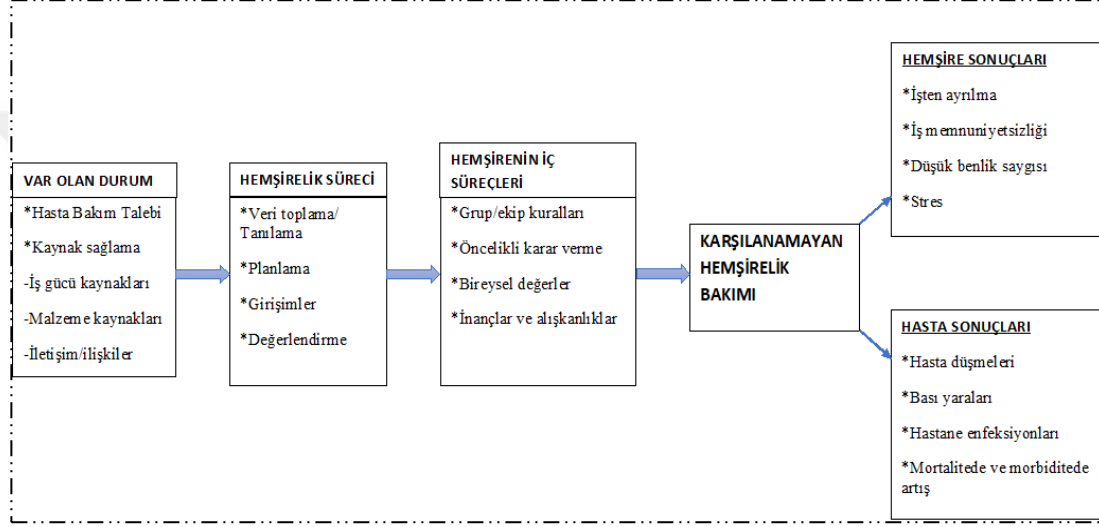
Kalisch’ın 2006 yılında yaptığı çalışmaya dayanarak, KHB ölçmek için bir araca ihtiyaç olduğu görülmüş ve MISSCARE anketi test edilmiş ve geliştirilmiştir (Kalisch ve Williams, 2009). Orta Batı ABD’deki bir kamu akut bakım hastanesinde 145 hemşire ile anket revize edilmiş ve anketin kabul edilebilirliği, güvenilirliği ve yapı geçerliliği için olumlu sonuçlara ulaşılmıştır (Dabney ve ark., 2019).

2.6.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli

Kalisch, daha önceden yaptığı araştırmayı göz önünde bulundurarak (Kalisch, 2006) ‘ihmal’, ‘kaçırılan’, ‘karşılanamayan’, ‘yetersiz’, ‘tamamlanmamış’, “eksik” ve ‘kaçınılan’ gibi kavramları hemşirelik, hemşire ve bakım sözcüklerinden faydalananarak 1970-2008 yılları arasında literatür taraması gerçekleştirmiş fakat doğrudan KHB kavramını içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır (Kalisch ve ark., 2009a). Bunun sonucunda da KHB Modeli oluşturulmuştur (Çimen ve Aslan, 2019).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli, Donabedian’ın “Kaliteli Sağlık Bakımı”nın yapı, süreç ve sonuçları hakkındaki üç boyutlu çerçevesi modelinden esinlenilmiştir. KHB modelinde hemşirelik bakımının hasta, kaynaklar ve hemşirenin içsel algı ve karar verme

süreçleri gibi çeşitli nedenlerden dolayı verilememesi ya da ertelenmesi sonucunda KHB'na neden olarak hastalarda ve hemşirelerde olumsuz sonuçlara yol açtığı vurgulanmıştır (Kalisch ve Williams, 2009; Güleşen ve Tüzer, 2022; Özer ve Sarı, 2022; Jackson, 2023). KHB modeli orta düzey açıklayıcı bir teori olarak kabul görür (Kalisch,2009a), evrenseldir ve değişen hasta sonuçları ile genellenebilir (Kalisch, 2009a ;Zencir ve Eşer, 2015).



Şekil 2.1. Karşılanamayan hemşirelik bakımı modeli

(Kalisch ve Williams, 2009; Güleşen ve Tüzer, 2022; Özer ve Sarı, 2022)

Karşılanamayan hemşirelik bakımı modeli incelendiğinde; hemşirelik uygulamasını kolaylaştıran veya engelleyen bakım ortamındaki öncüller (Mevcut insan kaynakları, erişilebilir maddi kaynaklar, iletişim) hangi bakımın sağlanacağına karar vermede hemşireler için yol gösterici olur. KHB analiz edilirken; hemşirelik bakımının yönleri hemşirelik sürecine dayandırılır. Hemşirelik süreci, hemşirelik için ortak bir yapı sağlar. Hemşireler hasta bakımını; ekip normları, öncelikli karar verme süreçleri, bireysel değerler, inançlar ve alışkanlıklardan etkilenecek tamamlarlar ya da ertelerler. KHB modeline göre bir hemşire planladığı bakımın belirli yönlerini sağlar ya da tamamlayamaz, erteler. Hasta bu durumdan olumsuz etkilenir (Kalisch ve ark., 2009a; Güleşen ve Tüzer, 2022). KHB hasta üzerinde olumsuz bir etki bırakmadıysa ya da bakımın karşılanamadığı fark edilmediyse, aynı bakımın bir sonraki seferde ertelemelerinin daha kolay olduğu belirtilmiştir (Özer ve Sarı, 2022). Sadece hastalar

üzerinde değil hemşire üzerinde de olumsuz sonuçlara neden olan KHB, işten ayrılma, isten memnuniyetsizlik, düşük benlik saygısı ve stres durumlarında artış olarak karşımıza çıkmaktadır (Kalisch ve ark., 2011a; Blackmann ve ark., 2015; Arslan ve ark., 2022).

2.7.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ile İlgili Araştırma Sonuçları

2.7.1.Hastalar ile Yapılan Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Çalışmaları

Kalisch ve arkadaşları 38 hasta ile görüşme yapmış, bu görüşmenin sonuçlarına göre tamamen raporlanabilir bakımlar (örneğin, hasta dinleme, çağrı ışıklarına cevap verme, bilgilendirme, ağız bakımı, ağrı değerlendirme ve buna yönelik ilaç, takip, banyo yaptırma vb.); kısmen raporlanabilir bakımlar (örneğin, taburculuk planlama, el yıkama, vital, ambulasyon, hasta eğitimi) ve raporlanamayan bakımlar (örneğin, gözetim, hasta değerlendirme, IV katater değerlendirme) olmak üzere üç kategori bildirilmiştir (Kalisch ve ark., 2012a). Amerika Birleşik Devletleri'nde KHB kapsamını ve türünü aynı zamanda oluşan olumsuz olayların sonucunu belirlemek amacıyla yapılan çalışmada KHB'nın en sık bildirilen beş unsuru ağız bakımı, yürüme, yataktan kalkıp sandalyeye oturtma, testler/prosedürler hakkında bilgi verme ve banyo olarak sıralanmıştır. Mevcut hastanede yatışları sırasında advers olay bildiren hastalar, hemşirelik bakımının genel olarak daha fazla karşılanamadığını bildirmişlerdir (Kalisch ve ark., 2014). Güney korede yapılan bir çalışmada, birimde çalışan hemşire başına 11.5 hasta düştüğü bulunmuş ve çalışmaya katılan hemşirelerin %10.2'si, hastaların %77.4'ü kaliteli hemşirelik bakımı vermek için yeterli hemşire bulunduğunu bildirmiştir. Çalışmaya göre hastaların üçte biri olumsuz (advers) olay yaşamıştır (Cho ve ark., 2017). Moreno-Monsiváis ve arkadaşlarının hasta ve hemşirelerle yaptığı bir çalışmada hemşirelerin değerlendirme sonuçlarına göre en sık karşılanamayan hemşirelik bakımı yürütme, henüz sıcakken yemek yedirme ve ağız bakımı başta gelerek en çok temel bakım alanında bakımların verilemediği görülmüştür. hemşireleri en çok insan kaynakları boyutundaki nedenlerden dolayı bakımı karşılayamadıklarını dile getirmişlerdir. Hastaların değerlendirme sonuçlarına göre en sık karşılanamayan hemşirelik bakımı ise duyuşal destek, ağız bakımı, el yıkama takip etmiştir (Moreno-Monsiváis ve ark., 2015).

Ülkemizde MİSSCARE anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmada hastaların advers olay bildirme durumlarına bakıldığında hastaların en sık

damar yolu tıkanması, cilt altına sızıntı olması ve deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası yaşadıkları görülmüştür. Aynı çalışmada advers olay bildiren hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı puanları daha yüksek olduğu görülmüştür (Sönmez ve ark., 2020). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada cerrahi kliniklerindeki hastalarla yapılan çalışmada hastaların tamamına yakınının düşme, deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası, ilaç uygulama hatası, yeni enfeksiyon gelişme olaylarının yaşanmadığı, damaryolu tıkanması ve damar yolundan cilt altına sızıntı olmasının diğer advers olaylardan daha fazla yaşandığı görülmüş. Benzer şekilde bu çalışmada da KHB puanı yüksek olan hastaların advers olay görülme oranının yüksek olduğu ayrıca KHB arttıkça memnuniyet düzeylerinin de azaldığı bildirilmiştir (Demir ve Altınbaş, 2023).

2.7.2.Hemşireler ile Yapılan Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Çalışmaları

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan iki farklı çalışmada, hemşireler en çok hastaları ayağa kaldırıp yürütme, ilaçların etkinliğinin değerlendirilmesi, en az ise, her vardiyada gerçekleştirilen hasta değerlendirmeleri ve yatak başı kan şekeri takibini karşılayamadıklarını, bunun en önemli nedeni olarakta insan kaynaklarını belirtmişlerdir. (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve ark., 2011b). Ayrıca hemşirelerde eğitim seviyesi düştükçe karşılayamadıkları bakımın arttığı ve KHB oranı %44 olarak bildirilmiştir (Kalisch ve ark., 2009b). Onkoloji birimlerindeki KHB ölçmek için yapılan çalışmada hemşirelerin en sık karşılayamadıkları bakım “günde üç kez hasta ambulasyonu” ve “ağız bakımı” olarak belirlenmiştir. Karşılanamayan hemşirelik bakımı nedenlerine bakıldığında ilk sırayı personel azlığı almıştır (Frieese ve ark., 2013).

Avustralya, Kıbrıs ve İtalya’da 1.896 hemşire ile bir çalışmada İtalyan hemşireler toplamda Kıbrıslı ve Avustralyalı hemşirelere göre daha fazla karşılanamayan bakım bildirmişlerdir. Kıbrıslı hemşirelerin, el yıkama ve yaşamsal belirtilerin alınması gibi yüksek öncelikli bakım faaliyetlerini karşılayamadığı görülürken, İtalyan ve Avustralyalı hemşirelerin ağız bakımını en sık karşılayamadığı görülmüştür (Blackman ve ark., 2018). Güney Kore’de yapılan çalışmada ise hemşirelik bakımını karşılayamamada en önemli faktörün hemşirelerin kadro ve kaynak yeterliliği olduğu görülmüştür. Katılımcıların %74.5’i acil bir durumun aniden ortaya çıkmasını bakımı karşılayamamalarının ana

nedeni olarak bildirmişlerdir (Kim, Yoo ve Seo, 2018). Başka bir çalışmada bakımın en sık karşılanamama nedeninin iletişim sıkıntısı olduğu bulunmuştur (Rabin ve ark.,2019).

Cho ve arkadaşları çalışmalarında hemşirelerin en çok temel bakım alt boyutunda yer alan bakımları karşılayamadıklarını saptamışlar. Aynı çalışmada hemşireler ilgilendikleri hasta sayısı arttıkça ve personel alımı, desteği azaldıkça daha fazla bakımı karşılayamadıklarını dile getirmiştir (Cho ve ark., 2020). Dutra ve Guirardello'nun (2021) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin çalışma ortamlarını karışık olarak algıladıkları, insan ve malzeme kaynaklarında yetersizlikler gibi nedenlerden dolayı bakımın karşılanamadığını vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmalarda nöbet usulü vardiyalı çalışan hemşirelerin, gündüz çalışan hemşirelere göre daha kötü bir çalışma ortamı algısına sahip olduğu (Dutra ve Guirardello, 2021) ve daha fazla bakımı kaçırdığı belirtilmiştir (Kalisch ve ark., 2011b; Dutra ve Guirardello, 2021).

Farklı bir çalışmada hemşirelerin en çok karşılayamadıkları bakım hasta ambulasyonu, ağız bakımı, banyo ve cilt bakımını olduğu karşılayamama nedenlerinden ilk sırayı ise hemşire sayısının az olmasının aldığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeylerinin KHB etkilediği sonucuna varılmıştır (Moustafa Abdallah Elpasiony ve Gouda Ahmed Abd-Elmoghith, 2023). COVID-19 pandemisi öncesi ve sonrası KHB karşılaştıran bir çalışmada KHB nedeninin pandemi öncesinde de sırasında da yetersiz personel sayısı olduğu görülmüştür (Alfuqaha ve ark., 2023).

Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye'deki KHB düzeyini karşılaştıran bir çalışmada Türkiye'deki KHB düzeyinin daha düşük olduğu fakat KHB nedenleri açısından bakıldığında hemşirelerin daha fazla neden sıraladığı görülmüştür. Türkiye'deki hemşireler, bakım ihtiyaçlarının karşılanamamasının en sık görülen nedenleri arasında kadro, yetersiz malzeme ve iletişim/ekip çalışması olduğunu bildirmiştir (Kalisch ve ark., 2012b). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada hastayı günde üç kez veya gerektiğinde ayağa kaldırma, hasta yakınların duygusal destek verilmesi, hastaya taburculuk eğitimi en çok karşılanamayan bakım olduğu görülmüş, personel sayısının yetersiz olması, malzeme ya da cihazların uygun biçimde çalışmaması, ekip üyelerinin desteğinin olması bakımların en çok karşılanamama nedeni olarak sıralanmıştır (İlaslan ve Şişman, 2019). Ülkemizde

yapılan farklı bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuş ayrıca dahili birimlerde çalışan hemşirelerin daha fazla bakımı karşılayamadığı saptanmıştır (Çimen ve Aslan,2019).

Bakımın karşılanamama nedenleri personel sayısının yetersizliği en sık neden olarak bildirilmiş, onu hasta sayısında beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluğun fazla olması takip etmiştir (Bacaksız ve ark., 2020; Kılınç ve Tosun, 2020; Özdelikara ve Yaman, 2021; Arslan ve ark., 2022; Eskici ve Baysal, 2022; Kartal ve ark., 2022; Çalış ve Bekar, 2022; Güleşen, 2022). Ayrıca klinik hemşirelerinin kalite algısı arttıkça KHB'nın azaldığı görülmüştür (Çalış ve Bekar, 2022).

2.8.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Advers Olaylar

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde memnuniyet için temel kriteri oluşturmaktadır (Ortiz-Barrios ve ark., 2018). Temel etik ilkeler ve insan haklarında da bahsedilen “önce zarar vermeme” ilkesine göre, sağlık hizmeti sunumunda birinci esas hasta güvenliğini sağlamaktır (Al-Mugheed ve ark., 2022). Advers olaylar, sağlık hizmeti alan bir kişinin zarar gördüğü, genellikle ek tedavi, uzamış hastanede kalma, yaşam kalitesinde azalma, taburculuk sırasında sakatlık veya ölümle sonuçlanan olaylar olarak tanımlanır (Çimen ve Aslan ,2019; Adamuz, ve diğerleri, 2020; Çalış ve Bekar,2022). Advers olay, altta yatan hastalık nedeni ile değil, muayene, tedavi veya bakımın bir sonucu olarak hastaların zarar görmesine neden olan kasıtsız olarak meydana gelen (Andersson ve ark., 2015), kalıcı veya geçici sakatlık, ölüm veya en az bir gün hastanede kalış süresinin uzamasıyla sonuçlanan yaralanma veya istenmeyen komplikasyonlardır (Halfon ve ark., 2017). Advers olay yaşayan hastalar hastanede yattıkları süre boyunca diğer hastalara kıyasla daha yüksek oranda ölüm riski ile karşılaşmakta ve taburcu olduktan sonra daha fazla bakıma ihtiyaç duymaktadır (Adamuz ve ark., 2020). Sınırlı kaynaklar veya hastaların ihtiyaçlarının sınırsız doğası gereği hemşireler, hastalarına gereken tüm bakımı sağlayamaya bilmektedir (Vryonides ve ark., 2018). KHB, önlenabilir olumsuz olaylarla ilişkilendirilmiştir (Alfuqaha ve ark., 2023) ve hemşireliğin kalitesini düşürmektedir (Kim ve ark.,2018). Hastaların ihtiyaç duydukları bakım verilemediği zaman; hastalar, onlara bakım veren çalışanlar ve sağlık kurumları bu durumdan olumsuz etkilenir (Dabney ve ark., 2019; Güleşen, 2022; Kartal ve ark., 2022). Hastaların gereksinimlerine yetersiz ilgi verilmesi, hastalarda distrese ve hastaneye tekrarlı yatışlara, bu da sağlık bakım

maliyetlerinin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve hasta memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (Yıldırım ve ark.,2013). İlaç hataları, düşme, yatak yarası, hastane (nozokomiyal) enfeksiyonları, üst sindirim sistemi kanamaları, malnütrisyon, pulmoner komplikasyonlar, hastaneye yeniden yatış ve ölüm advers olaylar arasında sayılabilir (Zencir ve Eşer, 2015; Recio-Saucedo ve ark., 2018; Çimen ve Aslan, 2019; Kartal ve ark., 2022; Çalış ve Bekar, 2022; Moustafa Abdallah Elpasiony ve Gouda Ahmed Abd-Elmoghith, 2023). Bu advers olaylarla karşılaşılmasında, yaş, klinik durum, eşlik eden hastalıklar, mevcut hastalığın şiddeti, aktivite intoleransı ve düşük bakım kalitesi görülme sıklığını arttırmaktadır (Adamuz, ve diğerleri, 2020). Olumsuz hasta sonuçları, hastane maliyetlerinin artmasına ve hastaların sağlık sistemine olan güvenini zedelenmesine neden olmaktadır (Beiboer ve ark., 2023).

Hastalar üzerinde olduğu gibi personel üzerinde de olumsuz sonuçlara neden olan KHB, mesleki doyumsuzluk, tükenmişlik, işten ayrılma niyetinde artış olarak karşımıza çıkmaktadır (Kalisch ve ark., 2011a; Blackmann ve ark., 2015; Arslan ve ark., 2022). Ayrıca hemşireler KHB'ni gizlemek için ekstra bir enerji harcamak zorunda kalmakta bu durum da hemşirelerin yoğun stres yaşamalarına neden olmakta ve düşük benlik saygısı ile sonuçlanmaktadır (Çalış ve Bekar, 2022).

2.8.1.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Sonucunda Gelişen Advers Olaylarla İlgili Yapılan Çalışmalar

Hemşirelerin bağımsız olarak yapabildikleri, kendi bilgi becerilerini kullanarak başlatmaya yetkin oldukları faaliyetleri ihmal ettikleri ayrıca KHB'nin hasta güvenliği ve hemşirelik bakımının kalitesi için çok önemli olduğu ve kavramsal birtakım farklılıklar olsa da tüm çalışmalarda olumsuz hasta sonuçlarına neden olduğu belirtilmiştir (Kalánková ve ark.,2020).

Hastanede yaşanan advers olaylarının sıklığını tahmin etmek, zaman içinde ve hastane genelinde advers olayların görülme oranını araştırmak amacıyla yapılan çalışmada 25 ülkeden 94 çalışma dahil edilmiş, 590 milyon hastayı temsil eden 94 çalışmada hastane advers olay oranının %8.6 olarak bulunmuş, advers olaylarda %52.6'sının önlenabilir olduğu, %39.7'sinin önemli zararlarla sonuçlandığı belirtilmiştir. Ayrıca hastaneye yatan

12 hastadan biri hastanede kaldığı süre boyunca bir advers olay yaşadığı ve literatürde bildirilen advers olay oranının zamanla arttığı sonucuna varılmıştır (Sauro ve ark., 2021).

Farklı ülkelerde 1991 ile 2017 yılları arasında yürütülen 25 çalışmanın incelendiği bir derleme makalesinde advers olay görülme sıklığı %2.9 ile %21.9 arasında değiştiği, karşılaşılan advers olayların %51.2'si önlenemez olduğu %7.3'ü ölümcül sonuçlara yol açtığı görülmüştür (Schwendimann ve ark., 2018). Chaboyer ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin uyguladıkları bakımı bir ya da daha fazla kez ihmal etmeleri, karşılayamamaları çoğu genç hasta için önemli sorunlar oluşturmazken yaşlı hastalar için durum daha ciddi bir hale dönüştüğü belirtilmiştir. Yaşlı hastalarda sağlık personeli kaynaklı pnömoni, basınç yarası, idrar yolu enfeksiyonu ve deliryum en sık görülen komplikasyonlar olduğu belirtilmiştir. Ayrıca karşılanamayan bakımı ölçmenin bakım kalitesini geliştirmede önemli olduğu ve bakım karşılanamadığı zaman olumsuz bir olayla sonuçlandığı vurgulanmıştır. Furukawa ve arkadaşlarının (2020) akut kardiyovasküler hastalık, pnömoni veya ameliyat gerektiren durumlar nedeni ile hastaneye yatan hastalarla yaptığı çalışmaya göre tüm hastaların başta düşme ve basınç ülseri olmak üzere en az iki advers olay açısından risk altında olduğu görülmüştür. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %63.0'ü hastalar veya ailelerinden şikayet, %60.8'i advers ilaç olayları, %54.8'i cerrahi yara enfeksiyonu, %53.6'sı bası yarası, %51.2'i hasta düşmesi ve infüzyon veya transfüzyon reaksiyonu bildirmiştir. Advers olayları önlemek için hemşireleri cezalandırmak ya da suçlamanın bir işe yaramayacağı, sistemi iyileştirme ve geliştirme yoluna gidilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Kakemam ve ark., 2021).

2.9.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesi

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere kültürel ve ekonomik farklılıklardan bağımsız olarak, KHB küresel bir sorundur (Eskici ve Baysal, 2022), sonuçları hasta güvenliğini tehdit eder ve küresel olarak devlet ve ulusal politika geliştirmede dikkate alınmalıdır (Kalisch ve ark., 2009a; Kalisch ve ark., 2011a; Kalisch ve ark., 2011b). Hemşire sayısının yeterli olması, hastaya verilen bakımın iyileşmesine, hasta memnuniyetinin artmasına bildirilen olumsuz (advers) olaylarda azalmaya neden olarak olumlu hasta sonuçlarına neden olmaktadır. Bu bağlamda yeterli hemşire istihdamının yapılması önem arz eder

(Kalisch ve ark., 2011a; Cho ve ark., 2017; Recio-Saucedo ve ark., 2018; Lisby ve ark., 2023). Ayrıca hemşire liderlerinin dönüştürücü davranış sergileyerek hemşirelere rol model olması, onların ihtiyaçlarını araştırarak sorunlarına çözüm bulması, sürekli gelişim için çalışma ortamlarının düzenlenmesi ve geliştirilmesi ile olumsuz hasta sonuçlarının azaldığı görülmüştür (Asif ve ark., 2019). Basınç ülserlerini önlemek için cilt bakımı, düşmeleri önlemek için hasta oryantasyonu, aspirasyon pnömonisini önlemek için yutma refleksinin değerlendirilmesi advers olay gelişme riskini azaltmaktadır (Adamuz ve ark., 2020). Bu bağlamda hemşire bakım davranışları daha iyi olduğunda ve hasta bakımı daha iyi verildiğinde KHB ve advers olayların azaldığı ve hemşirelik bakım kalitesinin arttığı sonucuna varılmıştır (Labrague ve ark., 2020).

KHB sonucunda karşımıza çıkan olumsuz hasta sonuçları, hasta bakımına yönelik mesleki ve toplumsal endişelere neden olmakta, medyanın ilgisinin bu konular üzerindeki etkisinden dolayı hemşirelerin ve yöneticilerin en iyi hasta sonuçlarına ulaşmak için yöntemler geliştirmesi gerekmektedir (Avanoğlu ve İncekar, 2022). Hemşireler yaptıkları bakımdan kendileri sorumlu olduğu gibi yapmadıkları, ihmal ettikleri, erteledikleri, karşılayamadıkları bakımdan da yine kendileri sorumlu olmalı ve ifade etmeleri gerekmektedir. KHB'nın önlenmesi için hemşireler tarafından raporlanmalıdır (Çalış ve Bekar, 2022). Bunun içinde öncelikle sorunun açık olarak tanımlanması gerekmektedir. Hemşireler cezalandırılma, yargılanma korkusu ile karşılayamadıkları bakımı dile getirmeyip “gizli sır” olarak saklamaktadırlar. KHB'nın hızlı ve doğru olarak raporlanması ve sonuçların değerlendirilmesi, cesaretlendirilmesi, kesintilerin en aza indirilmesi, ekip çalışmasının geliştirilmesi, sonuçların hemşirelere bildirilmesi hasta bakım kültürünün güvenli hale gelmesine, gelişmesine neden olmaktadır (Kalisch, 2006; Zencir ve Eşer, 2015; Çalış ve Bekar, 2022). Nitelikli hemşirelik bakım standartları ve hasta sonuçlarının belirlenmesi için KHB üzerinde sürekli iyileştirme yapılmalı ve hemşirelerin çalışma ortamlarının destekleyici hale getirilmesi gerekmektedir (Özsaban ve Acaroğlu, 2022; Özer ve Sarı, 2022). Birim sorumlu hemşireleri ve hastane yönetimi tarafından hemşire destekleyici tutumu, malzeme ve personel yeterliliği, diğer ekip üyeleri ile işbirliğine dayalı iletişim gibi konularda iyileştirmeler yapılmalıdır (Özer ve Sarı, 2022). KHB'nın hasta güvenliğini etkilediği göz önüne alındığında hemşirelik eğitimi

verilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (Kalisch ve ark., 2011b; (Nymark ve ark., 2023).

Karşılanamayan bakımın ölçülmesi, kötü hasta sonuçlarında risk oluşturan durumlar için bir ‘erken uyarı’ niteliğindedir (Ball ve ark., 2018., Jackson, 2023). Bu nedenle karşılanamayan bakımın farklı hasta gruplarında ve hemşirelerde değerlendirilmesi yol haritası oluşturulmasında gereklidir. Yukarıda da belirtildiği gibi literatürde pek çok çalışma olsa da kanser ve kronik akciğer hastalığı tanılı hastalarla birlikte onlara bakım veren hemşirelerin bakış açısıyla KHB ve advers olayları değerlendiren çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışmamızın bu yönüyle literatüre katkı sağlaması öngörülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kanser ve kronik akciğer hastalığı tanımlı bireylerin ve hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımı ve advers olaylar görülme durumunu incelemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Klinikleri, Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Ekim 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde toplam bir sorumlu hemşire ve 23 klinik hemşiresi görev yapmaktadır. Onkoloji I ve Onkoloji II Klinikleri toplam 43 yataklı olup, gündüz çalışma saatlerinde (08-16) bir hemşire ortalama 13 hastaya, nöbet saatlerinde (16-08) bir hemşire ortalama 13 hastaya bakım vermektedir. Onkoloji Kliniklerinde kanser hastalarının tanı tetkik, kemoterapi, destek tedavileri ve bakımları yapılmaktadır.

Göğüs Hastalıkları Kliniğinde bir sorumlu ve sekiz klinik hemşiresi görev yapmaktadır. Göğüs Hastalıkları Kliniği 36 yataklı olup, gündüz çalışma saatlerinde (08-16) bir hemşire ortalama 12-18 hastaya, nöbet saatlerinde (16-08) bir hemşire ortalama 18 hastaya bakım vermektedir. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde kronik akciğer hastalığı tanısı olan hastaların tanı, tetkik, destek tedavileri ve bakımları yapılmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Klinikleri I-II’de yatan kanser tanısı olan ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan Kronik Akciğer Hastalığı tanısı (KOA, astım, bronşektazi, interstisyel akciğer hastalığı, idiyopatik pulmoner fibrozis vb.) olan tüm hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü %5 tip I hata ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 323 hasta olarak belirlenmiştir (<http://www.raosoft.com/samplesize.html> , Erişim tarihi:18.05.2022). Çalışma 323 hasta ile yürütülmüş olup hastaların 183’ü Tıbbi Onkoloji kliniklerinde ve 140’ı ise Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan oluşmuştur.

Hemşireler için ise örnek seçimine gidilmeyerek kliniklerde çalışan tüm hemşireler çalışma kapsamına alınmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede uzman bir istatistikçi desteği alınmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırma örneklemine dahil edilmesi planlanan katılımcıların araştırma kapsamına alınma ve dışlanma kriterleri Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Katılımcıları Araştırma Kapsamına Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırma Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri	
Hasta	Hemşire
18 yaş ve üstü olması	En az 1 aydır fiilen çalışıyor olması
Kanser (evre ve kanser tipine bakılmaksızın) ve/veya Kronik Akciğer Hastalığı olması	Araştırmaya gönüllü katılıyor olması.
En az iki gece yatarak tedavi almış olması	
Türkçe konuşma ve yazma yeteneğinin olması,	
Herhangi bir iletişim engelinin olmaması (örneğin; işitme kaybı, disoryantasyon, sedasyon altında olma, delirium vb.).	
Araştırma Kapsamından Dışlanma Kriterleri	
Araştırmadan ayrılmak istemesi	

3.4. Verileri Toplama Araçları

Veri toplama araçları kullanılmadan önce araştırma kapsamına alınan hasta ve hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve kabul edenlere Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-1a-1b) imzalatılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Hasta Formları ve Ölçekleri	Hemşire Formları ve Ölçekleri
Birey (Hasta) Tanıtım Formu (EK-2a)	Birey (Hemşire) Tanıtım Formu (EK-2b)
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MISSCARE-Karşılanamayan Bakım-Advers Olay)- Hasta (EK-3)	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MISSCARE)- Hemşire (EK-4)

3.4.1. Birey (Hasta) Tanıtım Formu (Ek-2a)

Araştırma kapsamına dahil edilecek hastaların tanıtıcı özellikleri elde edilmek üzere araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup, toplam on iki sorudan oluşmuştur. Bu form hasta sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu) içeren yedi soruya ek olarak, hastalık özelliklerine ilişkin beş sorudan (yatmakta olduğu mevcut klinik, tanı,

yatış süresi, hastaneye daha önceden yatış durumu, ek kronik hastalık varlığı, Karnofsky performans durumu (KPS)) oluşmuştur (Kalisch ve Xie, 2014; Çeltek ve ark.,2019; Sönmez ve ark., 2020; Von Vogelsang ve ark., 2021).

3.4.2.Birey (Hemşire) Tanıtım Formu (Ek-2b)

Araştırmanın amacına uygun olarak hasta bakımından sorumlu hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek için, hemşirelerin; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve çalışma yaşamına ilişkin bilgilerin olduğu (çalışma yılı, çalışma şekli, klinik deneyimi, mevcut klinikteki çalışma durumu, haftalık çalışma saati, fazla mesai çalışma durumu, hemşire yeterlilik durumu, son vardiyada bakılan hasta sayısı, çalıştığı birimden memnuniyet düzeyi, kurumdan/birimden ayrılma isteği) toplam on beş sorudan oluşan bu form araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (Kalisch ve ark.,2011; İlaslan ve Şişman, 2019; Çimen ve Aslan, 2019; Adıgüzel ve Tosun, 2021; Von Vogelsang ve ark., 2021; Falk ve ark.,2022).

3.4.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MISSCARE- Karşılanamayan Bakım-Advers Olay)- Hasta (Ek-3)

Kalisch tarafından geliştirilen Misscare Survey-Hasta anketi hemşirelik bakımının sağlanıp sağlanmadığına ilişkin hasta verilerini ortaya çıkarmak için tasarlanmıştır (Kalisch ve Xie,2014; Dabney ve Kalisch, 2015). Karşılanamayan hemşirelik bakım (MISSCARE-Karşılanamayan bakım-Advers olay) Anketi-Hasta, Hemşirelik bakımının unsurları bölümü 13 sorudan oluşmaktadır. Anketin iletişim, zamanındalık ve temel bakım olmak üzere üç alt boyutu vardır. İletişim alt ölçeği beş maddeden oluşur ve her biri 5’li Likert tipi bir skalaya (1: hiçbir zaman, 5: her zaman) göre puanlanır. İletişim alt ölçeği, hastanın hemşire ile iletişim kurma, tetkik ve işlemler, tedavi ve bakım hakkında bilgi alma, dinlenme, görüşlerini alma sıklığı ile ilgili soruları içermektedir. Zamanındalık alt ölçeği, her biri 1 (5 dakikadan kısa) ile 5 (30 dakikadan uzun) arasında puanlanan dört maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçek, hemşirelerin idrara çıkma ihtiyacına, monitör veya makine uyarı sesine yanıt ve çağrı sinyaline hemşirenin yanıt vermesinden önce geçen süre ile ilgili soruları içerir. Temel bakım alt ölçeği, banyo yapma, ağız bakımı, yataktan sandalyeye hareket etme ve ayakta durma gibi temel bakım gereksinimlerine ilişkin 5’li

Likert tipi bir ölçeğe (1: hiçbir zaman, 5: her zaman) göre puanlanan dört soru içermektedir (Kalisch ve Xie,2014; Dabney ve Kalisch, 2015; Sönmez ve ark.2020).

Tablo 3.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi-Hasta Alt Boyutlarının Dağılımı

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi -Hasta	
Alt Boyutlar	Maddeler
İletişim Alt Boyutu	1,2,3,4,5
Temel Bakım Alt Boyutu	6,7,8,9
Zamanındalık Alt Boyutu	10,11,12,13

Temel bakım alt ölçeğinde yer alan iki soruda ve zamanındalık alt ölçeğinde yer alan dört soruda hastanın bakım ihtiyacının olmadığını belirtmek için altıncı bir yanıt seçeneği (yürüyemiyordum, çağrı ışığına/bip sesine hiç basmadım vb.) bulunmaktadır. Yüksek puanların daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımını göstermesi için iletişim ve temel bakım öğeleri ters kodlanmıştır. Altıncı yanıt seçeneğinin işaretlendiği maddeler değerlendirilmeye alınmamaktadır. Karşılanamayan hemşirelik bakım puanı, on üç maddenin tamamının ortalamasını içermektedir (Dabney ve Kalisch, 2015; Sönmez ve ark., 2020). Anket sonunda **Advers Olaylar** başlığı altında hemşireye duyarlı kalite göstergeleri sorgulanır. “Hastanede kaldığınız süre boyunca aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?” sorusu hastaların hastanede yatışları sırasında düşme, cilt kırılması/basınç yarası, ilaç uygulama hatası, yeni enfeksiyon, IV komplikasyonlar veya “emin değilim” şeklinde yanıt verilmektedir (Sönmez ve ark., 2020).

Ölçeği geliştiren yazarlar on üç maddelik Cronbach alfa katsayılarını, iletişim alt boyutu 0.79, zamanındalık alt boyutu 0.83, temel bakım alt boyutu 0.70, ve toplam ölçek için 0.83 bulmuşlardır (Kalisch ve ark.,2014). MISSCARE Survey-Patient’in Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı iletişim alt boyutu için 0.85, temel bakım alt boyutu için 0.75, zamanındalık alt boyutu için 0.91 ve anketin tamamı için 0.78 olarak bulunmuştur (Sönmez ve ark., 2020). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı on üç madde için iç tutarlılık test edilmiş ve 0.75’lik bir Cronbach alfa katsayısı elde edilmiştir. İletişim alt boyutu için 0.76, temel bakım alt boyutu için 0.72, zamanındalık alt boyutu için 0.93 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MİSSCARE)- Hemşire (Ek-4)

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi-Hemşire Kalisch ve Williams (2009) tarafından geliştirilmiş Kalisch, Terzioğlu ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Bölüm 1: Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri, Bölüm 2: Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerini içermektedir. Ölçek, birinci bölümünde hemşirelerin karşılanamayan bakım gereksinimlerinin miktarını belirlemek için beşli likert tipinde 21 adet sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerin karşılanamayan bakım gereksinimleri nedenleri hakkındaki değerlendirmelerini belirlemek için ikinci bölümünde ise dörtlü likert tipinde 16 adet soru ve üç alt boyuttan (insan kaynakları, iletişim ve malzeme kaynakları) oluşmaktadır. Her bölümde bulunan sorular için hemşirelerin her öğeyi derecelendirmeleri istenmiştir (Kalisch ve Williams 2009; Kalisch ve ark.,2012).

Tablo 3.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MİSSCARE)- Hemşire Alt Boyutlarının Dağılımı

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi (MİSSCARE)- Hemşire (BÖLÜM 2)	
Alt Boyutlar	Maddeler
İnsan Kaynakları	1,2,3,4
Malzeme Kaynakları	7,10,11
İletişim Kaynakları	5,6,8,9,12,13,14,15,16

Ölçeğin, ilk bölümünde KHB gereksinimlerinin miktarını belirlemek için beşli likert tipi ölçek yer almaktadır. Ölçeğin ilk bölümünde puan aralığı 0-4 arasında yer almakta ve puanlama “Uygun değil=0”, “Nadiren verilmiyor=1”, “Bazen verilmiyor=2”, “Sıklıkla verilmiyor=3”, “Hiçbir zaman verilmiyor=4” olarak düzenlenmiştir. Alt maddelerde yer alan bakımlar ölçeği dolduran hemşirenin çalıştığı birim ile ilgili değil ise uygun değil seçeneğini işaretlemesi konusunda katılımcılar bilgilendirilmiştir. İkinci bölümünde ise KHB nedenlerini 4: Önemli bir neden, 3: Orta düzeyde bir neden, 2: Küçük bir neden, 1: Bakımın verilmemesi için bir neden değil şıkları arasında değişen dörtlü likert tipi ölçek yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerden görüşlerini ifade etmeleri istenmektedir. Ölçeğin birinci bölümündeki puan artışı karşılanamayan hemşirelik bakım gereksiniminin miktarının arttığını gösterirken, ikinci bölümdeki puan artışı karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerinin önem derecesini

göstermekte olup; verilen cevaplara göre katılımcıların karşılanamayan hemşirelik bakımı konusunda algıladıkları sıklık miktarı ve nedenleri ortaya koyulmaktadır (Kalisch ve ark.,2012; Kalisch ve Williams, 2009).

Kalisch ve Williams KHB ölçeğini geliştirdikleri çalışmalarında birinci bölümün Cronbach alfa değeri 0.87; ikinci bölümünde ise 0.86 olarak bulmuşlardır. (Kalisch ve Williams, 2009). Kalisch, Duygulu ve Terzioğlu (2012)'nin yaptığı Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında birinci bölümün Cronbach alfa değeri 0.93; ikinci bölümü ise 0.80 olarak bulunmuştur (Kalisch ve ark.,2012). Bu çalışmada KHB ölçeğinin birinci bölümü Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. KHB nedenlerini belirten ikinci bölümünün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur.

3.5.Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmamızda etik kurul ve kurum izini alındıktan sonra veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini test etmek için çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 10 hasta ve iki hemşire ile önce ön uygulama yapılmıştır ve veri toplama formlarında herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan hasta ve hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ekim 2022- Nisan 2023 tarihleri arasında araştırmaya dahil etme kriterlerini karşılayan Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalar ve bu kliniklerde çalışan hemşirelerden toplanmıştır. Hasta verileri hasta odalarında tahmini 15-20 dk yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Hemşireler ise anket formları dağıtılmış ve uygun bir zaman diliminde doldurabilmeleri için bir hafta süre verilip, formlar bir haftanın sonunda toplanmıştır. Araştırmanın uygulama süreci Şekil 3.1'de yer almaktadır.

Kanser ve Kronik Akciğer Hastalığı Tanılı Hastaların ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Advers Olay Görülme Durumunu belirlemek amacıyla araştırmanın planlanması

Nisan- Temmuz 2022

Tez Önerisinin Sunumu

28 Temmuz 2022

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan İzin Alınması

12 Eylül 2022

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Onayı

17 Ekim 2022

Araştırma Ön Uygulaması

Ekim 2022

Verilerin Toplanması

Ekim 2022- Nisan 2023

Verilerin Analizi

Mayıs 2023

Tez Proje Raporunun Yazılması

Mayıs 2023- Haziran 2023

Tez Savunma Sınavı

6 Temmuz 2023

Şekil 3.1.Araştırma uygulama süreci

3.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih: 24.08.2022-Karar no:524) (EK-5), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (EK-6) alınmıştır. Bunlara ek olarak araştırma sırasında kullanılan ölçekler için mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır (EK-7). Araştırma örnekleme alınacak hastalardan ve hemşirelerden yazılı (EK-1a, Ek-1b) ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın katılımcılarına ait kişisel bilgiler araştırmacı tarafından saklı tutulmuş ve gizlilikleri korunmuştur. Araştırma boyunca mahremiyet ve edinilen bilgilerin gizliliğinin korunması etik ilkelerine özen gösterilmiştir. Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun çalışılmıştır.

3.8.Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi tıbbi onkoloji kliniklerinde ve göğüs hastalıkları kliniğinde tedavi görmekte olan hasta ve onlara bakım veren hemşirelerle sınırlıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, sadece bu araştırma grubuna genellenebilir. Karşılanamayan bakıma ilişkin veriler hemşire ve hastaların bildirimlerine dayanılarak saptanmıştır.

Tıbbi onkoloji ve göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların hastalık nedeni ile yaşadıkları yoğun stres, ağrı vs. gibi hoş olmayan semptomlardan dolayı gönüllülere ulaşmak zorlaşmıştır. Aynı şekilde hemşirelerin nöbet usulü vardiya sistemi ile çalışmasından dolayı gönüllülere ulaşmak yaşanan bir başka sınırlılıktır.

3.9.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi- Hasta (Karşılanamayan hemşirelik bakımı/ Advers olay), Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Anketi- Hemşire alınan puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yer almaktadır

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma deneyimleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.10.Verilerin Değerlendirme

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS (Statistical Analysis System) v9.4 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler olarak sayı ve yüzde kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenlerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov-Smirnow testi ile yapılmıştır. Bu amaçla ayrıca Skewness (Çarpıklık) değerleri de incelenmiştir. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2011). İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Karşılanamayan Bakım Anketi ve alt boyutlarına bağımsız değişkenlerin etkilerinin olup olmadığını incelemek amacıyla, çok değişkenli adımsal regresyon (stepwise regression) yöntemi kullanılarak etkisiz değişkenler ayıklanarak Karşılanamayan Bakım Anketi ve alt boyutları için önemli olan değişkenler belirlenmiştir. Ölçek ve alt-boyutlarının güvenirlik katsayılarını hesaplamada Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Karşılanamayan hemşirelik bakımı ölçeği hasta ve hemşire versiyonu kullanılarak kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylerin ve hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı ve advers olaylar görülme durumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bulgular on üç başlık altında değerlendirilmiştir.

4.1.Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2.Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.3.Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular

4.4.Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olaylara İlişkin Bulgular

4.5.Advers Olaylar Görülme Durumu ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (N=323)

Özellik	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum
Yaş	64.3±13.00	20.0	93.0
		n	%
Cinsiyet	Kadın	204	63.2
	Erkek	119	36.8
Medeni Durum	Evli	254	78.6
	Bekar	69	21.4
Eğitim	İlköğretim	257	79.6
	Lise	34	10.5
	Üniversite	32	9.9
Çalışma durumu	Çalışıyor	26	8.1
	Çalışmıyor	55	17.0
	Emekli	242	74.9
Gelir gider durumu	Gelir giderden az	182	56.4
	Gelir gidere eşit	119	36.8
	Gelir giderden fazla	22	6.8
Sosyal güvence durumu	Yok	6	1.9
	Var	317	98.1

Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1 de verilmiştir. Tablo 4.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların ortalama 64.3±13.00 yaş aralığında olduğu görüldü. Aynı zamanda çalışmaya katılan hastaların %63.2'sinin kadın olduğu, %78.6'sinin evli olduğu, %79.6'sının ilköğretim mezunu olduğu, %74.9'unun emekli olduğu, yarısından biraz fazlasının (%56.3) gelirinin giderinden az olduğu, çoğunluğunun (%98.1) sosyal güvencesinin olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların hastalık özellikleri (N=323)

Özellik	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum
Tanı Süresi (Ay)	41.0±60.86	1.0	360.0
Yatış Süresi (Gün)	9.5±10.20	3.0	81.0
Karnofsky Performans Skalası Puanı	65.9±18.08	10.0	100.0
		n	%
Yatmakta Olduğu Klinik	Tıbbi Onkoloji	183	56.7
	Göğüs Hastalıkları	140	43.3
Hastanede Daha Önceden Yatma Durumu	Evet	294	92.0
	Hayır	26	8.0
Daha Önceden Hastanede Yatma Nedeni (N=294)	Destek tedavi	250	85.1
	Yeni tanı	4	1.3
	Ameliyat olma	40	13.6
Bakım Veren Birinin Olma Durumu	Evet	256	79.3
	Hayır	67	20.7
Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde Yatan Hastaların Tanıları	Akciğer	42	23.0
	Gastrointestinal	37	20.2
	Meme	14	7.7
	Kolon ve Rektal	26	14.2
	Baş-Boyun	18	9.8
	Over	14	7.7
	Prostat	7	3.8
	Diğer*	25	13.6
Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Kronik Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Tanıları	KOAH	88	62.8
	Astım	16	11.4
	Bronşektazi	8	5.7
	İdiyopatik Pulmoner Fibrozis	8	5.7
	İnterisyel Akciğer hastalığı	6	4.2
	Diğer **	14	10.0
Ek Kronik Hastalık Varlığı	Evet	210	65.0
	Hayır	113	35.0
Mevcut Kronik Hastalıklar***			
Hipertansiyon	Evet	121	37.5
Diabetes Mellitus	Evet	91	28.2
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	Evet	54	16.7
KOAH	Evet	14	4.3
Astım	Evet	23	7.1
Diğer kronik hastalıklar****	Evet	83	25.7
*Diğer kanser türleri: Mesane kanser (n=6), Liposarkom (n=1), Maling melenom (n=4), Skuamöz hücreli karsinom(n=3), Glioblastoma multiforme (n=4), Renal hücreli karsinom (n=2), Yumuşak doku sarkomu (n=1), Lenfoma(n=1), Plemorfik sarkom (n=1), Testis kanser (n=1), Metastatik musinöz karsinom (n=1), **Diğer kronik akciğer hastalığı türleri: Aspest (n=6), Tüberküloz (n=4), Uyku apnesi (n=4) ***n katlanmıştır ****Diğer kronik hastalıklar: Hiperlipidemi (n=13), Epilepsi (n=4), Romatoid Artrit (n=4), Kronik Böbrek Yetmezliği (n=13), Hipotiroidi (n=10), Hepatit B (n=3), Kanserler (n=13), Ankilozon Spondilodiskit (n=2), Bronşektazi (n=3), Lupus (n=2), Gut (n=2), Multiple skleroz (n=2) , Prostat (n=12)			

Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan hastaların hastalık özelliklerinin verildiği Tablo 4.2 incelendiğinde; hastaların tanı süresinin 41.0 ± 60.86 ay olduğu, hastanede ortalama yatış süresinin 9.5 ± 10.20 gün olduğu görüldü. Ayrıca Karnofsky Performans Skalası (KPS) puan ortalamalarının 65.9 ± 18.08 olarak hesaplandı. Hastaların %92.0'ı daha önceden hastanede yattığı, yatma nedenlerine bakıldığında ise %85.1'inin destek tedavi aldığı görüldü. Ek olarak hastaların %79.3'üne bakım veren birinin olduğu saptandı (Tablo 4.2.).

Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde yatmakta olan hastaların tanı dağılımlarına bakıldığında akciğer kanseri, gastrointestinal sistem kanserleri, kolon ve rektal kanserler ilk üç sırada yer aldığı, Göğüs hastalıkları kliniğinde yatmakta olan hastaların tanı dağılımlarına bakıldığında ise; KOAH, astım, bronşektazi ilk üç sırada geldiği görüldü. Ayrıca hastaların büyük çoğununun (%65.0) ek kronik hastalığının olduğu hipertansiyonun (%37.5) en sık görülen kronik hastalık olduğu bulundu (Tablo 4.2).

4.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N=30)

Özellik	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum
Yaş	30.1±5.76	23.0	44.0
Meslekte Çalışma Süresi (Ay)	87.0±75.80	3.0	284.0
Mevcut Klinikte Çalışma Süresi (Ay)	38.3±29.47	2.0	108.0
Bakım Verilen Hasta Sayısı	15.7±5.97	11.0	36.0
		n	%
Cinsiyet	Kadın	29	96.7
	Erkek	1	3.3
Medeni Durum	Evli	12	40.0
	Bekar	18	60.0
Eğitim Durumu	Lise	1	3.3
	Lisans	28	93.4
	Lisansüstü	1	3.3
Şu anda Çalıştığı Klinik	Tıbbi Onkoloji Klinikleri	22	73.3
	Göğüs Hastalıkları Kliniği	8	26.7
Çalışma Şekli	Gündüz mesaisi	5	16.7
	Nöbet şeklinde vardiyalı mesai	25	83.3
Haftalık Çalışma Saati	40 saat	14	46.7
	48 saat	16	53.3
Son Bir Ayda Fazla Mesai Yapma Durumu	Fazla mesai yapmadım	8	26.7
	8 saat	2	6.7
	16 saat	6	20.0
	24 saat	6	20.0
	32 saat	8	26.7
Hemşire Sayısının Yeterlilik Düzeyi	Evet	-	-
	Hayır	30	100
Çalıştığı Birimdeki Memnuniyet Düzeyi	Az	5	16.7
	Orta	17	56.7
	İyi	6	20.0
	Çok iyi	2	6.7
Kurumdan Ayrılma Düşüncesi	Evet	18	60.0
	Hayır	6	20.0
	Kararsızım	6	20.0
Meslekten Ayrılma Düşüncesi	Evet	15	50.0
	Hayır	4	13.3
	Kararsızım	11	36.7

Tablo 4.3 incelendiğinde; kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylere bakım veren hemşirelerin ortalama 30.1 ± 5.76 yaş aralığında olduğu, 87.0 ± 75.80 ay meslekte çalışma deneyimlerinin olduğu, 38.3 ± 29.47 ay bulundukları mevcut klinikte çalışma sürelerinin olduğu, çalıştıkları vardiyada 15.7 ± 5.97 sayıda hastaya bakım verdikleri bulundu. Aynı zamanda çalışmaya katılan hemşirelerin neredeyse tamamının kadın olduğu, %60'ının bekar olduğu, %93.3'ünün lisans mezunu olduğu, %83.3'ünün gündüz ve gece şeklinde (vardiyalı) çalıştığı, %53.3'ünün haftada 48 saat çalıştığı, %73.3'ünün son bir ayda fazla mesai yaptığı, hemşirelerin tamamı çalıştığı klinikte hemşire sayısının yetersiz olduğunu düşündüğü saptandı. Ayrıca hemşirelerin %56.7'sinin çalıştığı birimden orta derecede memnun olduğu, %60'ının kurumdan ayrılma düşüncesi olduğu, %50'sinin ise meslekten ayrılma düşüncesi olduğu bulundu (Tablo 4.3.).

4.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Hastaların Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamaları (N=323)

	$\bar{X}$	SS	Medyan	Min	Max
İletişim Alt Boyutu	1.57	0.66	1.40	1	5
Temel Bakım Alt Boyutu	3.54	0.90	3.75	1	4
Zamanındalık Alt Boyutu	1.28	0.60	1.00	1	5
KHB Ölçeği	2.11	0.49	2.07	3	14

Tablo 4.4 incelendiğinde çalışmamızda hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı puanı 2.11 ± 0.49 olup, bakımların nadiren karşılanamadığı bulundu. Üç alt boyuttan temel bakım alt boyutunun 3.54 ± 0.90 puan ortalaması ile ilk sırada yer alırken bu boyutta yer alan bakımların genellikle karşılanamadığı görüldü. İletişim alt boyutu 1.57 ± 0.66 puan ortalaması ile ikinci sırada zamanındalık 1.28 ± 0.60 puan ortalaması ile en son sırayı aldığı görüldü (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Hastaların yatmakta olduğu kliniğe göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=323)

	İletişim		Temel Bakım		Zamanındalık		Toplam	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yatmakta Olduğu Klinik								
Tıbbi Onkoloji Klinikleri	1.63	0.63	3.56	1.01	1.31	0.61	2.14	0.49
Göğüs Hastalıkları Kliniği	1.49	0.70	3.53	0.75	1.25	0.60	2.08	0.49
t/p	1.94/0.053		0.31/0.760		0.83/0.406		1.02/0.307	

Tablo 4.5. incelendiğinde hastaların yatmakta oldukları kliniğe göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği, temel bakım ve zamanındalık alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p > 0.05$), iletişim alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Buna göre Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde yatan hastaların (1.63 ± 0.63) göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalara (1.49 ± 0.70) kıyasla iletişim alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bu boyutta yer alan bakımların Tıbbi Onkoloji kliniklerinde daha fazla karşılanamadığı görüldü (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamaları (N=30)

	$\bar{X}$	SS	Medyan	Min	Max
KHB Gereksinimleri Miktarı	1.65	0.55	1.50	1.07	3.61
KHB Gereksinimleri Nedenleri	3.25	0.48	3.40	2.00	4.00
-İnsan Kaynakları Alt Boyutu	3.81	0.28	4.00	3.00	4.00
-İletişim Alt Boyutu	3.50	0.61	3.83	2.33	4.00
-Malzeme Kaynakları Alt Boyutu	2.92	0.68	3.00	1.33	4.00

Tablo 4.6 incelendiğinde; hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire ölçeğinin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarını belirten ilk bölümden 1.65 ± 0.55 puan aldığı buna göre bakımı “bazen” karşılayamadıkları görüldü. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri nedenlerini belirten ikinci bölümünün puan ortalamasının 3.25 ± 0.48 olduğu bulundu. Hemşirelerin bakımı karşılayamama nedenlerine bakıldığında 3.81 ± 0.18 puan ortalaması ile insan kaynaklarını en önemli neden olarak gördükleri saptandı (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=30)

	KHB Gereksinimleri Miktarı		KHB Nedenleri Alt Boyutları						KHB Gereksinimleri Nedenleri	
			İş Gücü Kaynakları Alt Boyutu		İletişim Alt Boyutu		Malzeme Kaynakları Alt Boyutu			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss
Şu Anda Çalıştığı Birim										
Tıbbi Onkoloji Klinikleri	1.58	0.44	3.78	0.32	3.48	0.57	2.82	0.62	3.18	0.43
Göğüs Hastalıkları Kliniği	1.85	0.78	3.91	0.13	3.54	0.75	3.22	0.82	3.45	0.58
t/p	-1.20/0.239		-1.04/0.308		-0.22/0.826		-1.45/0.159		-1.37/0.180	

Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylere bakım veren hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hemşire ölçeği ve alt boyut puanlarının dağılımının verildiği Tablo 4.7 incelendiğinde; grupların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İletişim		Temel Bakım		Zamandalık		Toplam	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş								
65 yaş ve altı	1.57	0.70	3.48	0.96	1.25	0.61	2.07	0.54
66 yaş ne üstü	1.58	0.62	3.62	0.84	1.32	0.59	2.16	0.44
t/p	-0.17/0.868		-1.43/0.154		-0.97/0.330		-1.54/0.123	
Cinsiyet								
Kadın	1.57	0.69	3.50	0.90	1.30	0.63	2.11	0.51
Erkek	1.57	0.61	3.64	0.91	1.24	0.55	2.13	0.45
t/p	-0.01/0.994		-1.34/0.179		0.84/0.399		-0.39/0.700	
Medeni durum								
Evli	1.55	0.67	3.50	0.93	1.27	0.60	2.09	0.49
Bekar	1.66	0.61	3.73	0.80	1.32	0.61	2.22	0.47
t/p	-1.16/0.245		-1.91/0.057		0.57/0.568		-2.05/0.041	
Eğitim durumu								
İlköğretim	1.57	0.68	3.54	0.89	1.27	0.59	2.11	0.48
Lise	1.52	0.61	3.63	0.94	1.28	0.58	2.11	0.44
Üniversite	1.64	0.58	3.54	1.01	1.38	0.72	2.20	0.60
F/p	0.24/0.781		0.14/0.872		0.47/0.623		0.40/0.674	
Çalışma durumu								
Çalışıyor	1.45	0.61	3.60	0.95	1.24	0.49	2.07	0.56
Çalışmıyor	1.64	0.61	3.58	0.95	1.23	0.45	2.15	0.47
Emekli	1.57	0.68	3.54	0.89	1.30	0.64	2.11	0.49
F/p	0.67/0.511		0.10/0.905		0.27/0.761		0.32/0.727	
Gelir durumu								
Gelir giderden az	1.57	0.64	3.65	0.81	1.30	0.62	2.15	0.44
Gelir gidere esit	1.56	0.68	3.41	1.02	1.27	0.61	2.06	0.55
Gelir giderden fazla	1.71	0.71	3.41	0.88	1.14	0.32	2.11	0.56
F/p	0.50/0.602		2.93/0.054		1.04/0.353		0.63/0.533	
Sosyal güvence								
Var	1.57	0.66	3.55	0.91	1.28	0.60	2.11	0.49
Yok	1.70	0.65	3.42	0.97	1.20	0.45	2.17	0.48
t/p	0.47/0.635		-0.36/0.720		0.30/0.760		0.29/0.774	
Tanı								
Kanser	1.63	0.63	3.56	1.01	1.31	0.60	2.14	0.49
Solunum yolu hastalığı	1.49	0.70	3.53	0.75	1.25	0.60	2.09	0.50
t/p	1.88/0.061		0.27/0.788		0.83/0.409		0.96/0.336	
Hastane daha önceden yatma durumu								
Evet	1.56	0.63	3.58	0.87	1.28	0.59	2.12	0.46
Hayır	1.68	0.92	3.21	1.14	1.25	0.73	2.10	0.74
t/p	0.88/0.380		-2.12/0.034		-0.27/0.789		1.28/0.200	

Tablo 4.9. Hastaların bazı hastalık özelliklerine göre karşılanamayan hemşirelik bakımı-hasta ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İletişim		Temel Bakım		Zamandalık		Toplam	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Ek Kronik Hastalık Varlığı								
Evet	1.55	0.64	3.56	0.87	1.30	0.65	2.12	0.48
Hayır	1.61	0.70	3.53	0.98	1.25	0.50	2.11	0.51
t/p	0.72/0.473		-0.31/0.755		-0.57/0.566		-0.22/0.828	
Hipertansiyon (HT)								
Evet	1.53	0.61	3.68	0.80	1.28	0.58	2.13	0.44
Hayır	1.60	0.69	3.47	0.96	1.29	0.62	2.11	0.52
t/p	0.99/0.323		-2.03/0.042		0.13/0.894		-0.44/0.662	
Diabetes Mellitus (DM)								
Evet	1.55	0.70	3.53	0.93	1.28	0.58	2.10	0.53
Hayır	1.58	0.65	3.55	0.90	1.28	0.61	2.12	0.48
t/p	0.36/0.720		0.22/0.825		-0.02/0.982		0.38/0.707	
Kardiyovasküler Sistem (KVS)								
Evet	1.41	0.58	3.63	0.79	1.14	0.35	2.05	0.40
Hayır	1.61	0.67	3.53	0.93	1.31	0.64	2.13	0.51
t/p	1.97/0.049		-0.68/0.494		1.84/0.066		1.13/0.259	
KOAH								
Evet	1.34	0.41	3.48	0.98	1.42	1.16	2.03	0.42
Hayır	1.58	0.67	3.55	0.90	1.28	0.57	2.12	0.49
t/p	1.33/0.184		0.28/0.781		-0.79/0.428		0.69/0.489	
Astım								
Evet	1.68	0.50	3.39	1.05	1.15	0.48	2.10	0.44
Hayır	1.56	0.67	3.56	0.89	1.29	0.61	2.12	0.50
t/p	-0.79/0.428		0.86/0.390		1.00/0.317		0.14/0.891	
Diğer Kronik Hastalıklar								
Evet	1.65	0.76	3.62	0.74	1.33	0.67	2.19	0.50
Hayır	1.55	0.63	3.52	0.96	1.27	0.58	2.09	0.48
t/p	-1.17/0.244		-0.79/0.432		-0.74/0.458		-1.51/0.132	
Bakım Veren Varlığı								
Evet	1.55	0.66	3.53	0.90	1.27	0.55	2.09	0.49
Hayır	1.65	0.69	3.61	0.92	1.35	0.78	2.22	0.49
t/p	1.04/0.298		0.62/0.533		0.95/0.341		1.89/0.059	

Tablo 4.9. incelendiğinde hastaların bireysel özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, tanısına göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ve üç alt boyutun puanları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumuna göre incelendiğinde Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği, iletişim ve zamanındalık alt boyut puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı ($p>0.05$) fakat geliri giderinden az olanların, eşit ve fazla olanlara göre temel bakımın daha fazla karşılanamadığını görüldü (Tablo 8).

Hastaların medeni durumuna göre iletişim ve zamanındalık alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), bekar olan hastaların evli olan hastalara göre karşılanamayan hemşirelik bakımı puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve bekar olan hastaların, evli olan hastalara göre temel bakım alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 8).

Hastanede daha önceden yatma durumu incelendiğinde, Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği, iletişim ve zamanındalık alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), daha önceden hastanede yatan hastaların, yatmayan hastalara kıyasla temel bakımlarının daha çok karşılanamadığı görüldü ($p<0.05$) (Tablo 8).

Hastalarda ek kronik hastalık varlığının Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği ve alt boyut ölçek puanları üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisi olmadığı saptandı ($p>0.05$). Hastalarda ek kronik hastalıklardan diyabet, KOAH, astım ve diğer kronik hastalıkların varlığı ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ve üç alt boyutun puanları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Fakat hipertansiyonu olan hastaların, olmayanlara kıyasla temel bakım alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olduğu, hipertansiyon hastalarının daha çok temel bakımlarının karşılanamadığı bulundu (Tablo 4.9.).

Bakım veren birinin olması iletişim, temel bakım ve zamanındalık alt boyutları ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), hastalara bakım veren birinin olmaması, yanında bakım veren biri olan hastalara göre bakımlarının daha çok karşılanamadığı saptandı (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Hastaların yaş, tanı süresi, hastanede yatış süresi ve performans durumunun Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği puanlarına etkisi (N=323)

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			
Variable	β	Standart Hata	Beta	t	p	Tolerans
Intercept	1.860	0.198	0	9.38	<.0001	.
Yaş	0.004	0.002	0.108	1.91	0.056	0.956
Tanı Süresi (Ay)	0.00023	0.0004	0.028	0.51	0.610	0.986
Yatış Süresi (Gün)	-0.002	0.002	-0.051	-0.89	0.374	0.934
Karnofsky Performans Skalası Puanı	0.000072	0.001	0.002	0.05	0.963	0.905
$R^2=0.036$	F = 3.01	P= 0.018	DW = 1.953			

Tablo 4.10.'da hastaların bazı sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin karşılanamayan hemşirelik bakımı-hasta ölçek puanı üzerinde etkisi incelenmiş olup, yaş değişkeni dışında tanı süresi, yatış süresi, Karnofsky performans skalası puanı gibi değişkenlerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü ($p>0.05$). Hastaların yaşındaki bir birimlik artış karşılanamayan hemşirelik bakımı ölçek puanını 0.108 birim arttırdı (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre karşılanamayan hemşirelik bakımı-hemşire ölçeği ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=30)

	KHB gereksinimleri miktarı		İş gücü kaynakları alt boyutu		İletişim alt boyutu		Malzeme kaynakları alt boyutu		KHB gereksinimleri nedenleri	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş										
27 yaş ve altı	1.73	0.43	3.79	0.33	3.50	0.59	3.01	0.75	3.30	0.55
28 yaş ve üstü	1.60	0.62	3.83	0.26	3.50	0.64	2.87	0.66	3.23	0.44
t/p	0.61/0.544		-0.39/0.702		0.00/1.000		0.53/0.597		0.37/0.712	
Medeni durum										
Evli	1.73	0.68	3.94	0.11	3.33	0.68	2.78	0.74	3.17	0.49
Bekar	1.61	0.46	3.74	0.34	3.61	0.55	3.02	0.66	3.31	0.48
t/p	0.57/0.573		1.99/0.057		-1.23/0.228		-0.96/0.345		-0.78/0.441	
Çalışma şekli										
Gündüz mesaisi	2.00	0.91	3.95	0.11	3.67	0.75	2.64	0.78	3.16	0.55
Nöbet şeklinde vardiyalı	1.59	0.45	3.79	0.30	3.47	0.59	2.98	0.67	3.28	0.47
t/p	1.57/0.127		1.15/0.260		0.66/0.513		-1.00/0.325		-0.47/0.640	
Haftalık çalışma saati										
40 Saat	1.61	0.63	3.82	0.27	3.50	0.58	2.84	0.67	3.21	0.44
48 Saat	1.70	0.49	3.81	0.31	3.50	0.66	3.00	0.72	3.30	0.52
t/p	-0.42/0.676		0.08/0.933		0.00/1.000		-0.62/0.538		-0.49/0.628	
Son bir ayda fazla mesai yapma durumu										
Evet	1.65	0.45	3.82	0.27	3.48	0.61	2.92	0.70	3.25	0.50
Hayır	1.67	0.81	3.81	0.35	3.54	0.67	2.93	0.71	3.27	0.47
t/p	0.09/0.929		-0.05/0.962		0.22/0.826		0.02/0.982		0.06/0.949	

Tablo 4.11.'de hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre karşılanamayan hemşirelik bakım-hemşire ölçeği ortalama değerlerinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin bireysel özelliklerinden yaş, medeni durum, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, son bir ayda fazla mesai çalışma durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puan ortalaması, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri nedenlerinin toplam ve üç alt boyutun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Hemşirelerin yaş, meslekte çalışma süresi, mevcut klinikte çalışma süresi, bakılan hasta sayısının karşılanamayan hemşirelik bakımı-hemşire ölçeği puanlarına etkisi (N=30)

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			
Variable	β	Standart Hata	Beta	t	p	Tolerans
Intercept	-3.135	2.491	0	-1.26	0.220	.
Yaş	0.117	0.091	1.232	1.29	0.209	0.025
Meslekte çalışma süresi (Ay)	-0.008	0.006	-1.188	-1.24	0.225	0.026
Mevcut klinikte çalışma süresi (Ay)	-0.007	0.003	-0.408	-2.38	0.025	0.803
Bakım Verilen Hasta Sayısı	0.032	0.018	0.355	1.75	0.092	0.578
Haftalık çalışma saati	0.039	0.022	0.294	1.81	0.083	0.892
$R^2=0.43$	F = 3.62	P= 0.013	DW = 1.549			

Hemşirelerin yaş, meslekte çalışma süresi, bakılan hasta sayısı, haftalık çalışma saatinin karşılanamayan hemşirelik bakımı-hemşire ölçeği üzerine etkisi incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü ($p > 0.05$). Hemşirelerin bulundukları klinikte çalışma süresindeki bir birimlik artış karşılanamayan hemşirelik bakımı ölçek puanlarının ortalamasını 0.408 puan düşürmektedir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. Hastaların bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımın dağılımı (N=323)

	Soru	Her zaman		Genellikle		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Yataktan kalkamıyordur vb.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	$\bar{X}$	SS
İletişim	1.Hemşirenin kim olduğunu ne sıklıkla bilirsiniz?	183	56.6	83	25.7	27	8.3	12	3.7	18	5.5	-	-	1.76	1.12
	2.Hemşireniz tedavi ve bakımınız hakkında sizinle ne sıklıkla konuşur?	225	69.6	76	23.5	11	3.4	7	2.1	4	1.2	-	-	1.42	0.77
	3.Uygulanan testler (MR, röntgen) veya işlemler (zamanlama vb.) hakkında size ne sıklıkla bilgi verir?	187	57.8	82	25.3	31	9.6	12	3.7	11	3.4	-	-	1.69	1.02
	4.Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da sorunuz olduğunda hemşireniz size dinler mi?	219	67.8	75	23.2	16	4.9	10	3.1	3	0.9	-	-	1.46	0.80
	5.Bakımınızla ilgili yapılması gerekenler hakkında bir görüş veya fikriniz olduğunda hemşireniz bu görüş ve fikrinizi dikkate alır mı?	216	66.8	67	20.7	22	6.8	11	3.4	7	2.1	-	-	1.53	0.92
Temel Bakım	6. Hemşire dişlerinizi fırçalayıp fırçalamadığınızı ve ağızınızı çalkalayıp çalkalamadığınızı ne sıklıkta kontrol etti (veya sizin bunun gerçekleştirmedeğiniz durumda hemşire ağız bakımınızı ne sıklıkta yaptı)?	199	61.6	48	14.8	28	8.6	12	3.7	36	11.1	.	.	1.88	1.36
	7. Hastanede yattığınız süre boyunca, hemşire banyo yaptığınızdan ya da vücudunuzun temiz olduğundan emin olmak için ne sıklıkta sizi kontrol etti?	15	4.6	30	9.2	57	17.6	51	15.7	170	52.6	.	.	4.02	1.22
	8. Ortalama olarak, hemşire yataktan kalkıp bir sandalyeye oturmanıza, ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?	20	6.1	19	5.8	9	2.7	40	12.3	60	18.5	175	54.1	4.94	1.52
	9. Ortalama olarak, hemşire yürümenize ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?	22	6.8	16	4.9	8	2.4	36	11.1	57	17.6	184	56.9	4.99	1.52
Zamanındalık		5 dk'dan az		5-10 dk.		11-20 dk		21-30 dk		30 dk fazla		Makine hiç uyarı vermedi vb.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	10. Bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardığında, hemşirenin müdahale etmesi genellikle ne kadar sürdü?	230	71.2	45	13.9	11	3.4	4	1.2	3	0.9	30	9.2	1.75	1.52
	11. Çağrı ışığınıza/zilinize bastığınızda (ya da hemşireyi çağırdığınızda), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?	235	72.7	41	12.6	11	3.4	2	0.6	3	0.9	31	9.6	1.73	1.53
	12. Çağrı ışığınıza/zilinize (ya da hemşireye çağrınıza) yanıt verdiğinde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?	237	73.3	39	12.0	13	4.0	2	0.6	2	0.6	30	9.2	1.71	1.50
	13. Tuvalete gitmek için yardıma ihtiyacınız olduğunda, hemşirenin yardım etmek için odanıza gelmesi ne kadar sürdü?	227	70.2	39	12.0	14	4.3	2	0.6	1	0.3	40	12.3	1.86	1.66

dk; dakika

Tablo 4.13.'de çalışma katılan hastaların *hiçbir zaman* karşılanamayan hemşirelik bakım türleri incelendiğinde; hastalar iletişim alt boyutunda en çok hemşirenin ismini hiçbir zaman bilemediklerini belirttikleri bulundu. Temel bakım alt boyutunda karşılanamayan hemşirelik bakımların dağılımına bakıldığında, hastaların en fazla banyo ve vücut temizliğinin hiçbir zaman karşılanamadığını ve kontrol edilmediği dile getirdi. Ayrıca bu bakımın tüm alt boyutlardaki maddelerden daha fazla karşılanamadığı görüldü. Zamanındalık alt boyutu incelendiğinde, hastaların bir monitör ya da başka bir makine uyarı sesi çıkardığında hemşirenin müdahale etmesinin ve yine benzer olarak hastalar çağrı ziline bastığında ya da hemşireyi çağırdığında hemşirenin buna yanıt vermesinin 30 dakikadan uzun sürdüğünü dile getirdi (Tablo 4.13.).

Tablo 4.14. Kanser tanısı olan bireylerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımının dağılımı (N=183)

	Soru	Her zaman		Genellikle		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Yataktan kalkamıyor vb.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	̄X	SS
İletişim	1.Hemşirenin kim olduğunu ne sıklıkla bilirsiniz?	88	48.0	62	33.8	19	10.3	7	3.8	7	3.8			1.81	1.03
	2.Hemşireniz tedavi ve bakımınız hakkında sizinle ne sıklıkla konuşur?	108	59.0	61	33.3	9	4.9	4	2.1	1	0.5	.	.	1.52	0.74
	3.Uygulanan testler (MR, röntgen) veya işlemler (zamanlama vb.) hakkında size ne sıklıkla bilgi verir?	94	51.3	59	32.2	18	9.8	7	3.8	5	2.7	.	.	1.74	0.97
	4.Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da sorunuz olduğunda hemşireniz size dinler mi?	109	59.5	58	31.6	9	4.9	5	2.7	2	1.0	.	.	1.54	0.80
	5.Bakımınızla ilgili yapılması gerekenler hakkında bir görüş veya fikriniz olduğunda hemşireniz bu görüş ve fikrinizi dikkate alır mı?	114	62.3	51	27.8	8	4.3	5	2.7	5	2.7	.	.	1.56	0.91
Temel Bakım	6. Hemşire dişlerinizi fırçalayıp fırçalamadığınızı ve ağzınızı çalkalayıp çalkalamadığınızı ne sıklıkta kontrol etti (veya sizin bunun gerçekleştirmediğiniz durumda hemşire ağız bakımınızı ne sıklıkta yaptı)?	82	44.8	42	22.9	20	10.9	12	6.5	27	14.7	.	.	2.23	1.45
	7. Hastanede yattığınız süre boyunca, hemşire banyo yaptığınızdan ya da vücudunuzun temiz olduğundan emin olmak için ne sıklıkta sizi kontrol etti?	15	8.2	20	10.9	28	15.3	27	14.7	93	50.8	.	.	3.89	1.35
	8. Ortalama olarak, hemşire yataktan kalkıp bir sandalyeye oturmanıza, ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?*	15	8.8	5	2.9	17	10.0	34	20.1	98	57.9	98	30.3	4.84	1.64
	9. Ortalama olarak, hemşire yürümenize ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?*	13	7.7	5	2.9	16	9.5	32	19.1	101	60.4	101	31.2	4.85	1.67
Zamanındalık		5 dk'dan az		5-10 dk.		11-20 dk		21-30 dk		30 dk fazla		Makine hiç uyarı vermedi vb.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	10. Bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardığında, hemşirenin müdahale etmesi genellikle ne kadar sürdü?*	132	75.8	30	17.2	8	4.6	2	1.1	2	1.1	9	2.8	1.57	1.23
	11. Çağrı ışığınız/zilinize bastığınızda (ya da hemşireyi çağırdığınızda), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?*	132	77.6	26	15.2	9	5.2	.	.	3	1.8	13	4.0	1.66	1.40
	12. Çağrı ışığınız/zilinize (ya da hemşireye çağrınıza) yanıt verdiğinde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?*	134	78.8	26	15.2	9	5.2	.	.	1	0.6	13	4.0	1.62	1.35
	13. Tuvalete gitmek için yardıma ihtiyacınız olduğunda, hemşirenin yardım etmek için odanıza gelmesi ne kadar sürdü?*	128	78.0	26	15.8	9	5.4	.	.	1	0.6	19	5.9	1.78	1.56

*n katlanmıştır, dk; dakika

Tablo 4.14.'de kanser tanılı hastaların *hiçbir zaman* karşılanamayan hemşirelik bakım türleri incelendiğinde; iletişim alt boyutunda hastaların en çok hemşirenin kim olduğunu hiçbir zaman bilemediklerini dile getirdikleri, bu sonucun genel değerlendirme ile aynı şekilde ilk sırada yer aldığı, temel bakım alt boyutunda yer alan bakımlar incelendiğinde; hastalar en fazla hemşirelerin yürümelerine hiç yardımcı olmadığını dile getirdikleri ve bu bakımın tüm alt boyutlardaki maddelerden daha fazla karşılanamadığı, zamanındalık alt boyutunda ise hastaların çağrı ziline basıldığında ya da hemşire çağırıldığında hemşirenin buna yanıt vermesinin 30 dakikadan uzun sürdüğünü dile getirdikleri görüldü (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakım dağılımı (N=140)

	Soru	Her zaman		Genellikle		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Yataktan kalkamıyor vb.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	$\bar{X}$	SS
İletişim	1.Hemşirenin kim olduğunu ne sıklıkla bilirsiniz?	95	67.8	21	15.0	8	5.7	5	3.5	11	7.8			1.69	1.22
	2.Hemşireniz tedavi ve bakımınız hakkında sizinle ne sıklıkla konuşur?	117	83.5	15	10.7	2	1.4	3	2.1	3	2.1			1.29	0.79
	3.Uygulanan testler (MR, röntgen) veya işlemler (zamanlama vb.) hakkında size ne sıklıkla bilgi verir?	93	66.4	23	16.4	13	9.2	5	3.5	6	4.2			1.63	1.08
	4.Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da sorunuz olduğunda hemşireniz size dinler mi?	110	78.5	17	12.1	7	5.0	5	3.5	1	0.7			1.36	0.80
	5.Bakımınızla ilgili yapılması gerekenler hakkında bir görüş veya fikriniz olduğunda hemşireniz bu görüş ve fikrinizi dikkate alır mı?	102	72.8	16	11.4	14	10.0	6	4.2	2	1.4			1.50	0.94
Temel Bakım	6. Hemşire dişlerinizi fırçalayıp fırçalamadığınızı ve ağzınızı çalkalayıp çalkalamadığınızı ne sıklıkta kontrol etti (veya sizin bunun gerçekleştirmedeğiniz durumda hemşire ağız bakımınızı ne sıklıkta yaptı)?	117	83.5	6	4.2	8	5.7	.	.	9	6.4	.	.	1.41	1.07
	7. Hastanede yattığınız süre boyunca, hemşire banyo yaptığınızdan ya da vücudunuzun temiz olduğundan emin olmak için ne sıklıkta sizi kontrol etti?	.	.	10	7.1	29	20.7	24	17.1	77	55.0	.	.	4.20	1.01
	8. Ortalama olarak, hemşire yataktan kalkıp bir sandalyeye oturmanıza, ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?*	4	2.99	4	2.9	23	17.1	26	19.4	77	57.4	77	23.8	5.07	1.33
	9. Ortalama olarak, hemşire yürümenize ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?*	3	2.24	3	2.2	20	14.9	25	18.6	83	61.9	83	25.7	5.17	1.30
Zamanındalık		5 dk'dan az		5-10 dk.		11-20 dk		21-30 dk		30 dk fazla		Makine hiç uyarı vermedi vb.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	10. Bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardığında, hemşirenin müdahale etmesi genellikle ne kadar sürdü?*	98	82.3	15	12.6	3	2.5	2	1.6	1	0.8	21	6.5	1.97	1.81
	11. Çağrı ışığınıza/zilinize bastığınızda (ya da hemşireyi çağırdığınızda), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?*	103	84.4	15	12.3	2	1.6	2	1.6	.	.	18	5.5	1.82	1.69
	12. Çağrı ışığınıza/zilinize (ya da hemşireye çağrınıza) yanıt verdiğinde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?*	103	83.7	13	10.5	4	3.2	2	1.6	1	0.8	17	5.2	1.83	1.68
	13. Tuvalete gitmek için yardıma ihtiyacınız olduğunda, hemşirenin yardım etmek için odanıza gelmesi ne kadar sürdü?*	99	83.1	13	10.9	5	4.2	2	1.6	.	.	21	6.5	1.96	1.79

*n katlanmıştır, dk; dakika

Kronik akciğer hastalığı tanılı hastaların karşılanamayan hemşirelik bakım türleri incelendiğinde; iletişim alt boyutunda hastaların hemşirenin ismini hiçbir zaman bilemediklerini dile getirerek iki klinik genel değerlendirme ve tıbbi onkoloji kliniklerinde yatan kanser tanılı bireylerdeki değerlendirme ile aynı şekilde ilk sırada yer aldığı, temel bakım alt boyutunda yer alan bakımlardan Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatan kanser tanılı hastaların değerlendirmeleri ile benzer şekilde hastanın yürütülmesi bakımının en çok karşılanamadığı görüldü. Zamanındalık alt boyutunda ise hastalar, hemşirelerin bir monitör ya da başka bir makine uyarı sesi çıkardığında müdahale etmelerinin ve yanıt verdikten sonra 30 dakikadan daha uzun sürede istedikleri yardımın geldiğini diğer maddelerde yer alan maddeleri hep 30 dakikadan önce sürede yerine getirildiğini dile getirdikleri saptandı (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımının dağılımı (N=30)

	Nadiren Verilmiyor		Bazen Verilmiyor		Sıklıkla Verilmiyor		Her Zaman Kaçırılır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	$\bar{X}$	SS
Karşılanamayan Bakım Gereksinimleri										
1.Hastayı günde 3 kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma	5	16.67	13	43.33	8	26.67	4	13.33	2.37	0.93
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	13	44.83	12	41.38	2	6.90	2	6.90	1.76	0.87
3.Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	12	50.00	5	20.83	6	25.00	1	4.17	1.83	0.96
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	17	77.27	2	9.09	1	4.55	2	9.09	1.45	0.96
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	14	56.00	8	32.00	3	12.00	.	.	1.56	0.71
6. Hastanın yaşam bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	17	73.91	4	17.39	1	4.35	1	4.35	1.39	0.78
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	20	90.91	1	4.55	.	.	1	4.55	1.18	0.66
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	17	77.27	2	9.09	2	9.09	1	4.55	1.41	0.85
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	17	60.71	7	25.00	3	10.71	1	3.57	1.57	0.84
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	13	46.43	10	35.71	4	14.29	1	3.57	1.75	0.84
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	5	16.67	15	50.00	10	33.33	.	.	2.17	0.70
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi	20	68.97	7	24.14	1	3.45	1	3.45	1.41	0.73
13. Ellerin yıkanması	14	58.33	6	25.00	2	8.33	2	8.33	1.67	0.96
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	9	33.33	15	55.56	2	7.41	1	3.70	1.81	0.74
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	18	85.71	2	9.52	.	.	1	4.76	1.24	0.70
16. Her şiftte hastanın değerlendirilmesi	19	90.48	1	4.76	.	.	1	4.76	1.19	0.68
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	22	88.00	1	4.00	1	4.00	1	4.00	1.24	0.72
18. Çağrı sinyali/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	12	54.55	1	4.55	2	9.09	7	31.82	2.18	1.40
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	16	66.67	7	29.17	.	.	1	4.17	1.42	0.72
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	16	66.67	6	25.00	1	4.17	1	4.17	1.46	0.78
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	10	38.46	12	46.15	4	15.38	.	.	1.77	0.71

Tablo 4.16.'de çalışmaya katılan hemşirelerin belirttikleri karşılanamayan bakım gereksinimleri verilmiştir. Tabloda *Bazen ve sıklıkla* karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarları incelendiğinde en sık karşılanamayan bakımların hastaya banyo yaptırılması/deri bakımının verilmesi, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme olduğu görüldü. En az karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ise; hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi, her şifte hastanın değerlendirilmesi, hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirilmesi olduğu bulundu (Tablo 4.16.).

Tablo 4.17. Hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri nedenlerinin dağılımı (N=30)

		Bakım Verilmemesi için Bir Neden Değil		Küçük Bir Neden		Orta Düzeyde Bir Neden		Önemli Bir Neden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	$\bar{X}$	SS
İnsan Kaynakları	Soru										
	1.Çalışan personel sayısının yetersizliği	1	3.33	.	.	1	3.33	28	93.33	3.87	0.57
	2. Acil hasta durumu (Örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	1	3.33	.	.	5	16.67	24	80.00	3.73	0.64
	3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya da çalışılan birimde yoğunluk	.	.	.	.	2	6.67	28	93.33	3.93	0.25
İletişim	4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (Örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	.	.	.	.	8	26.67	22	73.33	3.73	0.45
	5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	1	3.33	4	13.33	15	50.00	10	33.33	3.13	0.78
	6. Hasta dağılımındaki dengesizlik	6	20.00	4	13.33	9	30.00	11	36.67	2.83	1.15
	8.Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	1	3.33	4	13.33	12	40.00	13	43.33	3.23	0.82
	9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (Örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	2	6.67	3	10.00	15	50.00	10	33.33	3.10	0.84
	12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	3	10.00	6	20.00	12	40.00	9	30.00	2.90	0.96
	13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	2	6.67	5	16.67	12	40.00	11	36.67	3.07	0.91
	14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	7	23.33	8	26.67	4	13.33	11	36.67	2.63	1.22
	15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	4	13.33	8	26.67	6	20.00	12	40.00	2.87	1.11
	16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşamaması	8	26.67	6	20.00	7	23.33	9	30.00	2.57	1.19
Malzeme Kaynakları	7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	3	10.00	5	16.67	6	20.00	16	53.33	3.17	1.05
	10. Gerekliğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	.	.	2	6.67	6	20.00	22	73.33	3.67	0.61
	11. Gerekliğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	.	.	3	10.00	4	13.33	23	76.67	3.67	0.66

Tablo 4.17. ‘de yer alan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerine yönelik değerlendirmeleri incelendiğinde; insan kaynakları alt boyutunda hasta sayısındaki beklenmeyen artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk, malzeme kaynakları at boyutunda gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bicimde çalışmaması, iletişim alt boyutunda önceki şiftten ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi nedenlerini önemli bir neden olarak belirttikleri görüldü (Tablo 4.17).



4.4. Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olaylara İlişkin Bulgular

Tablo 4.18. Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanılı bireylerin yatmakta oldukları kliniklere göre yaşadıkları advers olayların oranı

Yatmakta Olduğu Klinik			
	Tıbbi Onkoloji Klinikleri (N=183)	Göğüs Hastalıkları Kliniği (N=140)	
Evet	121 (66.1%)	92 (65.7%)	0.005/
Hayır	62 (33.9%)	48 (34.3%)	0.939*
*ki-kare testi			

Tablo 4.18. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların %68.4'ünün advers olay yaşadığını belirtti. Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanılı bireylerin yatmakta oldukları kliniklere göre yaşadıkları advers olaylar incelendiğinde, Tıbbi Onkoloji kliniklerinde yatan hastaların %66.1'inin, Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan hastaların %65.7'sinin advers olay yaşadığı bulundu (Tablo 4.18.).

Tablo 4.19. Hastalar tarafından bildirilen advers olayların dağılımı (N=323)

	Toplam				Tıbbi Onkoloji Klinikleri*				Göğüs Hastalıkları Kliniği*			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Düşme	16	4.95	307	95.05	13	7.10	170	92.90	3	2.14	137	97.86
Deri bütünlüğünde bozulma /Yatak yarası	27	8.36	296	91.64	21	11.48	162	88.52	6	4.29	134	95.71
İlaç uygulama hatası	.	.	323	100.00	.	.	183	100.00	.	.	140	100.00
Yeni enfeksiyon gelişmesi	23	7.12	300	92.88	17	9.29	166	90.71	6	4.29	134	95.71
Damar yolu tıkanması	195	60.37	128	39.63	105	57.38	78	42.62	90	64.29	50	35.71
Damar yolundan cilt altına sızıntı olması	116	35.91	207	64.09	63	34.43	120	65.57	53	37.86	87	62.14
Başka bir sorun yaşadığınız belirtiniz	1	0.31	322	99.69	-	-	-	-	1	0.71	139	99.29

*n katlanmıştır

Tablo 4.19.'da yer alan anketin son bölümünde her iki klinikte yatan hastalar tarafından bildirilen advers olayların dağılımı incelendiğinde, hastaların her iki klinikte de en sık yaşadığı advers olayların sıralamasının aynı olduğu bulundu. Damar yolu tıkanması en çok yaşadıkları advers olay olarak dile getirilirken onu damar yolundan cilt altına sızıntı olması ve deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası takip ederek ilk üç sırada yer alan advers olaylar olduğu görüldü. Hastaların hiç ilaç uygulama hatası ile karşılaşmadığı bulundu. Ayrıca Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan bir hasta bu belirtilen advers olaylardan başka hemşirelerin stres yönetiminin olmadığını ve bu durumun onları olumsuz etkilediğini dile getirdiği saptandı (Tablo 4.19).

4.5. Advers Olaylar Görülme Durumu ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular

Tablo 4.20. Hastalar tarafından bildirilen advers olayların görülme durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakımı-hasta ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=323)

	İletişim		Temel Bakım		Zamanındalık		Toplam	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Advers Olay Yaşama Durumu								
Evet	1.66	0.80	3.67	0.90	1.34	0.72	2.23	0.53
Hayır	1.53	0.58	3.48	0.90	1.25	0.53	2.06	0.46
t/p	1.71/0.088		1.80/0.073		1.12/0.264		3.05/ 0.002	
Düşme								
Evet	1.57	0.66	3.54	0.90	1.27	0.60	2.11	0.49
Hayır	1.64	0.69	3.70	1.08	1.42	0.62	2.21	0.48
t/p	-0.40/0.689		-0.70/0.483		-0.89/0.373		-0.81/0.419	
Deri bütünlüğünde bozulma/Yatak yarası								
Evet	1.55	0.66	3.58	0.88	1.27	0.59	2.12	0.48
Hayır	1.80	0.64	3.21	1.11	1.42	0.70	2.07	0.62
t/p	-1.87/0.062		2,04/ 0.042		-1.26/0.210		0.50/0.620	
İlaç uygulama hatası								
Hayır	1.57	0.66	3.55	0.91	1.28	0.60	2.12	0.49
Yeni enfeksiyon gelişmesi								
Evet	1.56	0.65	3.56	0.90	1.27	0.59	2.11	0.49
Hayır	1.72	0.80	3.46	0.94	1.37	0.71	2.13	0.57
t/p	-1.12/0.263		0.50/0.616		-0.73/0.466		-0.20/0.844	
Damar yolu tıkanması								
Evet	1.65	0.76	3.65	0.93	1.33	0.72	2.21	0.53
Hayır	1.52	0.58	3.48	0.88	1.25	0.52	2.05	0.46
t/p	1.67/0.096		1.73/0.085		1.17/0.243		2.83/ 0.005	
Cilt altına sızıntı olması								
Evet	1.57	0.68	3.54	0.93	1.32	0.63	2.13	0.51
Hayır	1.58	0.63	3.56	0.87	1.21	0.54	2.09	0.46
t/p	-0.13/0.894		-0.14/0.888		1.45/0.148		0.59/0.553	

Tablo 4.20.'da yer alan kanser ve kronik akciğer hastalığı tanılı bireyler tarafından bildirilen advers olayların görülme durumunun Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ve üç alt boyutun puan ortalamaları ile ilişkisi incelendiğinde; iletişim, temel bakım ve zamanındalık alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), advers olay yaşayan hastaların, yaşamayan hastalara göre daha fazla bakımlarının karşılanamadığını dile getirdikleri görüldü ($p<0.01$).

Advers olaylardan düşme, ilaç uygulama hatası, yeni enfeksiyon gelişmesi, cilt altına sızıntı olması Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeğinden ve üç alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası gelişen hastalara göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği puan ortalaması, iletişim ve zamanındalık alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), yatak yarası olan hastaların olmayanlara kıyasla temel bakım alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bu boyutta yer alan bakımların daha çok karşılanamadığı görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.20.).

Damar yolu tıkanan hastaların iletişim, temel bakım ve zamanındalık alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), fakat karşılanamayan hemşirelik bakımı-hasta ölçeği puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.20).

5. TARTIŞMA

Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylerin ve onlara bakım veren hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı ve advers olaylar görülme durumunu incelemek amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.Hasta ve hemşirelere göre Karşılanamayan hemşirelik bakımına ilişkin bulguların tartışılması

5.2.Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen faktörlerine ilişkin bulguların tartışılması

5.3.Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen faktörlerine ilişkin bulguların tartışılması

5.4.Hastaların bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.5.Hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımlarının dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.6.Hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımına ilişkin bulguların tartışılması

5.7.Hastalar tarafından bildirilen advers olayların dağılımına ilişkin bulguların tartışılması

5.8.Advers olaylar görülme durumu ve karşılanamayan hemşirelik bakımına ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Hasta ve Hemşirelere Göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kanser ve kronik akciğer hastalığı tanılı bireylerin karşılanamayan hemşirelik bakımı ölçeğinin genel ortalamasının düşük olduğu hemşirelik bakımının büyük oranda karşılandığı görülmüştür. Ancak hastalarının “temel bakım” alt boyutunda “genellikle/bazen” karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirdikleri görülmüştür. İletişim ve zamanındalık alt boyutlarında ise daha düşük düzeyde karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirmişlerdir. Literatürde daha önce yapılan çalışmalarla çalışmamızın sonucu karşılaştırıldığında, karşılanamayan hemşirelik bakımlarının sıralamaları yönünden benzer olup ilk sırada “temel bakım” yer almaktadır. Yapılan diğer çalışmalarla “temel bakım” puanları karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmüştür (Kalisch ve ark., 2014; Dabney ve Kalisch, 2015; Sönmez ve ark., 2020). Hemşireler tarafından “temel bakımın” çoğunlukla karşılanamamasının nedeni olarak temel bakım alanında kaçırılan ya da karşılanamayan bakımın sonucunun diğer hemşirelik faaliyetleri kadar şiddetli olmayacağını düşünmelerinden dolayı olabilir (Gustafsson ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda hasta popülasyonu kanser ve kronik akciğer hastalarından oluşması ve performans puanlarının orta düzeyde olmasından dolayı bu durumun temel bakım ihtiyaçlarının yüksek olmasına neden olduğu (Doğan ve ark., 2021), bu nedenle de karşılanamayan temel bakım ihtiyacının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Hemşire sayısının yetersiz olması hastaya verilen bakımı olumsuz etkilemekte ve en sık olarak da hastaların temel bakım ihtiyaçları karşılanamamaktadır (Recio-Saucedo ve ark., 2018; Lisby ve ark., 2023). Cho ve arkadaşlarının 2017 yılında hemşire başına düşen hasta sayısını 11.5 olarak belirtmişler ve “temel bakım” puanlarının bizim çalışmamıza benzer olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda hemşire başına düşen hasta sayısı 15.7’dir. Sonuç olarak çalışmamızdaki hasta popülasyonunun performans durumlarının orta düzeyde olması, temel bakım ihtiyacı yüksek hasta grubu olması ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması “temel bakım”ın karşılanamayan hemşirelik bakımı olarak daha yüksek düzeyde görülmesine neden olmuştur.

Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanısı olan bireylere bakım veren hemşirelerin “nadiren/bazen” hastalarının ihtiyaçları olan bakımı karşılayamadıkları ve bakımı karşılayamamalarındaki nedenlerin sırasıyla insan kaynaklarının yetersizliği, iletişim ve

malzeme eksiklikleri olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin bildirdikleri karşılanamayan hemşirelik bakımı literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Bu çalışmada ve literatürdeki benzer çalışmalarda hemşireler, karşılanamayan hemşirelik bakımının en önemli nedeni olarak insan kaynaklarının yetersizliğini belirtmişlerdir (Kalisch ve ark., 2012b; Kalisch ve Lee, 2012; Çalış ve Bekar,2022; Eskici ve Baysal, 2022). Ayrıca bizim çalışmamızda ve ülkemizde yapılmış diğer çalışmalarda (Çalış ve Bekar,2022; Eskici ve Baysal, 2022) “insan kaynaklarının eksikliği” puanlarının diğer çalışmalardan (Kalisch ve ark., 2012b; Kalisch ve Lee, 2012) daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin bakımı karşılayamama nedenleri arasında en yüksek puanın “insan kaynakları eksikliği” olmasının nedeninin ülkemizde hemşire açığı ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olmasıyla açıklanabilir (Avcı, 2015).

5.2. Hastaların Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hastaların bireysel özelliklerinden cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve tanısına göre Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı- Hasta ölçeğinden ve üç alt boyuttan aldıkları puan ortalaması incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Demir ve Altınbaş’ın yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Demir ve Altınbaş, 2023). Kalisch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı ile karşılaştıkları, cinsiyetin ise bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Kalisch ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda ek olarak üniversite mezunu hastaların, lise ve ilköğretim mezunu hastalara göre daha fazla bakımlarının karşılanamadığı görülmüştür. Bu bağlamda eğitim düzeyi yüksek olan hastaların tedavi alternatifleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları ve daha yüksek bakım standartları beklentileri nedeni ile, hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe hemşirelikten ve bakımdan beklentilerinin arttığı düşünülmektedir (Kol ve ark., 2017; Karaca ve Durna, 2019).

Çalışmamızda bekar olan hastaların evli olan hastalara göre karşılanamayan hemşirelik bakımı ve temel bakım puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. İnfomal

bakım verenler hasta bakımında önemli yer tutmaktadır ve informal bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın ve eşler olduğu daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Frambes ve ar., 2018; Güdük ve ark., 2020). Çalışmamızdaki bu bulgunun evli olan hastaların eşlerinin bakım veren rolünün olduğu ve hastaların temel bakım ihtiyaçlarını karşılamada rol aldıkları için daha az karşılanamayan hemşirelik bakımı belirttikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda ek kronik hastalık varlığının karşılanamayan hemşirelik bakıma bir etkisi olmazken, kronik hastalar ayrı ayrı incelendiğinde hipertansiyonu olan hastaların, olmayanlara kıyasla daha çok temel bakımlarının karşılanamadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda ek kronik hastalığa sahip olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıklarının arttığı ve dolayısıyla bakım bağımlılıklarının fazla olduğu bulunmuştur (Düzgün ve ark., 2019; zbudak ve Oksay, 2021). Hastaların bağımlılıklarının fazla olmasından dolayı daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirmeleri beklenen bir sonuçtur (Gustafsson ve ark., 2020). Hastaların mevcut hastalıklarına eşlik eden bir diğer hastalığın olması semptomlarının şiddetinin ve bakım gereksinimlerinin artmasına sebep olmaktadır. Kronik hastalık nedeni ile artan bakım ihtiyaına rağmen hemşire sayısının az olması ve hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının fazla olması, dolayısı ile bakım taleplerine hemşirelerin yetişilemediği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda yanında bakım veren bir refakatçi olmayan hastaların daha çok bakımlarının karşılanamadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada yanında informal bakım veren birinin olması durumunda, hastaların ihtiyaç duydukları bakımın çoğunun bakım verenler tarafından karşılanması, hemşirelerin hastalarla bakım için fazla zaman ayırmaları bile, hastaların gereksinimleri karşılandığı için hemşireler tarafından verilen bakımı olumlu algıladıkları belirtilmiştir (zbudak ve Oksay, 2021).

5.3. Hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin bireysel özelliklerinden medeni durum, çalışma şekline göre karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri, nedenleri ve üç alt boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir başka çalışmada gece vardiyasında

karşılanamayan hemşirelik bakımının daha fazla olduğu, buna hemşire-hasta oranının fazla olmasının yanında gündüz yapılmadan bırakılan işlerin geceye yansımından dolayı hemşirelerin yetişememesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Mills ve Duddle, 2022). Bizim çalışmamız spesifik kliniklerde yapılmış olup, hemşire örneklem büyüklüğü nisbeten küçüktü ve hemşirelerin çoğunluğunun gündüz ve gece bakım verdikleri hasta sayısı bir birine yakındı bu nedenle gündüz ve gece vardiyasının sonuçlarını literatürle karşılaştırmayı kolaylaştırmak için aynı hasta popülasyonuna bakım veren farklı merkezlerde daha fazla sayıda hemşireyi kapsayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda son bir ayda fazla mesai çalışma durumunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak literatürde fazla mesai yapan hemşirelerin daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirdiği görülmüştür (Kalisch ve ark., 2011b; Bruyneel ve ark., 2015; Bacaksız ve ark., 2020). Cho ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise; bulunduğu klinikteki hemşire sayısını yetersiz algılayan ve fazla mesai yapan hemşirelerin, bakımı yarım bırakıp tamamlayamadığı, hemşire tarafından algılanan hastane güvenliği ve bakım algısının bakımı olumsuz etkilediği, karşılanamayan hemşirelik bakım riskinin %86 arttığı belirtilmiştir.

Ek olarak çalışmamızda hemşirelerin yaşının karşılanamayan hemşirelik bakımı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Literatüre bakıldığında çalışmamızın sonuçlarına benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (Carvalho ve ark., 2020; Bacaksız ve ark., 2020). Çalışmamıza zıt olarak yapılan bir çalışmada 34 yaş ve altında olan hemşirelerin, 45 yaş ve üstünde olan hemşirelere göre daha fazla bakımı karşılayamadığı görülmüştür (Bragadottir ve ark. 2017). Eskici ve Baysal'ın (2022) yaptığı çalışmaya bakıldığında ise, 26 yaş ve daha genç olan hemşirelerin daha fazla bakımı karşılayamadıkları belirtilmiştir. Kalisch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu çalışmalara zıt olarak ileri yaşta olan, bir önceki vardiyada daha fazla hastayla ilgilenen hemşirelerin daha fazla bakımı karşılayamadığı görülmüştür (Kalisch ve ark., 2011b). Yaşlanma ile hemşirelerin, hızlı kavrama, dikkat ve hassasiyet duygularının azalabileceği sonuçta da bakımdaki ihmalleri fark edemeyebilecekleri vurgulanmaktadır (Chegini ve ark., 2020). Araştırmalarda görüldüğü üzere hemşirelerin yaşı ile karşılanamayan

hemşirelik bakımı arasındaki farklılıkların değiştiği, yaş ile ilgili bir sınırlamanın ve yaş gruplama kriterlerinin olmamasından dolayı net bir sonuç elde edilemediği ve daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda klinikte çalışma süresindeki bir birimlik artış, karşılanamayan hemşirelik bakımı puan ortalamasında 0.408 puan düşüşe neden oldu. Çalışmamızdan farklı olarak Bacaksız ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada hastanede veya bulunduğu mevcut klinikte çalışma süresinin karşılanamayan hemşirelik bakımı üzerine bir etkisi olmadığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Eskici ve Baysal'ın yaptığı bir çalışmada kurumda ve mevcut klinikte çalışma süresi bir yıl altında olan hemşirelerin, altı yıl ve üzerinde olan hemşirelere kıyasla daha fazla bakımı karşılayamadıkları görülmüştür (Eskici ve Baysal, 2022). Mills ve Duddle'ın yaptığı çalışmada kıdemli hemşirelerin iş yoğunluğundaki artışla birlikte kendilerine kısayollar oluşturduğu, deneyimsiz hemşirelerin ise hasta sayısının fazla olması ve verilecek bakımın çok olmasından dolayı işleri yetiştirebilmek için bazı bakımları gözden kaçırdığı, karşılayamadığı öne sürülmüştür (Mills ve Duddle, 2022).

Çalışmamıza göre bakılan hasta sayısının karşılanamayan hemşirelik bakımı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüş bu durumun kliniklerde bakım verilen hasta sayısının o klinikte çalışan hemşireler için eşit sayıda olmasının neden olduğu düşünülmektedir. Ancak Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) verileri incelendiğinde Türkiye 'de 1000 kişi başına 2.4 hemşire düştüğü görülmüş, OECD üye ülkeler ile kıyaslandığında Türkiye'nin nüfusuna göre hemşire sayısının yetersiz olduğu belirtilmiştir (Karaca M., 2023). Bizim çalışmamızda hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısı 15.7 olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada çalışılan vardiyada hemşire başına düşen hasta sayısındaki her artış, karşılanamayan hemşirelik bakımı olasılığında %6'lık artışa neden olduğu belirtilmiş (Nantsupawat ve ark., 2022), başka bir çalışmada %2'lik bir artışa neden olmuştur (Cho ve ark.,2016). Hasta sayısındaki artış karşısında hemşireler, tüm hastalara yetiştirebilmek için zaman alan ya da ek zaman gerektiren bakımları ertelemek, ihmal etmek zorunda kalmaktadır (Kalisch ve Xie, 2014; Chegini ve ark., 2020; Simonetti ve ark., 2022).

5.4. Hastaların Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kanser ve kronik akciğer hastalığı olan hastalarının “temel bakım” alt boyutunda en sık karşılanamayan hemşirelik bakımları; yürütme, yataktan kaldırıp sandalyeye oturtma, banyo ve ağız bakımı olarak sıralandığı ve her iki grupta da benzer olduğu görüldü. Zamanındalık alt boyutuna bakıldığında, Tıbbi Onkoloji kliniklerinde hastaların çağrı ziline yanıt verme, Göğüs Hastalıkları kliniğinde hastaların bir monitör ya da başka bir makine uyarı sesi çıkardığında hemşirenin müdahale etmesinin en az karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu, genellikle bu boyuttaki bakımların karşılandığı görüldü.

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin en çok ambulasyonu karşılayamadıkları, onu ağız bakımı, banyonun takip ettiği görülmüştür (Moustafa Abdallah Elpasiony ve Gouda Ahmed Abd-Elmoghith, 2023). Çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla paralel olup, aslında hemşirelerin karşılayamadıkları bakımın farkında olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kalisch, McLaughlin ve Dabney’in hastalarla yaptığı nitel görüşmede de benzer şekilde en sık karşılanamayan hemşirelik bakımının ağız bakımı, ambulasyon, taburculuk planlaması, hasta eğitimi, hastayı dinleme ve bilgilendirme olarak belirtilmiştir (Kalisch ve ark., 2012a). Kalisch ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu bir başka çalışmada ağız bakımı, yürütme , yataktan kaldırılıp sandaleye oturtmanın en fazla karşılanamayan temel bakımlar olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hemşireler insan gücünün yetersizliğini karşılanamayan hemşirelik bakımının en önemli nedeni olarak belirtmişti dolayısıyla hemşire sayısının azalması, hemşirelerin hastaya bakım için ayıracağı zaman diliminin azalmasına ve daha fazla zaman harcanması gereken bakımların karşılanamamasına neden olabileceği söylenebilir.

Literatürde de bizim çalışmamıza benzer olarak hastalar hemşirelerin en çok kendilerini yeterince ayağa kaldırıp yürütmediğini ve yataktan kaldırılıp sandalyeye oturtulmadığını belirtmişlerdir (Kalisch ve ark., 2011a). Yapılan bir çalışmada hastaların yeterince yürütülmemesi advers olaylar ile sonuçlandığı görülmüştür, hastaların mobilize edilmesinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirtilmiştir (Kalisch ve ark., 2014). Çalışmamızda hastaların temel bakım alt boyutunda en az, fakat diğer boyutlardaki puanlara göre önemli bir yüzdeye sahip olan ağız bakımının verilmemesinin yemek

yemede isteksizliğe neden olduğu, yeterince beslenemeyen hastalarda yeni enfeksiyonların gelişmesi, basınç ülseri oluşması gibi durumlardan dolayı iyileşme sürecinin uzadığı vurgulanmaktadır (Kalisch ve Xie, 2014). Ağız bakımının yeterince verilmediği durumlarda, özellikle kemoterapi ve radyoterapi alan baş boyun kanserli hastalar (Çakmak ve Nural, 2020) ve oksijen-nebül tedavisi alan kronik akciğer hastalığı olan hastalar için mukozit gelişme riskini arttırmaktadır (Turhal ve Koç, 2021). Bu nedenle ağız bakımının yapılması konusunda aksaklıkların giderilmesi önemlidir.

Çalışmamızda Tıbbi Onkoloji kliniklerinde yatan hastaların Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan hastalara kıyasla “iletişim” alt boyutunda karşılanamayan hemşirelik bakımının daha yüksek olduğu görülmüştür. Onkoloji kliniklerinde yatan hastalar, kanser süreci boyunca birçok sorunun çözülmesinde önemli rol oynayan hemşirelerden çok şey beklemekte, hemşirelerle hastalar arasında etkili iletişim kurulması gerektiği vurgulanmaktadır (Yazgı ve Yılmaz, 2019). Bakımın diğer yönlerini etkileyen iletişim, kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla çalışan hemşireler için çok önemlidir (Farzi ve ark., 2022). Hastaların kendilerine değer verildiğini ve önemsendiğini hissetmesi için hemşirelerin iletişim becerilerini kullanmaları büyük önem taşır. Hastalarla konuşmak, sorunlarını dinlemek hastalıkları ve bakımları hakkında bilgi vermek, hastaların stres seviyelerini azaltır, tedaviye ve bakıma katılımlarını, yanıtlarını ve bakıma ilişkin memnuniyetlerini artırır (Karaca ve Durna, 2019). Onkoloji hastalarının beklentilerinin ve ihtiyaçlarının daha yüksek olması bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

5.5. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımlarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşireler bazen ve sıklıkla karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin; hastaya banyo yaptırılması, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma, taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve bakım planları hakkında hastaya eğitim verme olduğu belirtmişlerdir. En az karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ise; hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi, her vardiyada hastanın değerlendirilmesi, hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirilmesi olduğu görülmüştür.

Literatüre bakıldığında en sık karşılanamayan hemşirelik bakımlarının günde üç kez veya planlandığı şekilde hastayı ayağa kaldırma, iki saatte bir hastaya pozisyon verme ve ağız bakımı olduğu (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve ark., 2011b; Friese ve ark., 2013; Papastavrou ve ark., 2016; Smith ve ark., 2018; Rabin ve ark., 2019; Albsoul ve ark., 2019; Cho ve ark.,2020), en az karşılanamayan hemşirelik bakımlarının ise hasta başında kan şekeri takibi, hasta değerlendirme (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve ark., 2011b; Papastavrou ve ark., 2016 ; Smith ve ark., 2018; Rabin ve ark., 2019), el yıkama, yaşam bulguları (Kalisch ve ark., 2009b; Kalisch ve ark., 2011b; Smith ve ark., 2018), taburculuk planlaması (Rabin ve ark.,2019) ve acil ilaçların on beş dakika içinde uygulanması (Papastavrou ve ark., 2016) olduğu belirtilmektedir. Blackman ve arkadaşlarının, Avusturalya, İtalya ve Kıbrıs'ta yürüttükleri çalışma da karşılanamayan hemşirelik bakımları incelendiğinde bizim çalışmamızdan farklı olarak, Avusturalyalı hemşireler tarafından en çok paranteral sıvıların ve kan şekerinin izlenmesi, hasta çağrı ziline yanıt verilmesi, Kıbrıslı hemşireler tarafında el yıkama, yaşam bulgularının zamanında alınması iken, İtalyan hemşireler tarafından ise çağrı ziline yanıt verme, el yıkamanın sıklıkla karşılanamadığı belirtilmiştir (Blackman ve ark., 2018).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda günde üç kez veya planlandığı şekilde ayağa kaldırma en sık karşılanamayan hemşirelik bakımı olurken (İlaslan ve Şişman, 2019; Özdelikara ve Yaman, 2021) onu iki saate bir pozisyon verme (Özdelikara ve Yaman, 2021; Eskici ve Baysal, 2022), banyo (Özdelikara ve Yaman, 2021), hasta ve hasta yakınlarına duyuşal destek, bakım konferanslarına katılımın (İlaslan ve Şişman, 2019) takip ettiğı görölmüşür. En az karşılanamayan hemşirelik bakımının ise yatak başı kan şekeri takibi olduğu bulunmuştur (Eskici ve Baysal, 2022).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların günde üç ya da gerektiğı kadar ayağa kaldırıp dolaştırma ve hastaların iki saatte bir pozisyonunun değıştirilmesinin bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstererek en çok karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu görölmüşür. Çalışmamızda hemşire sonuçları, hasta sonuçları ile karşılaştırıldığında hastalarında, hemşirelerin en çok karşılayamadıkları hemşirelik bakımını ayağa kaldırıp dolaştırma olarak dile getirdiğı göröldü. Hastaların tedavi sürecinde önemli rol oynayan hareket etmenin önemi hemşireler tarafından bilinmesine karşılık hemşirelerin bunu

yerine getirmemesinde, yetersiz personel sayısı, acil hasta durumları ve ünitedeki hasta hacminde ve/veya keskinliğinde beklenmedik artışlar olması bakımın verilmesindeki engellerden olduğu belirtilmiştir (Sepulveda-Pacsi ve ark.2016; Smith ve ark., 2018). Ayrıca yetersiz ambulasyonun bir başka nedeni olarak hastaların sağlık problemlerinden dolayı ayağa kaldırılmak istenmemesi ya da hastaların yanlarında bakım veren birinin olması ve birçok bakımın verilmesi konusunda destek olmaları hemşirelerden ayağa kalmak ya da oturmak için bir talepte bulunmaması olabileceği belirtilmektedir (Albsoul ve ark., 2019).

5.6. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerine yönelik değerlendirmeleri incelendiğinde; insan kaynakları alt boyutunda hasta sayısındaki beklenmeyen artış veya çalışılan birimde yoğunluk, malzeme kaynakları alt boyutunda gerektiğinde malzeme/cihazların uygun biçimde çalışmaması, iletişim alt boyutunda önceki vardiyadan ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimini önemli bir neden olarak belirttikleri bulundu. Literatür incelendiğinde, yetersiz personel sayısı (Kalisch ve ark.,2009b; Papastavrou ve ark., 2016; Albsoul ve ark., 2019; Alfuqaha ve ark., 2023), hasta sayısındaki beklenmeyen artış, hastanın aniden kötüleşmesi (Kalisch ve ark.,2009b; Papastavrou ve ark., 2016; Albsoul ve ark., 2019),), sarf malzeme ve ilaç eksikliği, sağlık personeli ile iletişim kopukluğunun (Kalisch ve ark.,2009b) bakımın en sık karşılanamama nedenleri olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, personel sayısındaki yetersizlik (Kalisch ve ark.,2012b; İlaslan ve Şişman,2019; Kılıç ve Tosun,2020; Kartal ve ark.,2022) bakımın en sık karşılanamama nedeni olurken, malzeme/cihazların uygun biçimde çalışmaması, ekip üyelerinin yetersiz desteği (İlaslan ve Şişman,2019), hasta durumundaki ani değişiklik (Kılıç ve Tosun,2020), yardımcı teknik personel yetersizliği, hasta sayısındaki beklenmeyen artış, çalışılan birimdeki yoğunluk (Kartal ve ark.,2022) bakımın en sık karşılanamama nedenleri olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Rabin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, en çok iletişim kategorisinin ve bu kategoride ekip içinde iletişim sıkıntısı ve diğer

birimlere ulaşılamama sıkıntısı, ekip içi ve diğer profesyonellerden yeterli desteğin olmaması maddeleri karşılanamayan hemşirelik bakımının en sık nedeni olarak belirtilmiştir (Rabin ve ark.,2019). Duffy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yine bizim çalışmamızdan farklı olarak en çok malzeme kaynaklarından dolayı bakımın karşılanamadığını dile getirilmiş, ilaçların ihtiyaç anında bulunmaması, yetersiz yardımcı personel sayısı ve yetersiz hemşire sayısı ilk üç neden olarak sıralanmıştır (Duffy, Culp, & Padrutt, 2018). Ülkemizde Eskici ve Baysal'ın yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenlerinde ilk sırada iletişim alt boyutu gelirken, en son sırada ise insan kaynakları alt boyutu gelmektedir (Eskici ve Baysal, 2022).

Hemşireler birden fazla hasta talebi, kaynak yetersizliği ve yeterince destekleyici ortamlarda çalışmadıkları zaman, hastalarına en iyi nasıl bakılacağına karar vermeleri gereken bazı durumlarla karşı karşıya kalıp, bakımı önceliklendirerek bazı bakımları karşılayamaya bilmektedir (Simonetti ve ark., 2022). Aynı zamanda hemşirelerin sorunları çözüme kavuşturma kapasitelerini geliştirmek ve karşılanamayan hemşirelik bakım oranını azaltmak için insan ve malzeme kaynakları iyileştirilmelidir. Ayrıca hemşirelerin karmaşık sağlık hizmeti ortamında istenilen ve beklenen bakımı en iyi şekilde tamamlaması için çalışma ortamlarının da iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Smith ve ark., 2018).

5.7. Hastalar Tarafından Bildirilen Advers Olayların Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda anketin son bölümünde yer alan her iki klinikte yatan hastalar tarafından bildirilen advers olayların dağılımı incelendiğinde; damar yolu tıkanması, damar yolundan cilt altına sızıntı olması, deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası en sık görülen üç advers olay oldu. Tıbbi onkoloji kliniklerinde ve göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalar ayrı ayrı incelendiğinde sıralamanın değişmediği saptandı. Literatürle benzer olarak en çok karşılaşılan üç advers olayın bizim çalışmamıza benzer olarak damar yolunun tıkanması, cilt altına sızıntı olması ve deri bütünlüğünde bozulma olduğu görülmüştür. (Cho ve ark., 2017; Sönmez ve ark., 2020). Hemşirelerin karşılayamadıkları bakımlar arttıkça hastaların advers olay ile karşılaşma durumu daha çok artacak ve

iyileşmeleri geçicecek, hastanede kalma süreleri artacak, bu da sağlık sisteminde daha çok yük oluşturacaktır (Kim ve ark., 2018; Beiboer ve ark., 2023). Bu nedenle yüksek olan advers olay oranlarının azaltılması için hemşirelerinin karşılamayan hemşirelik bakımının nedenleri olarak gördükleri insan kaynakları, malzeme eksikliği ve iletişim gibi alanlarda iyileştirmeler yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

5.8. Advers Olaylar Görülme Durumu ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda advers olay yaşayan hastaların, yaşamayan hastalara göre karşılanmayan hemşirelik bakımları puan ortalamasının daha fazla olduğu bulunmuştur. Deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası yaşayan hastalarda ise Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı-Hasta ölçeği ve temel bakım alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Deri bütünlüğünün bozulmasında en önemli riskler arasında fiziksel aktivite eksikliği, yetersiz pozisyon değişikliği, yetersiz cilt temizliğinin sıralanmaktadır (Sivrikaya ve Erdem, 2019, Kara ve ark. 2020). Bu çalışmada hastalarının “temel bakım” alt boyutunda yer alan yürütme, yataktan kaldırıp sandalyeye oturtma ve banyonun en sık karşılanamayan hemşirelik bakımları olduğu dolayısıyla temel bakım kapsamındaki bu bakımların karşılanamamasının deri bütünlüğünde bozulma riskini artırdığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin yatak yarasını önlemede genel olarak olumlu bir tutum sergilediği fakat hemşire eksikliği, bakılan hasta sayısının fazla olması, zaman kısıtlılığı ve malzeme eksikliği gibi nedenlerden dolayı bakımlarının etkilendiği belirtilmektedir (Beeckman ve ark., 2011).

Çalışmamızda damar yolu tıkanan hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşireler ise “intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi” bakımını en az karşılayamadıkları hemşirelik bakımlarından biri olarak belirtmişlerdir. Bu durum hemşirelerin kendilerini bakımı veriyor olarak düşünseler de aslında bakımın yeterli ve etkili olmadığı ya da hemşirelerin bakımı veriyor olarak düşündükleri için değerlendirmenin çok etkili yapılamadığı düşünülmektedir.

Çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamıza benzer olarak advers olay bildiren hastalar, bildirmeyenlere kıyasla daha fazla bakımın karşılanamadığını dile getirmiştir (Kalisch ve ark., 2014; Cho ve ark., 2017; Sönmez ve ark., 2020). Bu durum, hastaların konforunu

bozan durumları kolaylıkla tanımlayabildiklerini ve hemşirelik bakımını değerlendirmelerine yansıdığını göstermektedir (Sönmez ve ark., 2020). Ayrıca hasta-hemşire oranı, hemşire yeterliliği düzeyi, iletişim, ekip çalışması gibi nedenlerin hemşirelik bakımının karşılanamaması için belirleyici nitelikte olup advers olay yaşanmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Kalisch ve ark., 2011a; Cho ve ark., 2017). Bu çalışmada da hemşireler benzer nedenleri hemşirelik bakımın karşılanmamasında neden olarak belirtmişlerdir, bu sorunların aynı zamanda advers olayların görülmesine de neden olduğu görülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, karşılanamayan hemşirelik bakımının kanser ve kronik akciğer hastalığı olan bireyler ve onlara bakım veren hemşirelerin bakış açılarından değerlendirmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

6.1.Sonuçlar

- Kanser ve kronik akciğer hastalığı tanılı bireylerin karşılanamayan hemşirelik bakımının en fazla “temel bakım” alanında olduğu,
- Hemşireler tarafından belirtilen karşılanamayan hemşirelik bakımı nedenleri arasında insan kaynaklarının ilk sırada olduğu,
- Gelir durumu düşük olan hastaların “temel bakım” alanında karşılanamayan hemşirelik bakımlarının daha fazla olduğu,
- Bekar olan hastaların evli olanlara göre “temel bakım” alanında karşılanamayan hemşirelik bakımlarının ve karşılanamayan hemşirelik bakımı puanlarının daha fazla olduğu,
- Daha önceden hastanede yatan hastaların, yatmayan hastalara göre “temel bakım” alanında karşılanamayan hemşirelik bakımlarının daha fazla olduğu,
- Hastaların iletişim alt boyutunda en sık karşılanamayan hemşirelik bakımlarının; hemşirenin kim olduğunun bilinmemesi, uygulanan testler veya işlemler hakkında bilgi verilmemesi, görüş veya fikir belirtildiğinde hemşirenin bunu dikkate almaması olduğu,
- Hastaların temel bakım alt boyutunda en sık karşılanamayan hemşirelik bakımlarının; banyo ve vücut temizliği, yataktan kaldırıp sandalyeye oturtma, yürütme olduğu,
- Hastaların zamanındalık alt boyutunda en sık karşılanamayan hemşirelik bakımlarının, monitör ya da uyarı sesine müdahale, çağrı ışığına müdahale, istenilen bakımın verilmesinin olduğu,
- Tıbbi Onkoloji kliniklerinde ve Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan hastaların temel bakım ve iletişim alt boyutlarındaki en sık karşılanamayan hemşirelik bakımlarının aynı olduğu, zamanındalık alt boyutunda ise Tıbbi Onkoloji

kliniğinde çağrı ışığına müdahale, Göğüs Hastalıkları kliniğinde ise monitör ya da uyarı sesine müdahalenin en sık karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu,

- Hemşirelere göre en sık karşılanamayan hemşirelik bakımları banyo, ambulasyon, hasta eğitimi olduğu,
- Tıbbi Onkoloji kliniklerinde yatan hastaların, Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan hastalara göre iletişim alt boyutunda yer alan bakımlarının daha fazla karşılanamadığı,
- Hastalar tarafından bildirilen en sık advers olayların sırasıyla damar yolu tıkanması, cilt altına sızıntı olması, deri bütünlüğünde bozulma, yeni enfeksiyon gelişmesi, düşme olduğu ve ilaç uygulama hatasının hiç yaşanmadığı,
- Advers olay yaşayan hastaların, yaşamayan hastalara göre daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımının belirttiği,
- Deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası gelişen hastaların, gelişmeyen hastalara göre temel bakım alt boyutunda yer alan bakımlarının daha çok karşılanamadığı,
- Damar yolu tıkanan hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2.Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hastaların özellikle “temel bakım” ihtiyaçları üzerinde daha fazla durularak bu bakımlarının karşılanması için gerekli planlamaların yapılması,
- Hemşirelerin bakımı karşılayamama nedenleri arasında önemli neden olarak görülen insan kaynakları ve malzeme kaynaklarına ilişkin olarak yöneticiler tarafından hemşire iş gücünün planlanması ve malzeme kaynaklarının sağlanması konusunda iyileştirmeler yapılması,
- Türkiye’de karşılanamayan hemşirelik bakımının özellikle hastaların bakış açısıyla çok az çalışmaya rastlanmış sadece hasta ya da sadece hemşire bakış açısıyla değil iki boyutun karşılaştırıldığı ve daha fazla örneklem gruplarıyla güncel bilgiler kazandırmak için nicel ve nitel çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerde kaliteli bakım algısının arttırılması, bakımı karşılayamadıkları zaman hasta üzerinde ciddi advers olaylara neden olduğu bilincinin oluşturulması

için hizmet içi eğitimlerin, seminerlerin, çalıştayların ve konferansların daha fazla planlanması,

- Karşılanamayan hemşirelik bakımının raporlanabilmesi için protokollerin oluşturulması ve sonuçların hemşirelerle paylaşılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Adamuz J, Juvé-Udina ME, González-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Tapia-Pérez M, López-Jiménez MM, Romero-Garcia M, Delgado-Hito P. Care Complexity Individual Factors Associated with Adverse Events and in-Hospital Mortality. PLoS One. 2020; 15(7), e0236370.
- Adıgüzel V. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Gaziantep (Danışman: Doç.Dr. B Tosun.).
- Akın S, Temiz G. Akciğer Hastalıklarında Semptom Yönetimi. Sağlık ve Toplum, 2021;31(2): 21-31.
- Albsoul R, FitzGerald G, Finucane J, Borkoles E. Factors Influencing Missed Nursing Care in Public Hospitals in Australia: An Exploratory Mixed Methods Study. The International Journal of Health Planning and Management. 2019;34(4): e1820-e1832.
- Alfuqaha O, Alhalaiqa F, Alqurneh M, Ayed A. Missed Nursing Care Before and During the COVID-19 Pandemic: A Comparative Cross-Sectional Study. International Nursing Review. 2023;70(1): 100-110.
- Alikari V, Gerogianni G, Fradelos E, Kelesi M, Kaba E, Zyga S. Perceptions of Caring Behaviors among Patients and Nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(1): 396.
- Al-Mugheed K, Bayraktar N, Al-Bsheish M, AlSyouf A, Jarrar M, AlBaker W, Aldhmedi B. Patient Safety Attitudes among Doctors and Nurses: Associations with Workload, Adverse Events, Experience. Healthcare. 2022;10(4): 631.
- Altın İ. Hemşirelerin Bakım Kavramına İlişkin Metafor Algıları ve Bakım Davranışları. Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Yozgat (Danışman: Doç. Dr. H Özveren).
- Andersson A, Frank C, Willman A, Sandman P, Hansebo G. Adverse Events in Nursing: A Retrospective Study of Reports of Patient and Relative Experiences. International Nursing Review. 2015;62(3): 377-385.
- Arslan G, Özden D, Göktuna G, Ertuğrul B. Missed Nursing Care and Its Relationship with Perceived Ethical Leadership. Nursing Ethics. 2022;29(1): 35-48.

- Asif M, Jameel A, Hussain A, Hwang J, Sahito N. Linking Transformational Leadership with Nurse-Assessed Adverse Patient Outcomes and the Quality of Care: Assessing the Role of Job Satisfaction and Structural Empowerment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(13): 2381.
- Avanoğlu E. Covid-19 Döneminde Yenidoğan Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ile Aile Merkezli Bakıma Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki. İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İstanbul (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi M Çalıkuşu İncekar).
- Avcı K. Hastaneler İçin Gerekli Hemşire Sayısını Belirlemeye Yönelik Bir Model Önerisi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2015;17(4): 63-84.
- Aydemir Y. Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Fibrozis Hastalıklarının Karşılaştırmalı Klinik Farmakolojisi. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 2018;6(2): 118-125.
- Aydın H, Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2012;20(3): 177-183.
- Aydın M. Kronik Solunum Yolu Hastalıklarında İnhaler Cihaz Kullanım Başarısına Poliklinik Bekleme Alanında Gösterilen Video Gösteriminin Etkisi. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, Sakarya (Danışman: Prof. Dr. HÇ Ekerbiçer).
- Bacaksız F, Alan H, Eskici G. A Cross-Sectional Study of the Determinants of Missed Nursing Care in the Private Sector: Hospital/Unit/Staff Characteristics, Professional Quality of Life and Work Alienation. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8): 1975-1985.
- Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Timmins F, Aleo G, Catania G, Zanini M, Sasso L. Missed care in children's nursing-An emergent concern. *Journal of Advanced Nursing*. 2019;75(5): 921-923.
- Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lindqvist R, Tishelman C, Griffiths P; RN4Cast Consortium. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78: 10-15.
- Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K. Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011;8(3): 166-176.

- Beiboer C, Andela R, Hafsteinsdóttir T, Weldam S, Holtrop T, Van der Cingel M. Teamwork, Clinical Leadership Skills and Environmental Factors That Influence Missed Nursing Care-A Qualitative Study on Hospital Wards. *Nurse Education in Practice*. 2023;68: 1-7.
- Bilazer F, Konca G, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. *Türk Hemşireler Derneği*. 2008:1-53
- Bilgiç Ş, Pehlivan E. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumunun Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;8(1): 6376.
- Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting Variations to Missed Nursing Care: A Three-nation Comparison. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(1): 33-41.
- Blackmann I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, Aberly E, Harvey C. Factors Influencing Why Nursing Care Is Missed. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(1-2): 47-56.
- Bragadóttir H, Kalisch B, Tryggvadóttir G. Correlates and Predictors of Missed Nursing Care in Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(11-12): 1524-1534.
- Brown C, Jecker N, Curtis R. Inadequate Palliative Care in Chronic Lung Disease. An Issue of Health Care Inequality. *Annals of the American Thoracic Society*. 2016;13(3): 311-316.
- Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, Lesaffre E, Dumitrescu I, Smith HL, Sloane DM, Aiken LH, Sermeus W. Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences With Care in Europe. *Medical Care Research and Review*. 2015;72(6): 643-664.
- Moura CE, Lima MB, Peres AM, Lopez V, Batista MEM, Gomes FD, CSAG. Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8): 2103-2112.
- Cerit B, Coşkun S. Hasta ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Algıları. *Türk Journal of Clinics and Laboratory*. 2018;9(2): 103-109.
- Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed Nursing Care: An Overview of Reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2021;37(2): 82-91.
- Charalambous A. Individualised Nursing Care in Cancer Care. *Individualized Care: Theory, Measurement, Research and Practice*. Springer. 2019, s:131-139.

- Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, Islam SMS. Missed Nursing Care and Related Factors in Iranian Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8): 2205-2215.
- Cho E, Lee NJ, Kim E, Kim S, Lee K, Park KO, Sung Y. Nurse Staffing Level and Overtime Associated With Patient Safety, Quality of Care, and Care Left Undone in Hospitals: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60: 263-271.
- Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*. 2020;26(1): e12803.
- Cho SH, Mark B, Knafl GC, Yoon HJ. Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017;49(3): 347-355.
- Corbin J. Is caring a lost art in nursing? *International journal of nursing studies*. 2007;45(2): 163-165.
- Çakmak S, Nural N. Kemoterapi ve Radyoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit: Bir Gözden Geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020;13(3): 185-194.
- Çalış E. Klinik Hemşirelerin Kalite Algısı ile Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı arasındaki İlişki. *Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2022, Düzce (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi. E Özen Bekar).
- Çeltek N, Süren M, Demir O, Okan İ. Karnofsky Performance Scale Validity and Reliability of Turkish Palliative Cancer Patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2019;49(3): 894-898.
- Çimen A. Trakya Bölgesinde Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılayamadıkları Bakım ve Nedenleri. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2019, Edirne (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi M Aslan).
- Çoşkun Ö. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algılamaları ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2021, Malatya (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi T Menekli).
- Dabney B, Kalisch B. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*. 2015;30(4): 306-312.
- Dabney B, Kalisch B, Clark M. A Revised MISSCARE Survey: Results From Pilot Testing. *Applied Nursing Research*. 2019;50. doi:151202

- DalPezzo NK. Nursing Care: A Concept Analysis. Nursing Forum. 2009;44(4): 256-264.
- Demir M. Cerrahi Hastalarında Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Algısı ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkini Değerlendirilmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Trabzon (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi B Candaş Altınbaş).
- Deniz E. Kanser Epidemiyolojisi. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi. 2022;3(2): 102-111.
- Dick T, Patrician P, Loan L. The Value of Nursing Care: A Concept Analysis. Nursing Forum. 2017;52(4): 357-365.
- Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlakı Boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2): 74-82.
- Doğan E, Özçelik H, Güven Ş. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Nevşehir (Danışman: Doç.Dr. H Özçelik; Dr.Öğr.Üyesi Ş Dilek Güven).
- Duffy J, Culp S, Padrutt T. Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2018;48(7-8): 361-367.
- Dutra C, Guirardello E. Nurse Work Environment and Its Impact on Reasons for Missed Care, Safety Climate, and Job Satisfaction: A Cross-Sectional Study. Journal of Advanced Nursing. 2021;77(5): 2398-2406.
- Düzgün F, Yılmaz D, Kara H, Durmaz H. Bir Üniversite Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri. 2019;11(4): 367-373.
- Erer M, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi Hemşirelik Süreci. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2017;7(1): 1-5.
- Ertuğrul D. Hastaların Bulundukları Ünitenin ve Bağımlılık Düzeylerinin Hemşirelik Bakımını Algılamalarına Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. L Şenturan).
- Eskici G. Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Prof.Dr.Ü Baysal).

- Eskici G, Baysal Ü. Frequency, Reasons, Correlates and Predictors of Missed Nursing Care in Turkey: A Multi-hospital Cross-sectional Study. *International Journal of Nursing Practice*. 2022;28(5): doi:e13050
- Falk A, Nymark C, Göransson K, Von Vogelsang A. Missed Nursing Care in the Critical Care Unit, Before and During the COVID-19 Pandemic: A Comparative Cross-Sectional Study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022; doi:103276
- Farzi S, Taleghani F, Yazdannik A, Esfahani M. Communication Culture in Cancer Nursing Care: An Ethnographic Study. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(1): 615-623.
- Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of Caring in Nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(2): 196-204.
- Frambes D, Given B, Lehto R, Sikorskii A, Wyatt G. Informal Caregivers of Cancer Patients: Review of Interventions, Care Activities and Outcomes. *Western Journal of Nursing Research*. 2018;40(7): 1069-1097.
- Friese C, Kalisch B, Lee K. Patterns and Correlates of Missed Nursing Care in Inpatient Oncology Units. *Cancer Nursing*. 2013;36(6): E51-E57.
- Furukawa M, Eldridge N, Wang Y, Metersky M. Electronic Health Record Adoption and Rates of In-hospital Adverse Events. *Journal of Patient Safety*. 2020;16(2): 137-142.
- George D, Mallery P. *IBM SPSS Statistics 19 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Pearson Higher Education. 2011.
- Ghose S, Radhakrishnan V, Bhattacharya S. Ethics of Cancer Care: Beyond Biology and Medicine. *Ecancermedicalscience*. 2019;13: 911.
- Göçmen Baykara Z. Hemşirelik Bakımı Kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2014;1(2): 92-99.
- Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. Missed Care from the Patient's Perspective – A Scoping Review. *Patient Preference and Adherence*. 2020;14: 383-400.
- Güdük Ö, Güdük Ö, Sertbaş Y. Evde Sağlık Hizmetlerinde İnfomal Bakım Verenlerin Bilgi ve Beceri Düzeyinin Belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;5(4): 648-660.
- Gül Ş. Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;2: 129-134.

- Güleşen G. Hemşirlerin Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Nedenlerinin Analizi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Doç. Dr. H Tüzer).
- Güngör D. Hemşirelik Bakımında Hasta-Hemşire Etkileşiminin Anlamı: Nitel Bir Araştırma. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tez, 2020, İzmir (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi B Ceylan; Doç.Dr. M Tekindal).
- Halfon P, Staines A, Burnand B. Adverse Events Related to Hospital Care: A Retrospective Medical Records Review in a Swiss Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017;29(4): 527-533.
- Hessels A, Paliwal M, Weaver S, Siddiqui D, Wurmser T. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*. 2019;34(4): 287.
- İlaslan N, Şişman N. Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Miktarı ve Nedenlerine Yönelik Değerlendirmeler. *Çukurova Medical Journal*. 2019;44(4): 1226-1236.
- İnce S, Bingöl S. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Algıları. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 2020;7(1): 23-30.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). Population Fact Sheets. (Erişim tarihi: 04.06. 2023; Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>)
- Jackson D. Missed Nursing Care, Low Value Activities and Cultures of Busyness. *Journal of Advanced Nursing*. 2023;1-3: doi:10.1111/jan.1570.
- Janatolmakan M, Khatony A. Explaining the Consequences of Missed Nursing Care From the Perspective of Nurses: A Qualitative Descriptive Study in Iran. *BMC Nursing*. 2022;21(1): 59.
- Jones T, Hamilton P, Murry N. Unfinished Nursing Care, Missed Care, and Implicitly Rationed Care: State of the Science Review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(6): 1121-1137.
- Juanamasta I, Aungsuroch Y, Gunawan J. A Concept Analysis of Quality Nursing Care. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2021;51(4): 430-441.
- Kakemam E, Gharaee H, Rajabi M, Nadernejad M, Khakdel Z, Raeissi P, Kalhor R. Nurses' Perception of Patient Safety Culture and Its Relationship With Adverse Events: A National Questionnaire Survey in Iran. *BMC Nursing*. 2021;20: 1-10.

- Kalánková D, Kirwan M, Bartoníčková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R. Missed, Rationed or Unfinished Nursing Care: A Scoping Review of Patient Outcomes. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8): 1783-1797.
- Kalisch BJ. Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*. 2006;21(4): 306-313.
- Kalisch BJ. Nurse and Nurse Assistant Perceptions of Missed Nursing Care: What Does It Tell Us About Teamwork? *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2009;39(11): 485-493.
- Kalisch BJ, Lee K. Congruence of Perceptions Among Nursing Leaders and Staff Regarding Missed Nursing Care and Teamwork. *The Journal of Nursing*. 2012;42(10): 473-477.
- Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2009;39(5): 211-219.
- Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*. 2014;36(7): 875-890.
- Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed Nursing Care: Errors of Omission. *Nursing Outlook* 2009b;57(1): 3-9.
- Kalisch BJ, Landström G, Hinshaw A. Missed Nursing Care: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009a;65(7): 1509-1517.
- Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of Inpatient Mobilization: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(11-12): 1486-1501.
- Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney B. Patient Perceptions of Missed Nursing Care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012;38(4): 161-167.
- Kalisch BJ., Terzioğlu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric Properties and Findings. *Nursing Economics*. 2012;30(1): 29.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee K. Do Staffing Levels Predict Missed Nursing Care? *International Journal for Quality in Health Care*. 2011a;23(3): 302-308.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese C. Hospital Variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality*. 2011b;26(4): 291-299.
- Kalisch BJ, Xie B, Dabney B. Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *American Journal of Medical Quality*. 2014;29(5): 415-422.

- Karabulut O. Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Sivas (Danışman: Prof.Dr.M Mollaoğlu).
- Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*. 2019;6(2): 535-545.
- Karaca E. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi E Köroğlu Çamdeviren).
- Karaca, M. Türkiye, İspanya ve Kanada Sağlık Sistemi ve Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2023;5(1): 125-151.
- Karadağ S, Taşcı S. Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;14: 13-21.
- Karlsson M, Pennbrant S. Ideas of Caring in Nursing Practice. *Nursing Philosophy*. 2020;21(4): e12325.
- Kartal H, Çamlıca T, Özkan A. Yoğun Bakımlarda Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2022;9(2): 322-333.
- Kılınç F. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik İklim Algısı ve Bakım Kalitesi İlişkisi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Tekirdağ, (Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Z Tosun).
- Kim KJ, Yoo A, Seo E. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*. 2018;12(2): 121-126.
- Kim-Soon N, Abdulmageed A, Mostafa S, Mohammed M, Musbah F, Ali R, Geman O. A Framework for Analyzing the Relationships Between Cancer Patient Satisfaction, Nurse Care, Patient Attitude, and Nurse Attitude in Healthcare Systems. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*. 2022;1-18.
- Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İlter M, Özcan Ö, Şakırgün E, Dayan Ü, Uygun G, Kılıç D, Macit M, Uslular E, Sızlı A, Çakır N, Solak D, Kavgacı A, Sabancıoğulları S, Atay S. Türkiye'de Hemşirelik Algısının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;3: 163-172.

- Korhan E, Yönt G, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarioğlu E, Yıldız K. Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(4): 199-204.
- Labaki W, Han M. Chronic Respiratory Diseases: A Global View. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(6): 531-533.
- Labrague LJ, De Los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, Firmo CN. The Association of Nurse Caring Behaviours on Missed Nursing Care, Adverse Patient Events and Perceived Quality of Care: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8): 2257-2265.
- Lake E, Germack H, Viscardi M. Missed Nursing Care Is Linked to Patient Satisfaction: A Cross-Sectional Study of US Hospitals. *BMJ Quality & Safety*. 2016;25(7): 535-543.
- Lisby M, Tei R, Mainz H, Gregersen M, Andersen K. A Danish Version of the MISSCARE Survey: Translation and Validation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2023;37(1): 301-312.
- Lucero R, Lake E, Aiken L. Variations in Nursing Care Quality Across Hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(11): 2299-2310.
- Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of Nursing Care, A Deviation From Holistic Nursing: A Systematic Review. *Nursing Philosophy*. 2020;21(1): e12257.
- Mills S, Duddle M. Missed Nursing Care in Australia: Exploring the Contributing Factors. *Collegian*. 2022;29(1): 125-135.
- Moreno-Monsiváis M, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán M. Missed Nursing Care in Hospitalized Patirnts. *Aquichan*. 2015;15(3): 318-328.
- Moustafa Abdallah Elpasiony N, Gouda Ahmed Abd-Elmoghith N. The Impact of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care at Medical and Surgical Departments. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*. 2023;3(2): 582-599.
- Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichaikhum OA, Kunaviktikul W, Fang Y, Kueakomoldej S, Thienthong H, Turale, S. Nurse Staffing, Missed care, Quality of Care and Adverse Events: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*. 2022;30(2): 447-454.

- National Cancer Institute. (2021). What Is Cancer?. (Güncelleme tarihi: 10.11.2021; Erişim tarihi: 04.06.2023; Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#definition>)
- Nymark C, Falk AC, Von Vogelsang AC, Göransson K. Differences Between Registered Nurses and Nurse Assistants Around Missed Nursing Care—An Observational, Comparative Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2023;1-10.
- Ortiz-Barrios M, Herrera-Fontalvo Z, Rúa-Muñoz J, Ojeda-Gutiérrez S, De Felice F, Petrillo A. An Integrated Approach to Evaluate the Risk of Adverse Events in Hospital Sector: From Theory to Practice. *Management Decision*. 2018;56(10): 2187-2224.
- Önal M. İş Yoğunlaştırmanın Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi B Sönmez).
- Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011;4(3): 137-140.
- Özbudak E, Oksay A. Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerin Bakım Bağımlılıkları, Hemşirelik Bakımı ile İlgili Değerlendirmeleri ve Bu Durumlar Arındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2021;9(1): 307-322.
- Özdelikara A, Yaman E. Pandemi Sürecinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Kaygısı ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;6(2): 383-399.
- Özer, F. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ile Pediatri Hemşirelerinin İş Doyumları Arasındaki İlişki. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İzmir (Danışman: Prof. Dr. H Yıldırım Sarı).
- Özsaban A, Acaroğlu R. Kaçırılan Hemşirelik Bakımına Kavramsal Bir Bakış: Bir Delphi Çalışmak. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2022;9(3): 475-487.
- Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P, Marognoli O, Canzan F, Gonella S, Saiani L. Missed Nursing Care and Predicting Factors in the Italian Medical Care Setting. *Internal and Emergency Medicine*. 2015;10(6): 693-702.

- Papastavrou E, Charalambous A, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkuris A. To What Extent Are Patients' Needs Met on Oncology Units? The Phenomenon of Care Rationing. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;21: 48-56.
- Pearcey P. Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore. *International Journal of Nursing Practice*. 2010;16(1): 51-56.
- Rabin E, Silva CND, De Souza AB, Lora PS, Viegas K. Application of the MISSCARE Scale in an Oncology Service: A Contribution to Patient Safety. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53.
- Raosoft. (2004). (Erişim tarihi: 18.05.2022; Erişim adresi: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>)
- Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P. What Impact Does Nursing Care Left Undone Have on Patient Outcomes? Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(11-12): 2248-2259.
- Sauro K, Machan M, Whalen-Browne L, Owen V, Wu G, Stelfox H. Evolving Factors in Hospital Safety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Hospital Adverse Events. *Journal of Patient Safety*. 2021;17(8): e1284-e1295.
- Schubert M, Cam T, Clarke S, Aiken L, Schaffert-Witvliet B, Sloane D, De Geest S. Rationing of Nursing Care and Its Relationship to Patient Outcomes: The Swiss Extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(4): 227-237.
- Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The Occurrence, Types, Consequences and Preventability of in-Hospital Adverse Events – A Scoping Review. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1): 1-13.
- Sepulveda-Pacsi A, Soderman M, Kertesz L. Nurses' Perceptions of their Knowledge and Barriers to Ambulating Hospitalized Patients in Acute Settings. *Applied Nursing Research*. 2016;32: 117-121.
- Simonetti M, Cerón C, Galiano A, Lake E, Aiken L. Hospital Work Environment, Nurse Staffing and Missed Care in Chile: A Cross-Sectional Observational Study. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(17-18): 2518-2529.
- Sivrikaya S, Erdem G. Kronik Hastalarda Yara Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(2): 99-104.

- Smith J, Morin K, Wallace L, Lake E. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*. 2018;40(6): 779-798.
- Sochalski J. Is More Better? The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care*. 2004;42(2): 1167-1173.
- Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the MISSCARE Survey-Patient. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8): 2072-2080.
- Suh E, Yoo H, Hong J, Kwon G, Song H. Good Nursing Experience of Patients with Cancer in a Korean Cancer Hospital. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2020;13(3): 51-61.
- Şahin H. Pulmoner Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2019;7(1): 57-66.
- Şentürk S, Bıçak D, Akça D. Kanserli Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018;5(1): 35-39.
- Taghinezhad F, Mohammadi E, Khademi M, Kazemnejad A. Humanistic Care in Nursing: Concept Analysis Using Rodgers' Evolutionary Approach. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2022;27(2): 83-91.
- Toru F. Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020;4(1): 46-54.
- Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A Descriptive Study of Nurse-Reported Missed Care in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(4): 813-824.
- Turhal E, Koç Z. KOAH Tanısı Alan Bir Bireyin NANDA'ya Göre hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimleri:Olgu sunumu. *Sağlık ve Toplum*. 2021;31(3): 294-204.
- Türk Dil Kurumu. (Erişim Tarihi:03.02.2023). Bakım. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük içinde. (Erişim adresi: <https://www.tdk.gov.tr/icerik/diger-icerikler/tumsozlukler/>)
- Türk G, Üstün R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergis*. 2018;11(1): 19-25.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri: Erişim tarihi: 06.05.2023.(Erişim adresi:

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-2020-37243&dil=1>

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği. (2019). (Güncelleme tarihi: 25.09.2019; Erişim Tarihi: 08.06.2023; Erişim adresi: <https://www.solunum.org.tr/haber/1080/dunya-akciger-gunu-basin-bildirisi.html>)

Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmunoloji Derneği. (2023). (Erişim tarihi:12.06.2023; Erişim adresi: <https://www.aid.org.tr/hastaliklar/alerji-ve-bagisiklik-sistemi-hastaliklari/astim/>)

Uyurdağ N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Atalet Durumlarının Kaçırılmış Hemşirelik Bakımı ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. A Yıldırım).

Von Vogelsang A, Göransson K, Falk A, Nymark C. Missed Nursing Care During the COVID-19 Pandemic: A Comparative Observational Study. *Journal of Nursing Management*. 2021;29(8): 2343-2352.

Vryonides S, Papastavrou E, Merkuris A, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C. Ethical Climate and Missed Nursing Care in Cancer Care Units. *Nursing Ethics*. 2018;25(6): 707-723.

World Cancer Research Fund International. (2023). Differences in Cancer Incidence and Mortality Across the Globe. (Güncelleme tarihi: 08.02.2023; Erişim tarihi: 04.06.2023; Erişim adresi: <https://www.wcrf.org/differences-in-cancer-incidence-and-mortality-across-the-globe/>)

World Health Organization. (2020). The top 10 causes of death. (Güncelleme tarihi: 09.12.2020; Erişim tarihi: 08.06.2023; Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>).

World Health Organization. (2022).Cancer. (Güncelleme tarihi:03.02.2022; Erişim tarihi: 06.04.2022; Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>)

World Health Organization. (2022). Health Topics: Noncommunicable diseases. (Erişim tarihi: 02.07.2022; Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1)

Yapıcı S. Hastanede Yatan Hasta Refakatçilerinin Hemşirelik Bakımına Katılma Durumunun Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Edirne (Danışman Doç.Dr. M Aslan).

- Yazgı Z, Yılmaz M. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;4(1): 60-70.
- Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Journal of Psychiatric Nursing. 2013;4(3): 153-158.
- Yüntem A. Özel Bir Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman Doç. Dr. A Kutlu.).
- Zencir G, Eşer İ. Hemşirelikte Yeni Bir Kavram: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;31(1): 83-94.

EKLER

EK-1a: Bilgilendirilmiş Onam Formu- Hasta

Sayın Katılımcı,

Ben Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Bu araştırma kanser ve kronik akciğer hastalığı olan bireylerin ve hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımı ve advers olaylar görülme durumunu incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizin bu ankete vereceğiniz cevapların tamamı bilimsel çalışma için kullanılacak olup, katılımcıya herhangi bir yaptırımı kesinlikle olmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruma herhangi bir mali yük getirmemiştir. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır.

Katılımlarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ümmühan Duman (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

İmza

Ümmühan DUMAN

İmza

EK-1b: Bilgilendirilmiş Onam Formu- Hemşire

Değerli meslektaşım,

Ben Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Bu araştırma kanser ve kronik akciğer hastalığı olan bireylerin ve hemşirelerin bakış açısıyla karşılanamayan hemşirelik bakımı ve advers olaylar görülme durumunu incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizin bu ankete vereceğiniz cevapların tamamı bilimsel çalışma için kullanılacak olup, katılımcıya herhangi bir yaptırımı kesinlikle olmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma yönünde veya men kararınız olma durumunda hizmette aksamaya neden olmayacaktır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ümmühan Duman (Yüksek Lisans Öğrencisi)
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hemşire Adı Soyadı:

İmza

Ümmühan DUMAN

İmza

EK-2a: Birey (Hasta) Tanıtım Formu

Örneklem no:

Tarih:

- 1.Yaş
- 2.Cinsiyet () Erkek () Kadın
- 3.Medeni Durum () Evli () Bekar
- 4.Eğitim Durumunuz () İlköğretim () Lise
() Önlisans () Lisans () Lisansüstü
- 5.Çalışma Durumu () Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli
- 6.Gelir Durumu () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
- 7.Sosyal güvence durumu () SGK () Özel sigorta () SGK ve Özel sigorta
- 8.Yatmakta olduğu mevcut klinik () Tıbbi Onkoloji () Göğüs hastalıkları
- 9.Tanı
10. Tanı süresi
- 11.Yatış süresi (gün)
12. Hastaneye daha önceden yatış durumu () Hayır () Evet Açıklayınız...
- 13.Ek kronik hastalığınız var mı? () Hayır () Evet Açıklayınız...
14. Bakıma destek olan informal biri var mı? () Hayır () Evet
- 15.Bireyin performans durumu? (Karnofsky Performans Skalası =KPS)

Skor %	Performans düzeyi
100	Sağlıklı, semptom veya hastalık belirtisi yok
90	Normal aktivite, az sayıda semptom veya hastalık belirtisi gösterebilen
80	Biraz zorlukla (gayretle) normal aktivite, bazı semptomlar veya belirtiler
70	Kendine bakabilir, normal aktivite ve iş yapamaz.
60	Ara sıra yardıma ihtiyaç duyar, ancak kişisel ihtiyaçlarının çoğunu karşılayabilir.
50	Önemli ölçüde yardım ve sık tıbbi bakım gerektirir.
40	Özel bakım yardım gerekir.
30	Ağır engelli; ölüm yakın olmasa da hastaneye yatış belirtilir.
20	Çok hasta, hastaneye yatış ve aktif olarak destek tedavi gereklidir.
10	Ölmek üzere, hızla ilerleyen ölümcül süreç
0	Ölüm

EK-2b: Birey (Hemşire) Tanıtım Formu

Örneklem no:

Tarih:

- 1.Yaş
- 2.Cinsiyet () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumu () Evli () Bekar
- 4.Eğitim durumunuz () Lise () Ön Lisans
() Lisans () Yüksek Lisans
5. Çalışma yılınız
- 6.Çalışma şekliniz () Gündüz Mesaisi () Vardiyalı
- 7.Klinik Deneyim
- 8.Mevcut birimde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?
- 9.Haftalık Çalışma Saatiniz
- 10.Son 1 ayda kaç saat fazla mesai () Hiçsaat çalıştınız?
- 11.Çalıştığınız birimdeki hemşire () Evet () Hayır sayısı sizce yeterli mi?
- 12.Son ya da mevcut vardiyada bakılan hasta sayısı?
- 13.Çalıştığı Birimde Memnuniyet () Zayıf () Orta düzeyi
() İyi () Çok İyi
- 14.Kurumdan ayrılma düşünceniz () Evet () Hayır oldu mu/var mı?
() Kararsızım
- 15.Meslekten ayrılma düşünceniz oldu () Evet () Hayır mu/ var mı?
() Kararsızım

EK-3: Karşılanamayan Bakım Anketi (MISSCARE-Karşılanamayan Bakım-Advers Olay)- Hasta

1. Vardiyada size bakmak için görevlendirilen hemşirenin kim olduğunu ne sıklıkla bilirsiniz?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

2. Hemşireniz tedavi ve bakımınız hakkında sizinle ne sıklıkla konuşur?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

3. Hemşireniz hastaneye bu yatışınız sırasında size uygulanan testler (örneğin röntgen, Manyetik rezonans, Tomografi taraması) ve/veya işlemler (zamanlama, bunlara dahil olacak eylemler vb.) hakkında size ne sıklıkla bilgi verdi?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

4. Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da bir sorunuz olduğunda, hemşireniz sizi dinler mi?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

5. Bakımınızla ilgili yapılması gerekenler hakkında bir görüş veya fikriniz olduğunda, hemşire bu görüş ve fikirlerinizi dikkate aldı mı?

- ☐ Hiçbir Zaman
☐ Nadiren
☐ Bazen
☐ Genellikle
☐ Her Zaman

6. Hemşire dişlerinizi fırçalayıp fırçalamadığınızı ve ağzınızı çalkalayıp çalkalamadığınızı ne sıklıkta kontrol etti (veya sizin bunun gerçekleştirmediğiniz durumda hemşire ağız bakımınızı ne sıklıkta yaptı)?

- ☐ Hiçbir Zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Genellikle
- ☐ Her Zaman

7. Hastanede yattığınız süre boyunca, hemşire banyo yaptığınızdan ya da vücudunuzun temiz olduğundan emin olmak için ne sıklıkta sizi kontrol etti?

- ☐ Hiçbir Zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Genellikle
- ☐ Her Zaman

8. Ortalama olarak, hemşire yataktan kalkıp bir sandalyeye oturmanıza, ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?

- ☐ Hiçbir Zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Genellikle
- ☐ Her Zaman
- ☐ Yataktan Kalkamıyordum.

9. Ortalama olarak, hemşire yürümenize ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?

- ☐ Hiçbir Zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Genellikle
- ☐ Her Zaman
- ☐ Yürüyemiyordum.

10. Bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardığında, hemşirenin müdahale etmesi genellikle ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
- ☐ 5 -10 Dakika
- ☐ 11 - 20 Dakika
- ☐ 21 - 30 Dakika
- ☐ 30 Dakikadan Daha Fazla
- ☐ Hiç Bir Makine Uyarı Sesi Çıkarmadı.

11. Çağrı ışığınız/zilinize bastığınızda (ya da hemşireyi çağırdığınızda), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5 -10 Dakika
☐ 11 - 20 Dakika
☐ 21 - 30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Daha Fazla
☐ Çağrı ışığıma hiç basmadı.

12. Çağrı ışığınız/zilinize (ya da hemşireye çağrınıza) yanıt verdiğinizde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5 -10 Dakika
☐ 11 - 20 Dakika
☐ 21 - 30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Daha Fazla
☐ Yardım İstemedim veya İhtiyacım Olmadı.

13. Tuvalete gitmek için yardıma ihtiyacınız olduğunda, hemşirenin yardım etmek için odanıza gelmesi ne kadar sürdü?

- ☐ 5 Dakikadan Az
☐ 5-10 Dakika
☐ 11-20 Dakika
☐ 21-30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Fazla
☐ Yardım İstemedim veya İhtiyacım Olmadı.

Hastanedeki bu yatışınız süresince aşağıdaki sorunlardan herhangi birisini yaşadınız mı?			
	EVET	HAYIR	EMİN DEĞİLİM
Düşme			
Deri Bütünlüğünde Bozulma /Yatak Yarası			
İlaç Uygulama Hatası			
Yeni Enfeksiyon Gelişmesi			
Damar Yolu Tıkanması			
Damar Yolundan Cilt Altına Sızıntı Olması			
Başka bir sorun yaşadıysanız belirtiniz:			

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

EK-4: Karşılanamayan Bakım Anketi (MISSCARE)- Hemşire

Bölüm 1- Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

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

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

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

Bölüm 2-Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri

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

	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği				
2. Acil hasta durumu (Örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)				
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk				
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (Örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)				
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması				
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik				
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması				
8. Önceki 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 ulaşılamaması				

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

**EK-5 : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan
Yazılı Onay**



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 70904504/
Konu :

12.09/2022

Sayın

Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğumuz,
"Kanser ve Kronik Akciğer Tanılı Hastaların ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan
Hemşirelik Bakımı ve Advers Olaylar Görülme Durumu" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte
sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda FAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

EK-6: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.10.2022-481998



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-57830559-302.14.03-481998
Konu : Ümmülhan DUMAN Tez Çalışması

18.10.2022

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17.10.2022 tarihli ve 26708535-900-481061 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ümmülhan DUMAN'ın "**Kanser ve Kronik Akciğer Tanılı Hastaların ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Advers Olaylar Görülme Durumu**" konulu tezi ile ilgili araştırmasını Üniversitemiz Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları anabilim dallarında yapabilmesinin uygun görüldüğü ilgi yazı ile bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Melike CENGİZ
Müdür

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı : 60590709/
Konu: Ümmühan DUMAN-Tez Çalışması

13/10/2022

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi : Üniv. Hast. Başmüdürlüğü'nün 11/10/2022 tarih ve E-26708535-900-476296 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile bildirilen, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ümmühan DUMAN'ın "Kanser ve Kronik Akciğer Tanılı Hastaların ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Advers Olaylar Görülme Durumu" konulu tez çalışmasını Bilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Ali Murat TATLI
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.10.2022-478388



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı : E-25457457-900-478388
Konu : Ümmühan Duman'ın Tez Çalışması Hk.

12.10.2022

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE BAŞMÜDÜRLÜĞÜ)

İlgi : 11.10.2022 tarihli ve 26708535-900-476296 sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ümmühan Duman'ın "Kanser ve Kronik Akciğer Tanılı Hastaların ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Advers Olaylar Görülme Durumu" konulu tez çalışması uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Aykut ÇİLLİ
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

EK-7: Ölçek İzinleri

←

📅

🕒

🗑️

✉️

🕒

🔄

📎

📄

⋮

11 ileti dizisinden 10. < >

MISSCARE SURVEY-PATIENT

Gelen Kutusu x

↕️ 🖨️ 📧

Ü

Ümmühan Duman <

Alıcı: betul.sonmez ▾

Sayın Sönmez,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programında öğrenciyim. Planladığım tez çalışmamda "The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient"Nurs Manag. 2020;28:2072–2080. makalenizde yer alan ölçeğin Türkçe formunu kullanmak isterim. Ölçeği kullanmama izin verirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını gönderebilir misiniz?

Çok teşekkür ederim, Saygılarımla...

Ümmühan DUMAN

İç Hastalıkları Hemşireliği

b

BETÜL SÖNMEZ <

Alıcı: ben ▾

Merhaba Ümmühan Hanım,

Türkçeye uyarladığımız anketi tezinizde kullanabilirsiniz. Ekte yer alan makalede değerlendirmeye ilişkin bilgi yer almakta. Sorularınız olursa her zaman danışabilirsiniz.

İyi günler dilerim.

Ümmühan Duman <

Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

THE MISSCARE SURVEY TURKISH

Gelen Kutusu x



Ümmühan Duman <1

Alıcı:

İyi günler Sergül Hanım,
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları
Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Bulunduğum
kurum olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde
uygulamak istediğim " Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı"
için sizin "The Misscare Survey-Turkish: Psychometric
Properties and Finding" adlı çalışmanızda kullandığınız
türkçe ölçek için izin ve eğer izin verirsiniz ölçeği
ve puanlamasını paylaşmanızı talep ediyorum. İyi günler
dilerim.
Saygılarımla...

Ümmühan Duman



Sergul Duygulu

Alıcı: ben

Sayın Duman

Fusun hocadan da izin aldığınızı belirten epostanız için teşekkürler.
Ekte Misscare Survey'in Trkçe'sini gönderiyorum. Değerlendirilmesini
yayınlanmış makalemizde bulabilirsiniz.
Selamlar
Doç. Dr. Sergül DUYGULU

O

>> Doç.Dr. Sergül Duygulu / Sergul Duygulu RN, PhD, Assoc. Professor



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ümmühan	Uyruğu	
Soyadı	DUMAN	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise		
Lisans		
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire		
Araştırma Görevlisi		

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-		

Burslar-Ödüller: -

Yayınlar ve Bildiriler